
SAÚDE DO TRABALHADOR EM TEMPOS DE DESCONSTRUÇÃO: CAMINHOS DE LUTA E RESISTÊNCIA

Organização

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Paulo Henrique Scrivano Garrido

Carlos Fidelis da Ponte

Carlos dos Santos Silva



Helena, Fadel, Paulo Garrido e os Carlos Fidelis e Silva, em hora oportuna, trazem à luz textos curtos testemunhas de reflexões, lutas e resistências em torno do campo da Saúde do Trabalhador dos tempos que passaram a fluir na segunda década do século XXI. Fruto de parceria entre o Conselho Nacional de Saúde, a Asfoc – Sindicato Nacional dos Trabalhadores da Fiocruz, e o Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, junta sindicalistas, militantes, pensadores, atores sociais e políticos do mundo do trabalho, da ação sindical e da reforma sanitária. Une-os horizontes de um Brasil justo, soberano e próspero; e a certeza de que trevas sempre são passageiras. Escritos e compilados como inspiração e convocação para a luta. Luta antiga com agenda renovada e prazo indeterminado, cujas conquistas nunca estiveram disponíveis sem seu vigor.

Boa leitura!

José Noronha

*Diretor do Centro Brasileiro de
Estudos de Saúde*

**SAÚDE DO TRABALHADOR EM
TEMPOS DE DESCONSTRUÇÃO:
CAMINHOS DE LUTA E RESISTÊNCIA**

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2020 – 2021)

Presidente: Lucia Regina Florentino Souto

Vice-Presidente: Lívia Angeli Silva

Diretor Administrativo: Carlos Fidelis da Ponte

Diretora de Política Editorial: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

Diretores Executivos:

Alane Andreino Ribeiro

Ana Maria Costa

Helena Rodrigues Corrêa Filho

Maria Lucia Freitas Santos

Vinicius Ximenes Mourici da Rocha

CONSELHO FISCAL

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo

Claudia Travassos

Victória S. L. Araújo do Espírito Santo

Suplentes

Iris da Conceição

Jamilli Silva Santos

Matheus Ribeiro Bizuti

CONSELHO CONSULTIVO

Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues

Cornelis Johannes van Stralen

Cristiane Lopes Simão Lemos

Isabela Soares Santos

Itamar Lages

José Carvalho de Noronha

José Ruben de Alcântara Bonfi

Lívia Millena B. Deus e Mello

Lizaldo Andrade Maia

Maria Edna Bezerra Silva

Maria Eneida de Almeida

Maria Lucia Frizon Rizzotto

Matheus Falcão

Rafael Damasceno de Barros

Sergio Rossi Ribeiro

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Carlos dos Santos Silva

EDITORA EXECUTIVA

Mariana Chastinet

EDITORAS ASSISTENTES

Carina Munhoz

Luiza Nunes

EDITORES CIENTÍFICOS

André Gustavo Bittencourt Villela – Tribunal Regional do Trabalho, Niterói (RJ), Brasil
Bruno Chapadeiro – Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo (SP), Brasil

Carlos dos Santos Silva – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Carlos Fidelis da Ponte – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Debora Lopes de Oliveira – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Diego de Oliveira Souza – Universidade Federal de Alagoas, Arapiraca (AL), Brasil
Eduardo Bonfim da Silva – Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho, Brasília (DF), Brasil

Eguimar Felício Chaveiro – Universidade Federal de Goiás, Goiânia (GO), Brasil

Elizabeth Costa Dias – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil

Geordeci Souza – Conselheiro Nacional de Saúde, Brasília (DF), Brasil

Helena Rodrigues Corrêa Filho – Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil

Hermano Albuquerque de Castro – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Ildeberto Muniz de Almeida – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu (SP), Brasil

Jandira Maciel da Silva – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil

Jorge Mesquita Huet Machado – Fundação Oswaldo Cruz, Brasília (DF), Brasil

Lia Giraldo da Silva Augusto – Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Aggeu Magalhães, Recife (PE), Brasil

Luciene de Aguiar Dias – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Luiz Carlos Fadel de Vasconcelos – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Maria Cristina Strausz – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Maria Helena Barros de Oliveira – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Paulo Gilvane Lopes Pena – Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil

Paulo Henrique Scrivano Garrido – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

René Mendes – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil

Rosângela Gaze – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Simone Santos Oliveira – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

CONSELHO EDITORIAL DO CEBES

Ademar Arthur Chioro dos Reis – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil

Alicia Stolkiner – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Angel Martinez Hernaez – Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha

Breno Augusto Souto Maior Fonte – Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil

Carlos Botazzo – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil

Cornelis Johannes van Stralen – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil

Debora Diniz – Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil

Diana Mauri – Università degli Studi di Milano, Milão, Itália

Eduardo Luis Menéndez Spina – Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología

Social, Mexico (DF), México

Elias Kondilis – Queen Mary University of London, Londres, Inglaterra

Eduardo Maia Freese de Carvalho – Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil

Hugo Spinelli – Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina

Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil

Jean Pierre Unger – Institut de Médecine Tropicale, Antuérpia, Bélgica

José Carlos Braga – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil

José da Rocha Carvalheiro – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Kenneth Rochel de Camargo Jr – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Ligia Giovannella – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Luiz Augusto Facchini – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil

Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil

Maria Salette Bessa Jorge – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil

Mario Esteban Hernández Álvarez – Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colômbia

Mario Roberto Rovere – Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina

Paulo Marchiori Buss – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Paulo de Tarsos Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil

Rubens de Camargo Ferreira Adorno – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil

Sonia Maria Fleury Teixeira – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Sulamis Dain – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Walter Ferreira de Oliveira – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

SAÚDE DO TRABALHADOR EM TEMPOS DE DESCONSTRUÇÃO: CAMINHOS DE LUTA E RESISTÊNCIA

Organização

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Paulo Henrique Scrivano Garrido

Carlos Fidelis da Ponte

Carlos dos Santos Silva

cebes

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

Rio de Janeiro

2021

© Direitos autorais, 2021, da organização, de Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, Heleno Rodrigues Corrêa Filho, Paulo Henrique Scrivano Garrido, Carlos Fidelis da Ponte & Carlos dos Santos Silva

Proibida a reprodução total ou parcial sem autorização, por escrito, da editora.

Todos os esforços foram realizados para identificar os autores das fotos. Eventuais omissões não foram intencionais. O Cebes é uma instituição sem fins lucrativos e esta publicação não será comercializada.

Direitos de publicação reservados por

© 2021 Cebes

Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Manguinhos

21040-361 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Tel.: (21) 3882 9140 | 3882 9141

Fax: (21) 2260 3782.

<http://cebes.org.br/>

cebes@cebes.org.br

On-line

<http://cebes.org.br/biblioteca/>

Coordenação editorial

Mariana Chastinet

Normalização

Carina Munhoz

Luiza Nunes

Revisão ortográfica e gramatical

Wanderson Ferreira da Silva

Revisão final

Mariana Chastinet

Capa, projeto gráfico e diagramação

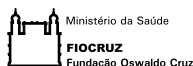
Rita Loureiro

ALM Apoio à Cultura – www.apoioacultura.com.br

Ilustrações

Marcelo Tiburcio Vanni

Maria Carolina Reis



S255

Saúde do trabalhador em tempos de desconstrução: caminhos de luta e resistência.
/ Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos [et al.]. (Organizadores). – Rio de Janeiro: Cebes, 2021.

314 p.; il.

DOI: 10.5935/978-65-87037-01-1.01

ISBN: 978-65-87037-02-8

1. Saúde do trabalhador 2. Vigilância em saúde do trabalhador 3. Política de saúde do trabalhador I. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos II. Heleno Rodrigues Corrêa Filho III. Paulo Henrique Scrivano Garrido IV. Carlos Fidelis da Ponte V. Carlos dos Santos Silva. CDD 613.62

CDD 362.1

SUMÁRIO

Prefácio	7
<i>Lucia Regina Florentino Souto, Carlos Fidelis da Ponte & Paulo Henrique Scrivano Garrido</i>	
Introdução — Saúde do Trabalhador em tempos de desconstrução: caminhos de luta e resistência	8
<i>Heleno Rodrigues Corrêa Filho, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos & Carlos dos Santos Silva</i>	
1 — A voz do sindicalismo	11
<i>Coordenação: Paulo Henrique Scrivano Garrido & Carlos Fidelis da Ponte</i>	
2 — O marco regulatório desregulado	43
<i>Coordenação: Maria Helena Barros de Oliveira & André Gustavo Bittencourt Villela</i>	
3 — Gestão democrática e controle social no SUS: dilemas, avanços e desafios da luta pelo direito à saúde dos trabalhadores	73
<i>Coordenação: Debora Lopes de Oliveira & Geordeci Souza</i>	
4 — Produção de conhecimento até quanto e para quem?	103
<i>Coordenação: Maria Cristina Strausz & Jandira Maciel da Silva</i>	
5 — A institucionalidade fragmentada do campo da saúde do trabalhador	135
<i>Coordenação: Elizabeth Costa Dias & Paulo Gilvane Lopes Pena</i>	
6 — Trabalho em saúde e os santos de casa	169
<i>Coordenação: Jorge Mesquita Huet Machado, Luciene de Aguiar Dias & Simone Santos Oliveira</i>	
7 — A necessária integração trabalho-ambiente: problemas emblemáticos e lições aprendidas	199
<i>Coordenação: Hermano Albuquerque de Castro & Lia Giraldo da Silva Augusto</i>	
8 — De volta ao passado: o futuro do trabalho	227
<i>Coordenação: Diego de Oliveira Souza & Bruno Chapadeiro</i>	
9 — Leve do altar do passado o fogo, não as cinzas	251
<i>Coordenação: Ildeberto Muniz de Almeida & René Mendes</i>	
10 — Saúde e trabalho em situação extrema de crise sanitária e econômica	277
<i>Coordenação: Rosângela Gaze & Eguimar Felício Chaveiro</i>	
Sobre os Autores	311

PREFÁCIO

Lucia Regina Florentino Souto

Carlos Fidelis da Ponte

Paulo Henrique Scrivano Garrido

Asfoc e Cebes apresentam o Almanaque da Saúde do Trabalhador, um manifesto de luta em defesa da vida e da saúde que, como se referem com sensibilidade os coordenadores na introdução, procura traduzir a Alma do vasto campo de conhecimento da Saúde do Trabalhador.

Trata-se de uma contribuição que, indubitavelmente, será um marco no debate público de temas estratégicos para construção da possibilidade de outro mundo aqui e agora de dignidade, respeito, solidariedade, amizade e amor.

Em tempos desafiadores, de mudança de época e em um contexto de emergência sanitária, política, econômica, cultural, ambiental sem precedentes, é retumbante o fracasso do projeto ultraneoliberal para dar respostas às necessidades mais básicas da humanidade.

O anseio por uma vida digna é confrontado diariamente por um projeto da necropolítica e do racismo estrutural que pretende nos impor como objetivo um padrão de desenvolvimento que aprofunda as desigualdades em níveis explosivos.

As consequências se manifestam em milhares de morte evitáveis de brasileiras/os pela Covid-19, na falta

criminosa de oxigênio, na volta da fome, na crescente população abandonada nas ruas, no desemprego de mais de 14% de nossa população, no estarrecedor número de mais de 40% de trabalhadores precários.

O projeto de concentração de riqueza, de destruição de políticas públicas estratégicas, como a saúde como direito universal, segurança alimentar, direitos trabalhistas – com políticas de ódio e degradação da democracia –; impõe-nos a afirmação de outros caminhos. São eixos estratégicos para a promoção do bem-estar como direito de garantir uma agenda de radicalização da democracia participativa com: justiça tributária, reforma tributária progressiva e taxação de grandes fortunas; renda básica universal; reforma agrária e transição ecológica; geração de trabalho e renda; direito a políticas públicas universais de acesso à saúde, educação e cultura; ambiente saudável.

Como em outros momentos, as inúmeras experiências exemplares que povoam o nosso Brasil serão a potência transformadora de um povo criativo e corajoso que sabe o valor da democracia, da solidariedade, da vida e da dignidade.



Banksy – Love Is In The Air or Rage, The Flower Thrower, 2005
Street art
Asb Salon Street, Bethlehem,
Margem Oeste, Jerusalém.

INTRODUÇÃO

Saúde do Trabalhador em tempos de desconstrução: caminhos de luta e resistência

*Helena Rodrigues Corrêa Filho
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
Carlos dos Santos Silva*

Durante mais de 40 anos, o Brasil foi palco de uma luta árdua para a construção do campo da saúde do trabalhador. Inserido na saúde coletiva e reconhecido como área executiva da saúde pública, pelas linhas inovadoras e generosas da Constituição Federal de 1988, trabalhadores e trabalhadoras passaram a ser cobertos pelo manto de proteção da saúde, tecido pela universalidade, integralidade, igualdade, equidade, cidadania, participação e reconhecimento do trabalho como direito humano.

Muitos foram os que participaram dessa construção. Profissionais das mais diversas áreas do conhecimento, sindicalistas, juristas, legisladores, militantes dos movimentos de defesa da justiça e da vida, homens e mulheres, jovens e velhos, todos unidos por um fio condutor comum: a defesa intransigente da saúde, da dignidade, do direito à voz e da transformação do mundo do trabalho.

Todavia, com todas as conquistas do período, ainda assim, continuamos a conviver com uma tragédia brasileira. Talvez a maior de todas. Foram dezenas de milhões de trabalhadores acidentados e enfermos pelo trabalho legalmente reconhecidos pelas estatísticas oficiais no período. Mais de uma centena de milhares de mortos e centenas de milhares de incapacitados permanentes para o trabalho marcam tristemente a dimensão da tragédia.

Por isso a tenacidade e a perseverança de todos os que participaram e persistem na luta e na resistência pela saúde do trabalhador. Não fora isso, com certeza, a tragédia seria ainda maior. Alguns dos que empunharam a bandeira da luta e da resistência pela saúde no trabalho ficaram pelo caminho; outros, veteranos, continuam desde sempre, e outros, mais jovens, vêm se incorporando e abrindo portas e janelas para o chamamento dos que virão a se incorporar.

Entretanto, não bastasse a tragédia ainda em curso, nos últimos quatro anos – e, especialmente no atual governo brasileiro –, muitas das conquistas em prol da saúde do trabalhador foram e continuam sendo

demolidas. Seja em matéria de legislações protetivas da saúde, seja nas questões ligadas à institucionalidade das ações, nas instâncias de manifestação da sociedade, nas intervenções sobre o mundo do trabalho ou, ainda, na destituição de uma cultura de proteção à vida no trabalho, o cenário é de terra arrasada.

A remodelação do mundo do trabalho calcada na desconstrução de direitos conquistados, a duras penas, vislumbra perspectivas sombrias de abandono da saúde como direito no trabalho. Isso só aguça a vontade maior de resistir e lutar daqueles que podemos chamar de ‘povo da saúde do trabalhador’.

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), desde 1976, parceiro de primeira hora desta empreitada, em conjunto com o Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública (Asfoc-SN) e com o Conselho Nacional de Saúde trazem nesta publicação, simbolicamente, a consignação dessa renovada vontade de continuar lutando e resistindo.

Como organizadores, buscamos ouvir o máximo de pessoas que participaram e participam daquilo que se pode chamar de missão. Para muitos, até mais: projeto de vida. Nem todos os que deveriam estar aqui foram alcançados. Problemas diversos, ainda mais em tempos de pandemia, isolamento social e multiplicidade de atividades, foram fatores impeditivos. No entanto, todos os que fizeram ou ainda fazem parte desse ‘povo’ estão por aqui, de alguma forma.

Sem as exigências de publicações acadêmicas clássicas, foram compilados nesta publicação textos de variados matizes. O objetivo é claro: despojarmo-nos de uma linguagem muitas vezes hermética, de compreensão limitante para grande parte dos que deveriam ter acesso a eles. São algumas dezenas de pequenos textos – ensaios, experiências pessoais, relatos, sínteses de artigos científicos – compondo um mosaico de inúmeros temas e de vários autores, unidos por um único

propósito: debater a desconstrução da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras brasileiras e apontar caminhos para a renovação da luta e da resistência.

Buscando alcançar um público que nem sempre é habitual nas publicações acadêmicas, tais como sindicalistas, cipeiros, trabalhadores em geral, estudantes das mais variadas graduações e pós-graduações e, enfim, associações e movimentos sociais, o resultado é o que chamamos carinhosamente de 'Almanaque de Saúde do Trabalhador'. Os registros, carinhosamente apelidados de almanaque, aludem à ideia de ALMA. É o que se pretende: traduzir a alma da saúde do trabalhador.

Nele, buscamos aproximar o máximo de temáticas que dizem respeito ao mundo do trabalho e, de alguma forma, propiciar um conhecimento básico e, principalmente, suscitar a reflexão capaz de subsidiar a luta e a resistência.

Entre as questões aqui trazidas, temos a articulação da Saúde do Trabalhador (ST) com a conjuntura econômica e sanitária do Sistema Único de Saúde (SUS); o debate de propostas para sair da crise atual do mundo do trabalho; a interação entre as categorias: trabalho – produção – direitos humanos – movimentos sindicais e sociais, tendo como eixo transversal a questão saúde. Também aparecem análises sobre as consequências da retração e recessão econômica sobre a vida e saúde dos trabalhadores, desconstrução de direitos trabalhistas, previdenciários e outros que afetam a ST; precarização, uberização, indústria 4.0 e reconfiguração do mundo do trabalho. Temas como a gestão participativa do SUS e o trabalho em

saúde; além da crise do sindicalismo, às voltas com a recriação de identidade e representatividade, são também abordados. A histórica fragmentação institucional do campo da ST; e o formato de produção de conhecimento, especialmente na academia, no SUS e com os aos trabalhadores, estão presentes. Outro tema é a relação trabalho-ambiente; e a relação entre movimentos, frentes, fóruns e iniciativas de ST, de certo modo ainda sem uma pauta comum de luta e resistência. Finalmente, o debate sobre a atual conjuntura pandêmica que colocou o País em situação extrema de crise sanitária, econômica e essencialmente política. A ideia de ALMANaque pretende deixar um gosto de querer mais com esta publicação. Os antigos almanaques, da época dos mais veteranos da ST, eram geralmente editados anualmente. Quem sabe esta edição não desperte essa velha tradição?

O dinamismo do mundo do trabalho requer um olhar atento de pesquisadores e trabalhadores sobre as novas modalidades de opressão, exploração e expropriação da saúde, cujas consequências ainda não são bem dimensionadas no repertório de adoecimento. O destaque fica com o sofrimento mental acelerado, do qual só saberemos suas repercussões mais profundas ao fim desta geração de trabalhadores precarizados e desistentes.

Esperamos que usufruam e divulguem este trabalho artesanal a muitas mãos; e podem ter certeza, todos e todas que o manusearem, que têm nas mãos uma obra feita com muito amor, carinho e muita indignação pela forma como a saúde do trabalhador é tratada em nosso país.

1

A VOZ DO SINDICALISMO

Coordenação

Paulo Henrique Scrivano Garrido & Carlos Fidelis da Ponte

DOI: 10.5935/978-65-87037-01-1.04



A ASFOC E O SINDICALISMO COM VOZ

Paulo Henrique Scrivano Garrido

Mychelle Alves Monteiro

Carlos Fidelis da Ponte

Marcos Besserman Vianna

A tentativa de calar a voz do sindicalismo, tema deste bloco da presente publicação, retrata, de certo modo, a conjuntura atual brasileira e até mesmo global.

No entanto, nós da Asfoc-SN (Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública) temos voz; e nossa voz ecoará cada vez mais elevada. Desde 1976, quando éramos Associação dos Servidores da Fundação Oswaldo Cruz (Asfoc), e atuando como entidade sindical nacional a partir de 1986, temos buscado a voz que seja ouvida tanto na defesa dos direitos dos nossos trabalhadores quanto na organização de movimentos políticos e sindicais, em busca de objetivos comuns de luta. Uma de nossas principais bandeiras – a Saúde do Trabalhador e ambientes e condições saudáveis de trabalho – retrata a iniciativa desta publicação, juntamente com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes).

No mundo de hoje, os interesses dos indivíduos e das empresas se tornaram tão diversos, o trabalho com tantas circunstâncias particulares, que cabe perguntar: será que ainda existe base para a negociação coletiva, cujos principais protagonistas são os sindicatos? Questionar o papel e até a própria existência dos sindicatos, se realmente são os representantes e defensores dos interesses da classe trabalhadora, se retratam os interesses de todos os trabalhadores em suas ações prioritárias ou os interesses de alguns trabalhadores em detrimento de outros – por exemplo, os desempregados –, são pontos de reflexão importantes.

Desde a Revolução Cognitiva, não existe um único estilo de vida natural para o *Homo Sapiens*. Há apenas escolhas culturais, dentro de um conjunto assombroso de possibilidades. Como todas as ações e ideias humanas desde então, os direitos sindicais também não são obra da natureza nem fruto da espontaneidade, tampouco foram oferecidos pelos Estados ou pelos patrões. Foram conquistas alcançadas pelos trabalhadores e suas organizações representativas, por meio de lutas difíceis, resultado histórico de muito sofrimento e sacrifício.

Diante da exploração dos detentores dos modos de produção na sociedade industrial, os trabalhadores organizaram-se em sindicatos para combater a burguesia, para defender a classe e para criar uma sociedade mais justa.

Os sindicatos surgiram para defender os trabalhadores contra a burguesia e consagrar os direitos do proletariado. Consequência de tantos anos de luta, a Declaração Universal dos Direitos Humanos reconheceu, em seu art. 23, que: “Todo ser humano tem direito a organizar sindicatos e a neles ingressar para proteção de seus interesses”¹.

Os direitos sindicais fazem parte, portanto, dos direitos humanos; e como tal, são universais, inalienáveis e pertencem a todos os trabalhadores e suas organizações sindicais. Embora o universalismo possa ser questionado – já que surgiu em uma economia baseada na espoliação, desde o colonialismo até o ultraneoliberalismo dos dias atuais, dirigida pela aliança do poder empresarial com o poder estatal –, o direito humano universal é o objetivo a ser perseguido. E nele, além do direito ao trabalho e à sindicalização, estão embutidos o acesso à terra, à água, aos alimentos, aos recursos naturais, à saúde e, enfim, à vida plena.

O sindicalismo sem voz é aquele que se curva a governos que retiram direitos dos trabalhadores, impedem ao máximo sua organização e infiltram, nos aparelhos de Estado, mecanismos de contenção de suas demandas e negação de justiça às suas causas. Modalidades similares ao fascismo elegem trabalhadores em luta por direitos como seus inimigos mortais, do serviço público ou privado, e, principalmente, os seus sindicatos.

O ultraneoliberalismo pregado em vários países, inclusive no Brasil, é dependente destes modelos de governo: totalitarismos de extrema-direita. São caracterizados por nacionalismo militarista, desprezo pelo processo democrático, crença em uma hierarquia social natural (contradizendo a Revolução Cognitiva) e, muitas vezes, subordinação dos interesses individuais e coletivos da sociedade à vontade de ditadores ou espécies de Messias.

A hegemonia política atual, aliada ao capital financeiro, expressa-se em um ataque devastador sobre as conquistas sociais e trabalhistas consignadas em períodos recentes. Essa articulação ultraneoliberal, com o sentido de recompor o paradigma da acumulação capitalista, resulta na devastação da economia brasileira, em um sistemático desmonte do Estado voltado para a proteção social.

1. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 15 nov. 2020.

É nesse contexto que o trabalho, elemento central da vida, e os trabalhadores são engolidos pela estratégia de acumulação e da sempre crescente concentração de renda. Reduzem-se fortemente os investimentos públicos e estatais, privatiza-se em larga escala, aprovam-se uma reforma da previdência e uma reforma trabalhista, invariavelmente para a obtenção de novas fontes de extração de mais-valia. Para tal, necessita da flexibilização dos direitos e contratos trabalhistas, o que demanda uma agressão perversa por cima da organização e da resistência sindicais.

A pandemia da Covid-19 certamente é agravada por essa política voltada exclusivamente para o lucro de corporações milionárias que são as principais contribuintes do assustador dilema climático que enfrentamos no planeta.

No entanto, os interesses das empresas multinacionais, dos fascistas e ultraneoliberais não coincidem com os objetivos do clima e da justiça social, com o respeito pelos direitos e liberdades fundamentais das pessoas.

O fascismo, mesmo nas suas formas disfarçadas, é um inimigo deliberado das organizações sindicais: prega e opera para a extinção do movimento sindical, para a destruição dos sindicatos de classe, para a aniquilação do movimento sindical independente. Não é um fenômeno local, temporário ou transitório, mas representa um sistema de dominação de classe da burguesia capitalista, que, na democracia democrática burguesa nos EUA ou no Brasil, não poderia mais ampliar o desrespeito aos direitos humanos e à sustentabilidade ambiental. Considerar o fascismo

como fenômeno temporário e transitório, que, no quadro do capitalismo, poderia ser substituído pelo restabelecimento do antigo regime democrático-burguês, seria aceitar reformas trabalhistas que minam o direito à negociação coletiva e o direito à greve, reformas impostas no âmbito de pacotes de ajuste estrutural e de austeridade, em que os acordos coletivos existentes são simplesmente desconsiderados. Seria aceitar que não existe mais papel para os sindicatos.

Os sindicatos têm como missão e dever defender os direitos trabalhistas e colaborar estreitamente com os movimentos de direitos humanos, tais como os de raça, gênero e associações pela justiça ambiental. Têm agora um papel fundamental na defesa da liberdade de expressão, na conquista de políticas orientadas para o combate à pobreza e à exclusão, na luta para que todas as pessoas, especialmente os mais necessitados, usufruam do acesso universal a serviços públicos de qualidade, tenham acesso e efetivem os direitos humanos fundamentais.

Com toda certeza, os sindicatos hoje, e mais do que nunca, são fundamentais, como espaços de diálogo e participação política aberta. Indispensáveis se queremos frear a barbárie da dissolução dos direitos humanos e a destruição ambiental. Os direitos humanos devem substituir os direitos corporativos, para que possamos construir uma sociedade em que todas as pessoas, independentemente de sua condição, tenham dignidade. Estamos todos irmanados no trabalho e na defesa de uma sociedade mais justa.

SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO: UM DIREITO ESSENCIAL EM RISCO

Álvaro Egea

Canindé Pegado

Carmen Foro

João Carlos Juruna Gonçalves

José Reginaldo Inácio

Wagner Gomes

Para tratar da questão da saúde e segurança no trabalho, enfocamos a evolução dessa matéria nos últimos 40 anos, mais especificamente entre as grandes conquistas de 1979 e a recente onda de retrocessos, iniciada pela reacionária reforma trabalhista em 2017.

A escolha do ano de 1979 está relacionada com as greves iniciadas em São Bernardo do Campo

em 1978; isso porque uma das grandes vitórias daquele movimento foi a conquista da negociação direta. Dessa forma, por meio das convenções coletivas, que abriram a possibilidade de diálogo e negociação, os sindicatos passaram a reivindicar, além de valorização salarial, melhoria das condições e do ambiente de trabalho.

A questão da saúde e segurança e a organização de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (Cipa) cresceram muito nesse contexto, tanto que o ano de 1979 foi considerado o marco inicial da luta contemporânea pela saúde e segurança do trabalhador.

Isso levou os sindicatos a contratarem médicos do trabalho e técnicos de segurança para assessorar os trabalhadores, além de preparar quadros para essa função, fazendo com que os próprios trabalhadores passassem a fiscalizar as condições de trabalho e as eleições para as Cipa.

Quando os sindicatos puderam negociar essas questões, inúmeras denúncias de problemas de saúde nas empresas surgiram, deixando claro que os índices de acidentes de trabalho eram alarmantes e que o reduzido número de fiscais do Ministério do Trabalho era preocupante.

Naquele ano de 1979, consagrando o reforço da pauta sanitária dentro dos sindicatos, foram realizadas as duas primeiras Semanas de Saúde do Trabalhador (Semsat). A primeira, concebida por médicos ligados ao Partido Comunista Brasileiro (PCB), ocorreu entre os dias 14 e 19 de maio, em São Paulo, com a participação de 1.800 trabalhadores, 49 sindicatos e 6 federações de trabalhadores e trabalhadoras. O principal tema de discussão foi a silicose e as doenças pulmonares causadas por poeira. Foi naquela semana que surgiu a ideia de o movimento sindical criar um departamento para estudar as questões relacionadas com a saúde e segurança dos trabalhadores, como um 'Dieese da Saúde', ideia que foi concretizada em agosto de 1980, com a fundação do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat).

Esse processo, desde as greves de 1978, a assinatura de convenções coletivas, as Cipa representadas pelos sindicatos e todo o movimento em torno da saúde e segurança no trabalho, começou a melhorar o ambiente de trabalho.

A Constituição de 1988 equiparou os trabalhadores rurais aos trabalhadores urbanos, criou o seguro-desemprego, reduziu a jornada de trabalho de 48 horas para 44 horas semanais, ampliou a licença-maternidade e a licença-paternidade, instituiu o abono de férias e os direitos trabalhistas a empregados domésticos, entre outras coisas.

No que tange à matéria aqui tratada, a Constituição, além de declarar que a saúde é direito de todos, dispõe sobre a saúde de segurança no Trabalho no art. 7º, inciso XXII¹, que estabelece como direito essencial a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança;

e o inciso XXVIII, do mesmo artigo, que prevê seguro contra acidentes de trabalho, a cargo do empregador, sem excluir a indenização a que este está obrigado, quando incorrer em dolo ou culpa.



Foto: Raphael Korn-Adler/Agência Simlida

Lula discursa na greve dos médicos em 1981.

Desde meados da segunda década do século XXI, entretanto, os avanços civilizatórios conquistados pelos brasileiros sofrem graves ameaças. Vivemos uma fase de flagrantes retrocessos, inaugurada com a reforma trabalhista de 2017, no governo de Michel Temer.

Essa reforma reacionária propôs a extinção de direitos fundamentais, como, por exemplo, a proteção às mulheres grávidas ou lactantes em ambientes insalubres, uma aberração que, felizmente, não se consolidou, pois foi derrubada por uma ação direta de inconstitucionalidade da Confederação Nacional dos Trabalhadores Metalúrgicos, em maio de 2019.

A flexibilização da jornada de 8 horas diárias, com a possibilidade do cumprimento de 12 horas de trabalho seguidas, mesmo em ambientes insalubres, e a redução do intervalo mínimo de descanso para 30 minutos são outras grandes perdas contempladas naquele atentado aos direitos dos trabalhadores. Submetidos a uma grande pressão e sobrecarga em suas funções, os trabalhadores e as trabalhadoras estão mais suscetíveis a processos de adoecimentos, acidentes, afastamentos, e mortes relacionadas com o trabalho.

Além dessas questões específicas que atingem os trabalhadores e as trabalhadoras no seu dia a dia, a reforma impôs um prejuízo generalizado, não apenas no que se refere à saúde e à integridade física e mental, mas também na questão financeira e na garantia do cumprimento de todos os direitos previstos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e recomendados pela Organização Internacional do Trabalho (OIT). Trata-se do ataque deliberado aos sindicatos por meio daquilo que, na prática, constituiu a suspensão do financiamento sindical. Com

1. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constitucao/constitucao.htm. Acesso em: 15 nov. 2020.

isso, várias atividades sindicais foram diminuídas drasticamente ou até encerradas pelas entidades, como a fiscalização, os espaços de orientação e formação dos trabalhadores e os ambulatórios médicos e de assistência à saúde prestada pelos sindicatos.

No governo Bolsonaro, a partir de 2019, a classe trabalhadora continuou sendo atacada e tendo seus direitos sabotados. A saúde e segurança do trabalhador foi prejudicada logo nos primeiros dias do governo com a extinção do Ministério do Trabalho e Emprego que era responsável pela fiscalização do cumprimento dos direitos trabalhistas. Esse Ministério foi incorporado ao Ministério da Economia, simbolizando que o trabalho agora estaria subordinado ao comando da economia.

E não parou aí. Em meados de 2019, o governo iniciou uma ação no sentido de revisar todas as Normas Regulamentadoras (NR), que orientam os procedimentos de segurança e saúde obrigatórios a serem implementados pela empresa nos locais de trabalho.

A representação dos trabalhadores na Comissão Tripartite Paritária Permanente (CTPP) tem buscado resistir às propostas de flexibilização das normas de segurança e proteção ao trabalho construídas ao longo de décadas.

Essas normas remontam, novamente, ao ano de 1978, quando foram aprovadas pela Portaria nº 3.214, no dia 8 de junho. Elas são elaboradas e revisadas em grupos temáticos e depois nas comissões temáticas tripartites, e têm como um dos principais objetivos a padronização dos procedimentos de segurança e saúde do trabalho. Originalmente eram 36 NR. Já foram revisadas, por exemplo, as normas NR1, que fala sobre saúde e segurança, NR2, que regulamentava a fiscalização dos estabelecimentos por um fiscal do trabalho antes de sua abertura para funcionamento (que foi revogada), e NR12, que trata da segurança no trabalho com máquinas e equipamentos.

A alegação apresentada para tais alterações é o estímulo à economia. Os argumentos escondem, todavia, que todo o peso da produção de valor recai nos ombros do trabalhador que, por sua vez, como a realidade brasileira deixa claro, não compartilha dos ganhos que permeiam esse processo.

Por fim, neste inusitado contexto de pandemia da Covid-19, escancarou-se a importância do Estado, e não do mercado, como regulador da sociedade, contradizendo o discurso liberal que baseou as políticas reducionistas dos últimos anos. O cenário da reforma trabalhista não poderia ser pior para o trabalhador durante a pandemia. Não poderia ser pior porque enfraqueceu (e praticamente proibiu) a ação dos sindicatos quando os trabalhadores mais precisam dele.

No entanto, mesmo com todas as dificuldades que enfrentamos, nós dos sindicatos desempenhamos um grande papel durante a chamada 'coronacrise', fortalecendo a relação entre as entidades sindicais e as suas bases. A presença sindical é constantemente acionada pelos trabalhadores para negociar acordos de redução de jornada e salário, além de protocolos para evitar os malefícios da pandemia. Isso mostra como os sindicatos são fundamentais em uma sociedade movida pelo trabalho.

Essa história da luta pela saúde e segurança do trabalhador, desde 1979 até a atual situação de retrocessos e retirada de direitos, nos deixa um alerta. Um alerta que foi muito bem descrito pelo ex-senador italiano e jornalista José Luiz Del Roio, para a revista do Centro de Memória Sindical sobre os 100 anos da greve de 1917. Segundo ele:

o que os trabalhadores conquistaram, eles nunca podem considerar conquistas definitivas. E se o Estado for oligárquico, escravocrata, eles estarão sempre disponíveis a fazer voltar para trás as conquistas operárias. Sempre! A história está marcada por isso, sobretudo num país como o Brasil, com uma elite escravocrata de origem e de mentalidade².

2. CINTRA, A. *A greve de 1917 nos comentários do ativista político José Luiz Del Roio*. Disponível em: <https://radiopeao-brasil.com.br/greve-de-1917-nos-comentarios-do-ativista-politico-jose-luiz-del-roio/>. Acesso em: 15 nov. 2020.



1ª greve geral da república, 1917.

Fonte: <https://medium.com/@lessa27/greve-5cad8f95ec9c>

O CHÃO DA FÁBRICA

Ilquias Araujo Lopes do Nascimento

Opá! Meu nome é Ilquias Araujo Lopes do Nascimento, sou brasileiro, 46 anos, Pernambucano de Recife por nascimento, Carioca de vida. Sou trabalhador da área metalúrgica há, pelo menos, 12 anos. Já atuei em algumas empresas ditas pequenas, a que chamamos marotamente de 'gatas'. As grandes empresas também fazem parte dessa caminhada, nem por isso as grandes deixam de ser cruéis, pois, quanto maior a empresa, menos visível é a injustiça aos olhos da justiça.

Nunca escrevi algo para ser lido por tanta diferente gente, nunca escrevi um artigo, aliás, nem sei se o que sigo escrevendo o é; mas saibam, escrevo com o coração e com as experiências do que tenho vivido profissionalmente.

O trabalhador brasileiro vem sendo condenado a conviver diariamente com acidentes, duvidosas condições de trabalho, assédios, covardias de todos os tipos, praticadas pelo empresariado, que explora e adoce grande parte dos que fazem a roda do processo produtivo girar.

A Pandemia no chão de fábrica

Rio, 23 de março de 2020. A Covid-19 chegou.

Sabemos do nosso compromisso, contratos a cumprir, responsabilidades com nossos clientes e com a empresa, além da garantia dos nossos empregos, sabemos o tamanho de nossa responsabilidade. Não raro, alcançamos resultados produtivos nunca antes imaginados nesta área, sabemos também o nosso valor. Não queremos perder nossos empregos mas, que fique claro o nosso descontentamento em estarmos expostos ao corona vírus diariamente devido ao trabalho, sem nenhuma recomendação ou direcionamento. Muitos de nós convivem com pessoas do grupo de risco, expostos, somos prováveis transmissores.

Somos avós, pais, mães, tios, tias, sobrinhos sobrinhas, primos, amigos, enfim, somos trabalhadores e trabalhadoras que produzem o sucesso desta empresa mas, antes de tudo, somos seres humanos. Temos direito à proteção, principalmente no trabalho.

Ass. Trabalhadores e trabalhadoras.

O pequeno texto acima foi escrito por mim, motivado por tantas dúvidas dos companheiros e companheiras de trabalho, para mostrar nosso posicionamento diante da inércia corporativa. A proposta era colher o maior número possível de rubricas por todo o parque fabril. Contudo, a realidade em um mar de; pelo menos; 600 trabalhadores e trabalhadoras, a adesão foi de 5%. Todos estavam insatisfeitos, mas poucos ousaram aderir à causa. Não quiseram nem mesmo defender-se. Traduzindo: medo.

Esse é o estado atual de um chão de fábrica. Esse tem sido o estado do chão de fábrica na maioria das fábricas neste país. Neste período de pandemia, ainda há empresas que teimam em compartilhar Equipamentos de Proteção Individuais (EPI). Há empresas que, no papel, parecem um lugar perfeito para o bem-estar do trabalhador, mas, na verdade, são verdadeiras prisões. Sugam toda a dignidade e o respeito próprio do trabalhador e da trabalhadora.

Além disso, há também os habituais acidentes que deixam sequelas físicas e psicológicas. Um pequeno exemplo é o que as empresas praticam com o trabalhador operacional. Um clássico de prática covarde é o acontece com o trabalhador que sofre acidente com ferimento nas mãos: ao invés de ser afastado conforme preconiza a lei, é remanejado para um outro local, geralmente longe dos companheiros, que sabem do ocorrido – mas estes, também, temem dizer algo, reagir. A maioria dos acidentes não é comunicada pelas empresas e, também, não é comunicada pelo próprio trabalhador ao seu sindicato, por desinformação ou por medo.

O estado das coisas no chão da fábrica durante a pandemia é de medo, não o medo de perder a vida, nem mesmo de levar o vírus para casa, para os seus. Seu maior medo é de perder o emprego.

As entidades sindicais têm sua parcela de culpa. A política partidária dentro de um sindicato afeta cruelmente o trabalhador, que não faz a mínima ideia de que os conflitos internos em seus sindicatos afetam diretamente a classe que está dentro das fábricas sentindo na pele o chicote de couro legítimo do capital. O que deveria ser o ponto de união dentro de uma entidade sindical, tem ficado em segundo plano: o trabalhador e, principalmente, sua saúde. A partidarização de sindicatos é uma corda no pescoço das próprias entidades em que o enforcado é o trabalhador. Essa disputa partidária interna nas entidades sindicais é como um Alzheimer que faz os membros que a dirigem esquecerem qual o seu verdadeiro propósito e dever ali.

O que precisa urgentemente ser feito?

É preciso fazer com que o trabalhador entenda que adquirir Covid-19 no trabalho é um acidente de trabalho.

O sindicato precisa assumir seu verdadeiro papel ao lado do trabalhador.

É preciso mudar a forma de comunicação com o trabalhador.

É preciso uma fala simples, direta.

É preciso dar peso à raiz do que realmente deve ser um sindicato.

É preciso dar valor aos trabalhadores e trabalhadoras.

É preciso que o sindicato faça o seu papel de prover o conhecimento que o trabalhador necessita para defender-se das maldades do capital voraz.

É preciso que o trabalhador saiba que o que se considera benefício, como a participação no lucro, por exemplo, é gerado por ele próprio.

É preciso que o trabalhador e a trabalhadora saibam que ele e ela são as peças mais importantes nesta roda louca em que, muitas vezes, perde-se a vida.

É imprescindível que o trabalhador e a trabalhadora brasileiros conheçam seus direitos.

É preciso que o trabalhador e a trabalhadora brasileiros conheçam o Sistema Único de Saúde (SUS).

É preciso dar voz e garantias ao trabalhador.

É preciso ser honesto, perseverar, reagir!

A CRISE DO SINDICALISMO E A TRANSIÇÃO NECESSÁRIA¹

Luizinho (do Eisa) Oliveira

1. Texto baseado na Coluna Opinião do Blog: Multiplicadores de vigilância em saúde trabalhador. Coluna Opinião Saúde-Trabalho-Direito. Disponível em: <https://www.multiplicadoresdesaude.com/>. Acesso em: 09 nov. 2020.

Para começar...

No Brasil, com seu passado escravocrata, os trabalhadores sempre penaram para construir seus sindicatos. A primeira lei a tratar da organização dos trabalhadores em sindicatos é de 1908, mas proibia a participação dos trabalhadores imigrantes que constituíam, naquela época, mais de 90% da força de trabalho.

O capital e seus representantes nunca permitiram o acesso dos dirigentes sindicais aos locais de trabalho. As condições de vida e trabalho da grande maioria dos trabalhadores nos anos 1920 era de extrema precariedade. As jornadas de trabalho eram de 12 horas a 16 horas sem descanso remunerado, sem férias anuais, sem contrato de trabalho, uso de mão de obra infantil. Os donos das empresas eximiam-se de qualquer responsabilidade em caso de doenças profissionais, acidentes no trabalho. Até o final dos anos 1920, a luta era comandada predominantemente pelo pensamento anarquista.

Chama a atenção, em primeiro lugar, a busca de unidade dos setores mais ativos e conscientes do meio operário: a compreensão de que era necessário unificar as distintas categorias baseada na solidariedade operária. A unidade foi alcançada, vieram as greves, os movimentos contra a carestia, o apoio à luta dos trabalhadores.

Até os anos 1930, a atuação dos sindicatos era tratada como 'caso de polícia'. Getúlio Vargas, precisando do apoio operário ao seu projeto, legalizou os sindicatos ao mesmo tempo que os cooptou. 'Não é preciso matá-los, é possível domá-los', ironizava. Ao longo da década de 1930, o governo criou um grande número de leis que regulamentaram as relações capital/trabalho: trabalho feminino, férias, carteira de trabalho, jornada de 8 horas etc. A ideologia de que esses direitos foram concedidos de mão beijada pelo Estado brasileiro não condiz com a verdade.

Vários deles já haviam sido conquistados por uma série de longas lutas. Foram frequentes as lutas por aumentos de salários e melhores condições de trabalho com a ocorrência de um sem número de greves. Ficou claro para Vargas que os trabalhadores e os sindicatos não estavam tão domados assim. Veio a CLT.

O movimento sindical brasileiro se reorganizou a partir de 1945, criando várias organizações de representação que tinham como objetivo a rearticulação sindical. Entre 1950 e 1962, vários encontros sindicais foram realizados e foi fundado o Comando Geral dos Trabalhadores (CGT) e outras organizações operárias. O CGT fixou raízes no sindicalismo brasileiro. O governo JK foi um pe-

ríodo de crescimento econômico sem ganhos para os operários; a classe operária cresceu e foi expressiva a participação sindical na vida nacional. Os sindicatos participaram ainda de grandes jornadas políticas e de greves nacionais pleiteando uma melhor distribuição das riquezas originadas da chegada das multinacionais. A ditadura militar de 1964 desferiu um duro golpe no sindicalismo. Os sindicatos sofreram intervenção, diretorias foram destituídas e cassadas e, em seus lugares, foram impostos descarados pelegos ou agentes da polícia, sedes sindicais invadidas, depredadas e seus dirigentes foram presos. A luta sindical enfrentou o autoritarismo e a completa ausência de liberdades. O retorno das mobilizações só ocorreu a partir de 1977, com grandes campanhas salariais e greves em todo o País. A partir daí, os trabalhadores assumem mais uma vez um papel relevante na luta pela redemocratização.

Durante o governo Sarney, marcado por planos econômicos de arrocho salarial, os trabalhadores responderam com greves e mobilizações que foram desaguar na atuação dos sindicalistas na Assembleia Nacional Constituinte, em que lutaram para manter direitos já conquistados e por novas conquistas. Após duros embates com o empresariado, vanguarda do atraso, conseguimos que direitos não fossem retirados e ainda fossem ampliados.

Chegamos ao governo neoliberal e de reestruturação produtiva de Fernando Henrique Cardoso (FHC), de triste memória para os operários. Depois de mais de 20 anos de uma árdua luta contra a ditadura militar e contra a ofensiva neoliberal, em 2002, um líder operário – ‘Lula’ – chegou à presidência do Brasil. Nesse governo, os trabalhadores tiveram

participação nas políticas sociais, a economia cresceu e, pela primeira vez na história, a classe operária foi beneficiada e os sindicatos aumentaram.

Os avanços chegam até o governo ‘Dilma’. Para as elites atrasadas brasileiras, isso era intolerável; e o avanço foi detido com o golpe de 2016. Assume o ilegítimo Temer. Seu governo partiu com todo ódio pra cima dos sindicatos com a ‘deforma trabalhista’, que tinha como uma de suas finalidades o ataque aos

sindicatos. A ‘deforma’ foi um presente do Temer ao empresariado, capitão-mor do golpe contra Dilma. Por último, veio Bolsonaro que, já na sua campanha eleitoral dizia que os operários no Brasil tinham direitos demais. Eleito, tornou-se

uma obsessão para este desgoverno destruir os sindicatos. Demos nossa resposta promovendo mobilizações contra essas atitudes antissindicais.

Nota sobre a CLT

Os que hoje destroem a CLT seguem os que repetem como papagaios a ladainha de que ela é fascista, tendo sua origem na Carta del Lavoro do fascismo italiano.

Esse comportamento, já visto nos governos neoliberais de FHC e de Temer, sentencia que um governo democrático (?) não pode conviver com a anomalia chamada CLT. Então teriam sido fascistas os governos desde quando a CLT passou a existir no Brasil? Seria fascista a Constituição que trouxe direitos trabalhistas?

A CLT garante aos trabalhadores a carteira de trabalho, repouso semanal remunerado, 13º salário, vale-transporte, licença-maternidade, garantia de emprego à gestante, Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), acréscimo de 50% nas horas extras, estabilidade no emprego em caso de acidente do trabalho, adicional noturno, aviso prévio, seguro-desemprego etc. Isso é fascismo?

Vale lembrar que a CLT consolidou as leis do trabalho que já existiam no Brasil conquistadas, anteriormente, em um processo de reivindicações e embates entre empregados e empregadores. Comparar a CLT com a Carta del Lavoro é uma manipulação ardilosa, capaz de enganar pessoas com pouco conhecimento. Mentira deslavada que tem sido repetida milhares vezes por políticos, juristas e até por alguns sindicalistas incautos. A Carta del Lavoro, de 1927, tinha 30 artigos de princípios, a CLT, de 1943, continha 921 artigos.

Os sindicatos devem levar ao mundo a convicção que os seus esforços, longe de serem egoístas e ambiciosos têm antes por objetivo a emancipação total das massas oprimidas.

Karl Marx

Apoiados nela, os sindicatos se consolidaram como representantes dos trabalhadores, zelando pelo seu cumprimento e por mais conquistas.

Empresários vivem acusando a CLT de atrapalhar seus negócios e atrasar o progresso. Para combatê-la, nas eleições, jogam rios de dinheiro para que seus representantes aprovem leis que garantam total liberdade para explorar a mão de obra dos operários. A CLT é o anteparo para evitar que a ganância e a crueldade dos empresários não sejam efetivadas. Vem daí o ódio deles e a luta incansável para extingui-la. O ano de 2017 foi, seguramente, o pior momento da CLT. A reforma trabalhista do golpista Michel Temer fez tudo para esvaziar o papel da negociação coletiva (sindicatos). Soma-se a isso o esvaziamento extraordinário da justiça do trabalho, a única que era gratuita no País, já que agora, quando o trabalhador perde o processo, é dele as custas judiciais. Há ainda a retirada abrupta da contribuição sindical asfixiando a saúde financeira dessas entidades. No Brasil, falar mal da CLT acabou se tornando uma estratégia de políticos vendidos ao capital especulativo para serem unguídos pelo famigerado mercado. O atual Ministro da Economia – Paulo Guedes – com discurso submisso ao poder do dinheiro não perdeu tempo mesmo depois da CLT. Após a profunda reforma que quase aniquilou os direitos trabalhistas, ele não abre mão de presentear os gananciosos empresários com uma nova reforma. É uma competição para definir quem é o mais cruel. A Carteira Verde e Amarela escancara a porta para os patrões precarizarem inescrupulosamente o trabalho. Os defensores das malditas reformas diziam que viriam empregos em abundância. E o que vimos? O apogeu da geração de vagas continuou sob a égide da CLT: isso os deixa furiosos.

Companheiros(as), nunca façam coro com os inimigos da CLT. Se ela é atacada, é porque há algo nela de nosso interesse.

Ação sindical em tempos de pandemia

Diante do cenário atual causado pela Covid-19, que expôs de forma brutal os nossos problemas crônicos – habitacional, saneamento básico, sucateamento do SUS, educacional, transporte, trabalho, emprego e renda –, é do movimento sindical que vêm a resistência e a luta pela preservação dos direitos dos trabalhadores pela vida.

São os sindicatos que, desde o início, têm sido um dos segmentos mais ativos. Estão nas portas das fábricas, bancos, unidades de saúde, pressionando por melhores condições de trabalho, disponibilizando canais para denúncias e informações, realizando

assembleias virtuais, acionamento judicial para garantir o emprego dos trabalhadores enfermos e os que estão na linha de frente contra a Covid-19. Com a pandemia, os patrões logo solicitaram ao governo a suspensão dos contratos de trabalho, redução de salários e outras medidas para aliviá-los.

É nessa hora que os trabalhadores olham para um lado e para outro e caem na real de que só podem mesmo é contar com o sindicato para defendê-los contra a ganância patronal e a leniência do governo. Foi o movimento sindical que propiciou acordos mais justos, evitando demissões e cortes salariais astronômicos. Atuando no parlamento, conseguiu aumentar o auxílio emergencial, mesmo que abaixo do salário mínimo proposto. Enquanto os empresários têm o apoio do governo para proteger seus negócios e jogar o sacrifício nas costas dos trabalhadores, como a redução de salários até 70%, suspensão de contratos, demissões, não recolhimento de encargos sociais, entre outras, os sindicatos disponibilizam suas sedes, colônias de férias para acolhimento de pessoas e recolher doações, fruto da solidariedade operária para minimizar o sofrimento dos menos favorecidos. Apanhados de surpresa, os sindicatos não hesitaram, arregaçaram as mangas e foram à luta. Tornaram-se catalizadores das manifestações que se juntaram à sociedade civil no combate à pandemia da Covid-19 orientados pelas recomendações científicas nacionais e internacionais; e, não, pelos arroubos do presidente Bolsonaro, adorado pelos donos de funerárias.

Que da pandemia fiquem aprendizados para os trabalhadores: a importância de um sindicato forte e atuante. E para os dirigentes sindicais, a convicção de que, mesmo em condições adversas e do ataque dos inimigos, é possível lutar na defesa dos direitos dos trabalhadores e mostrar a eles que a nossa solidariedade operária é o que nos diferencia do egoísmo que marca a trajetória dos exploradores.

O maior legado deste momento para os dirigentes sindicais será fazer do acúmulo do aprendizado um impulsionador para a retomada da atividade sindical. Bem, sabemos que em condições ditas normais os empresários se lixam para a saúde dos trabalhadores. Por isso, é preciso ir além do local de trabalho, indo aos locais de moradia, de estudo e lazer. É preciso uma efetiva aproximação de outros movimentos que lutam por melhores condições sociais, culturais e direitos democráticos. Investir pesado na formação e comunicação acolhendo as novas tecnologias e aperfeiçoando as tradicionais. Apostar em campanhas permanentes de sindicalização e ressindicalização. É urgente uma mudança de como os sindicalistas dialogam com as

bases. Os operários estão com dificuldades concretas. Os partidos não vão atendê-los nas suas necessidades mais prementes, nem os patrões, tampouco os pastores. A quem eles vão recorrer senão aos sindicatos? Entretanto, para isso ocorrer, os sindicatos precisam reconquistar a credibilidade das categorias e que nas atividades amplas envolvam também os desempregados, os aposentados, os jovens e os moradores dos entornos dos sindicatos e das empresas.

O sindicalismo será renovado se a reestruturação responder àquilo que é a essência do velho sindicalismo: luta porque é solidário, é solidário porque se associa à justiça e igualdade e se associa porque tem identidade de classe e de luta.

Finalizando...

Apesar das dificuldades enfrentadas, o movimento sindical não sucumbiu, mas vive seu pior momento e precisará se reinventar para seguir em frente.

O dirigente sindical não deverá desanimar, afinal, é somente por meio do outro que a humanidade ganha existência. Sem o outro não há alegria, beleza, encanto ou amor. Os seres humanos estão destinados a esse encontro que também acontece na dor e no sofrimento e, principalmente, na luta. Urge que os sindicatos abram as portas para que a solidariedade possa emergir como valor e criar possibilidades de outros modos de vida em sociedade; e a tolerância, assim, possa ser restituída.

O sindicato tem o desafio de estar aberto a novas pautas que atendam aos jovens, negros, mulheres, igualdade de gênero e entender a necessidade de ir além do econômico e trazer para o centro do debate temas como proteção ao meio ambiente, novas tecnologias, violência contra as crianças e as mulheres. Abrir o sindicato às atividades esportivas e culturais, criar grupos de leitura, ter bibliotecas abertas à comunidade, promover cursos de pré-vestibular. Dar apoio aos trabalhadores tanto empregados quanto desempregados, sem distinção, acolher aposentados, participando de suas lutas. O projeto do novo sindicato deve colocar os trabalhadores em movimento para que descubram o sentido da luta e renovem a solidariedade.

Companheiros, entendemos que a mudança de postura não é algo fácil, mas, aos dirigentes sindicais, não resta outra alternativa senão a de se reinventar. Terão os líderes sindicais de ir ao encontro das massas trabalhadoras sofridas e tão necessitadas da atuação do único órgão que elas têm para representá-las, organizando-as. É chegada a hora do tão apregoado trabalho de base ser retomado. Agindo assim, com certeza, o sindicalismo terá longa vida.

As injustiças, as desigualdades, a exploração, o desrespeito, a desumanidade, os baixos salários, saúde precária, tudo isso está aí nas fábricas, nas empresas e no campo. Como na Música de Ivan Lins: “Começar de Novo Vai Valer a Pena”.

Passeata da greve dos petroleiros, 1983.

Fonte: <https://www.cut.org.br/noticias/greve-geral-de-1983-faz-37-anos-e-destaca-desafios-da-organizacao-sindical-a8a7>



UMA LUTA DE 50 ANOS CONTRA O PELEGUISMO

Márcio Ayer
Daniele Moretti
Daphne Braga

O sindicalismo é o lugar no qual se constitui o movimento de trabalhadores assalariados, reunidos em sindicatos e visando à proteção dos seus interesses. Ao mesmo tempo, também é uma doutrina política, na qual os trabalhadores agrupados devem ter um papel ativo na condução da sociedade.

O Sindicato dos Trabalhadores Empregados do Comércio (SECRJ), hoje mais conhecido como Sindicato dos Comerciários, foi fundado em 29 de julho de 1908 com o nome de União dos Empregados do Comércio (UEC). O SECRJ surgiu da união de um grupo de 40 trabalhadores comerciários em busca de melhores condições de trabalho, época em que o sindicalismo no Brasil dava os primeiros passos¹

Na sua história, o SECRJ protagonizou várias conquistas, como a redução da jornada de trabalho, lei de férias, lei dos dois terços, lei do aviso prévio e a semana inglesa, que garantia ao comerciário o direito de folga aos sábados a partir do meio-dia e aos domingos. Além da criação do dia do comerciário e da obrigatoriedade de assistência do Sindicato nas rescisões dos contratos de trabalho dos empregados com mais de um ano de casa.

No ano de 1966, durante a ditadura militar, Luizant Mata Roma assumiu a direção do Sindicato, em que permanece até sua morte, em 2006. Após a morte do pai, Otton Mata Roma assumiu como presidente. O patrimônio da entidade foi sucateado, e os serviços assistenciais destinados aos comerciários foram reduzidos. O Sindicato foi perdendo sua legitimidade, uma vez que atuava a serviço dos patrões, e não mais dos trabalhadores.

Após várias denúncias, a administração da entidade passou a ser investigada pelo Ministério Público, que determinou uma intervenção judicial a partir de outubro de 2014. Nesse período, a antiga diretoria foi afastada. As investigações constataram fraudes na administração e um rombo milionário nas contas do Sindicato, além do enriquecimento ilícito da família.

Com o intuito de devolver o Sindicato à categoria, a intervenção convocou uma eleição, que ocorreu em julho de 2015. Uma nova chapa, formada por trabalhadores comerciários, assumiu então a diretoria do Sindicato. A nova diretoria enfrentou inúmeros desafios pela frente. O principal deles foi resgatar o

cunho político e ideológico, com uma atuação que visasse à garantia e ao alargamento dos direitos da categoria comerciária, construindo uma relação de confiança entre a base e o Sindicato.

Em 2016, o País sofreu com o golpe contra uma presidenta eleita democraticamente e impedida de permanecer no cargo sem que nada tivesse sido comprovado. Em 2017, no governo do presidente substituto, Michel Temer, a reforma trabalhista foi implementada. Tal reforma, de forma extremamente nociva aos trabalhadores, trouxe ao coletivo perdas de direitos e impactos na vida e na saúde dos trabalhadores.

Entre os pontos principais da reforma, um deles, o certo, veio para diminuir a voz e o espaço de luta dos sindicatos. A extinção do imposto sindical trouxe a rouquidão da voz potente dos trabalhadores que, aglomerados nas Assembleias, fizeram coro nos últimos quatro anos, no SECRJ. A intenção foi realmente acabar com as entidades e a representação dos trabalhadores, já que a reforma também propôs a negociação direta entre patrão e empregado, como se ambos estivessem no mesmo patamar de correlação de forças.

Temer também reviveu um decreto de 1948, que fez com que os trabalhadores dos mercados e gêneros alimentícios fossem considerados de atividades essenciais, e mais uma perda foi computada aos comerciários, pois a condição de feriado com remuneração de 100% do dia trabalhado foi perdida.

Como se não bastasse a reforma trabalhista, ainda sofremos outra, a dura reforma da previdência, já no governo Bolsonaro. Uma reforma draconiana, principalmente quando temos em mente que uma reforma deveria trazer algo melhor. A reforma da previdência dificulta o acesso à aposentadoria para milhões de brasileiros e abre as portas para a discussão da privatização do sistema de proteção social. O corte nos investimentos públicos com a aprovação da PEC 95, no governo Michel Temer e mantida por Bolsonaro, congelou recursos do orçamento, incluindo áreas vitais como saúde e educação por 20 anos, tudo isso prejudicando milhares de brasileiros e os colocando em vulnerabilidade social. Só em 2019, a saúde perdeu R\$ 20 bilhões, uma vez que o aumento da receita do governo federal não foi acompanhado pelo crescimento nos investimentos na área.

1. BRAGA, D. *Trabalhadores Comerciários*. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2019.

Diante disso, o SECRJ tem com um grande desafio buscar diálogo mais estreito com a categoria e trazer os trabalhadores para as discussões no âmbito coletivo de luta e consciência de classe, uma vez que, mesmo acuados, com medo de perder emprego e com a voz rouca, os trabalhadores estão na luta por dias melhores e com mais saúde nos ambientes de trabalho.

O ano de 2020 trouxe não somente a pandemia do novo coronavírus como também o distanciamento social e muitos problemas subsequentes que fizeram com que os comerciários buscassem alternativas coletivas, com o intuito de responder às questões advindas do ‘*tsunami* mundial’. O SECRJ formou comissões com os diretores sindicais que foram aos supermercados, *shoppings* e outros comércios para registrar e garantir melhores condições para os comerciários.

A crise provocada pela pandemia demonstrou o papel relevante que o SUS desempenha. Um sistema em constante construção, que demanda uma atenção especial para enfrentar os desafios atuais e que merece um olhar cuidadoso, contra setores que defendem a diminuição da sua presença e até mesmo a sua extinção.

Diferentemente dos trabalhadores de saúde que estão na linha de frente e são essenciais por escolha e juramentos, os comerciários do setor de gêneros alimentícios não tiveram opção de serem essenciais, foram colocados lá por decreto. Os comerciários que, desde o início da pandemia, se viram obrigados a ir para o serviço todos os dias sem sequer terem os EPI disponibilizados pelas empresas, já que, no início da pandemia, não existia consenso entre os órgãos de saúde sobre o uso das máscaras em espaços de grande circulação, como, por exemplo, os supermercados.

O Sindicato dos Comerciários acionou os patrões por meio da Convenção Coletiva de Trabalho (CCT) extraordinária para que os trabalhadores pudessem usar máscaras, pois havia criado uma Central de Denúncias Covid, para acompanhar os problemas enfrentados diariamente pelos trabalhadores do *front*. As notícias foram as piores possíveis, sobre adoecimentos e óbitos. Porém, ainda negado pelo sindicato patronal. A alegação era a mais cruel, visto que não havia obrigatoriedade do uso de máscaras pelo Ministério da Saúde. Essa negação esfrega na nossa cara que somos invisíveis e impotentes na construção de medidas de proteção à saúde e à vida dos trabalhadores. Após um mês, o uso de máscaras passou a ser obrigatório; mas aí, quem perdeu foram os trabalhadores, os familiares, porque a vida para o patrão era apenas uma matrícula cancelada.

A legislação deixa um limbo sobre quem pagará às pessoas do grupo de risco, quando expirar o prazo dado pelo governo sobre o pagamento das verbas

salariais, ou seja, insegurança para o trabalhador. A luta do Sindicato continua para garantir os empregos e salários para as pessoas do grupo de risco, porque, se não for por força da lei, nenhum patrão garantirá salário aos seus empregados em afastamento por serem de grupos de risco.

Não por acaso, quando a pandemia ceifa milhares de vidas no País e no mundo, esse teto de gastos (EC 95) volta a ser discutido. Não só para que o governo libere novos investimentos em 2020, mas também para enfrentar os reflexos que ainda serão sentidos no próximo ano. É preciso aumentar os investimentos públicos para diminuir os impactos da doença, ampliar o atendimento e criar mecanismos de proteção social.

Hoje o Brasil conta com mais de 12,8 milhões de desempregados. Neste momento, 33% dos comerciários estão na informalidade, o que representa cerca de 5 milhões de trabalhadores que vivem em uma situação de precariedade e insegurança, sem carteira assinada, uma nova modalidade que se chama uberização, crescendo e sem nenhum direito, trabalhando por conta própria, sem qualquer proteção da previdência social. Esse desemprego, a falta de trabalho com carteira assinada, com cada vez mais pessoas na informalidade se refletem no seguro-desemprego. Os pedidos de seguro-desemprego cresceram em 2020, e só em maio foi 53% maior, comparado com maio do ano passado.

Falta uma maior participação do poder público, com proteção ao emprego e à renda. Retomar obras paradas para gerar emprego e aquecer a economia, aumentando o consumo da população. Ao mesmo tempo, expandir o auxílio emergencial para mais trabalhadores, ampliando a proteção social, e manter o benefício por mais tempo, no mínimo enquanto durar a calamidade pública.

Estamos vendo e aprendendo com esta pandemia que sem o nosso SUS, hoje as mais de 117 mil mortes por Covid no País – e que sabemos serem números subnotificados –, seria o dobro. Os trabalhadores, suas organizações sindicais e centrais sindicais devem estar à frente dessa luta contra a redução de investimentos.

A pandemia continua em curso, sem uma data para o fim, causando, a cada dia, mais vítimas; e os trabalhadores comerciários estão no *front* e seguem em frente pela luta em defesa da vida. Outrossim, a Vigilância em Saúde do Trabalhador, garantida constitucionalmente desde 1988, busca vigiar e conhecer o trabalho para intervir e transformá-lo com a participação dos trabalhadores que vivenciam o adoecimento e a morte pelo trabalho ou até mesmo no trabalho. O saber compartilhado entre academia, serviços e trabalhadores organizados é a chave mestra.

ALÉM DO SINDICALISMO: OUTRA EXPRESSÃO DA LUTA PELA SAÚDE NO TRABALHO NA COLÔMBIA. AS ASSOCIAÇÕES DE TRABALHADORES DOENTES PELO TRABALHO¹

1. Texto traduzido e adaptado
por Luiz Carlos Fadel de
Vasconcellos.

Mauricio Torres-Tovar

Introdução

As transformações no mundo do trabalho decorrentes de mudanças legais, tecnológicas e gerenciais introduzidas nos processos produtivos, nas últimas décadas, aprofundaram as condições de precariedade ocupacional, com profundos impactos na saúde e na vida dos trabalhadores.

Voltamos a condições de trabalho próximas às da revolução industrial, em que os dias de trabalho eram muito intensos e prolongados e na qual as exposições a um conjunto de condições físico-químicas, biológicas e mecânicas, juntamente com o tipo de organização do trabalho, produziram altas taxas de acidentes, doenças e mortes no trabalho.

Na prática, conquistas fundamentais do movimento sindical, como os três oitos (oito horas para o trabalho, oito para o sono, oito para a casa, a família e o lazer), perdem-se no trabalho extenso, pagamento por atividade e prestação de serviços, além das novas tecnologias de comunicação que mantêm os trabalhadores permanentemente conectados ao seu trabalho.

Há, então, uma epidemia de patologias derivadas do trabalho como expressão das condições de superexploração e flexibilidade impostas pelas novas formas globais de trabalho, que favorece novos padrões de acumulação capitalista característicos do neoliberalismo, tornando ainda mais impressionantes as contradições entre capital e trabalho, acumulação e dano, ganhos e falta de seguridade social.

Essas condições de trabalho e seus impactos na saúde e na vida dos trabalhadores, historicamente, desencadearam a ação coletiva dos trabalhadores para preservar sua saúde.

Na Colômbia, no início do século XXI, o confronto capital-trabalho tem se expressado por um amplo

conjunto de trabalhadores e ex-trabalhadores doentes do trabalho, a que lhes foram negados o reconhecimento e o nexos de suas patologias, levando-os a se organizarem em Associações para exigir seus direitos.

As Associações: criação de um ator coletivo

Na Colômbia, desde 2006, começou a surgir um conjunto de associações de trabalhadores e ex-trabalhadores doentes do trabalho. Essas Associações têm uma ampla cobertura nacional, abrangendo uma série de regiões importantes da Colômbia que incluem a Costa do Caribe, o Nordeste, o Eixo do Café, o Centro e o Sudoeste, com diversos processos produtivos, ligados aos setores econômicos de mineração-energia, agronegócio, alimentos, construção, tabaco, manufatura, manutenção, hoteleiro, segurança e saúde².

A compreensão por parte desses trabalhadores doentes de que seus danos à saúde se devem às condições de seu trabalho, aliada à rejeição e não reconhecimento de suas doenças pelas empresas, levou-os a se unirem e se organizarem na forma de associações. Na configuração dessas associações, a dinâmica organizacional dos trabalhadores e ex-trabalhadores é variável. Ora organizam-se onde não existe sindicato, ora surgem com a ajuda do sindicato, outras vezes surgem em situação de disputa com o sindicato e, ainda, outros sindicatos assumem a luta dos enfermos, não dando margem à criação de associações.

As Associações emergem sob duas perspectivas e uma condição. Por um lado, a rejeição ao sindicato, em virtude do desinteresse no problema dos trabalhadores doentes; por outro lado, sem entrar em disputa com o sindicato, pois mantinha-se a opção de permitir associar trabalhadores, ex-trabalhadores e até mesmo parentes de trabalhadores. A condição tem a ver com a

O capital, portanto, não leva em conta a saúde e a vida útil do trabalhador, exceto quando a sociedade exige que ele os leve em consideração.

Karl Marx

2. TORRES-TOVAR, M., et al. Asociaciones de trabajadores y extrabajadores enfermos. Derrota... *Revista Cultura y Trabajo*, Medellín, n. 92, p. 82-91, 2016.

regulamentação, já que os trabalhadores demitidos não podiam mais ser sindicalizados e os sindicatos não tinham um marco regulatório para abordar as questões de saúde e previdenciárias.

Diante dessa dinâmica coletiva, pode-se dizer que a criação das associações na Colômbia é um novo processo organizacional, mais aberto e flexível, em contraste com os sindicatos, como forma histórica organizacional dos trabalhadores.

Nessa experiência, a ocorrência da disputa com sindicatos das empresas levou a confrontos entre as duas formas organizacionais, mas também a acordos.

Os confrontos são uma expressão da falta de relevância dentro da agenda sindical sobre a questão da saúde dos trabalhadores e os problemas dos trabalhadores doentes. Podem estar revelando um estranhamento entre trabalhadores doentes e saudáveis, sendo estes 'saudáveis' os que dirigem os sindicatos. Revela-se um problema que demonstra a ausência de identidade de classe social, capaz de possibilitar a construção de unidade organizacional e unidade na luta.

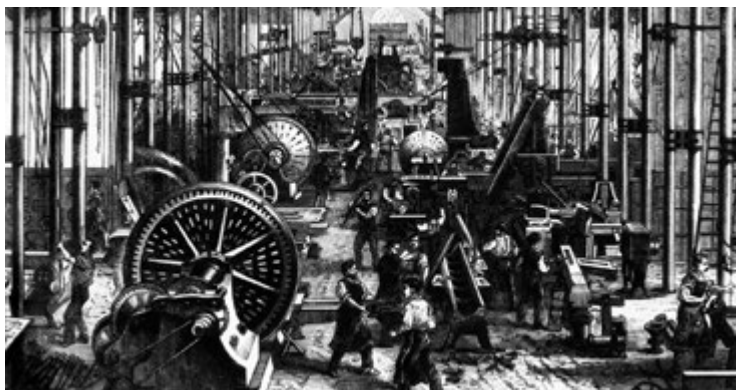
Em geral, a questão da saúde dos trabalhadores na Colômbia tem sido pouco preponderante nos sindicatos, federações e centrais dos trabalhadores, com exceção de alguns casos (Union Sindical Obreira – USO, Sintracarbón e Sintracerrromatoso).

Relações entre associações e sindicatos

A revisão de aspectos da dinâmica das duas formas organizacionais revela algumas vantagens, desvantagens, semelhanças e diferenças.

As associações são menos formais, menos hierárquicas, mais flexíveis, menos burocráticas do que se vive dentro dos sindicatos, o que poderia ser considerado uma condição de vantagem para a convocação de parceiros. Em relação à liderança, seu comportamento tende a ser muito semelhante, são muito personalizadas, o líder costuma concentrar decisões, com o agravamento de que, nas associações, o mecanismo de assembleia para a tomada de decisões é inexistente na prática.

Uma característica particular da liderança das associações é a valorização do conhecimento, compreendendo ser necessário o domínio dos aspectos técnicos da medicina e do direito no trabalho que realizam, o que levou alguns líderes a se constituírem como autodidatas e, posteriormente, em alguns casos, formarem-se advogados. Por outro lado, as associações, ao contrário dos sindicatos, não têm jurisdição (estabilidade) sindical, o que leva os líderes a se tornarem membros de um sindicato para evitar a demissão, como de fato vem ocorrendo com vários deles.



Se considerarmos que cada período histórico define as formas de organização dos trabalhadores, perguntamos: quais são as características do período atual por ter configurado as formas organizacionais das Associações de Trabalhadores e Ex-trabalhadores Doentes?

Uma possível resposta é que o contexto atual de formas flexíveis de trabalho, precariedade com seus efeitos sobre a saúde, baixa estabilidade no trabalho, perda de direitos trabalhistas e desemprego, as associações poderiam responder melhor como forma organizacional do que a partir dos sindicatos, dada a abertura tanto aos trabalhadores e ex-trabalhadores quanto aos desempregados e pensionistas. Eis aí uma questão em que os sindicatos não fizeram progressos significativos.

Por sua vez, a experiência organizacional das associações é um apelo à dinâmica sindical, como propõe Vogel³, no sentido de que a luta pela saúde dos trabalhadores pode ajudar a transformar os próprios sindicatos e dar-lhes formas mais democráticas, preocupando-se em representar melhor os trabalhadores com condições de trabalho mais precárias.

Pode-se argumentar que a luta operária vai muito além das lutas sindicais, e o movimento dos trabalhadores ultrapassa os limites do movimento sindical. Nesse contexto, a experiência das associações também se torna parte da história dos processos organizacionais e das lutas trabalhadoras pela saúde.

Conclusões: avançar na criação de formas de trabalho não tóxicas

A experiência de trabalhadores e ex-trabalhadores doentes do trabalho exige que a sociedade discuta como configurar o trabalho para que processe saúde e bem-estar, e não doenças e mortes.

A experiência dessas associações na Colômbia revela três realidades.

Primeiro, as mudanças no mundo do trabalho, nas últimas décadas, seja na organização e gestão,

Uma fábrica durante a Revolução Industrial.

Fonte: <http://www.marketingfacts.nl>

3. VOGEL, L. *El decisivo papel de la representación...* Belgium: Eur. Trade Union Institute, 2017.

seja nas formas de vínculo, têm intensificado e prolongado o trabalho, estabelecendo um cenário laboral tóxico, no qual o enfrentamento capital-trabalho leva à desapropriação do próprio trabalho, da proteção à saúde do corpo e da vida do trabalhador.

Segundo, revela o fracasso da proteção à saúde no mundo do trabalho.

Terceiro, na disputa política estabelecida no campo da segurança e da saúde ocupacional, um aspecto fundamental é o controle e a hegemonia das informações técnicas e científicas sobre a nocividade das condições de trabalho, conflitante com o conhecimento dos trabalhadores doentes e de médicos e acadêmicos independentes.

Essas associações representam processos de construção de identidade, buscam mecanismos de apoio e desenvolvimento de ações de direito e fato e pressionam empregadores, atores estatais e previdenciários para garantir os direitos de saúde, traba-

lho e seguridade social dos trabalhadores. Por sua vez, sua organização pode ser lida como um apelo à sociedade para discutir a forma como trabalhamos hoje, dadas as suas características de intensificação da insegurança, subordinação e alienação, moldando uma forma de trabalho neoescravista que deve ser combatida e superada.

Finalmente, as associações desafiam os sindicatos, discutindo sua falta de protagonismo na defesa da saúde dos trabalhadores e questionando se hoje eles são a melhor forma de representação dos trabalhadores. O fato exige que o movimento sindical reflita seriamente sobre essas questões e as considere para colocar a Saúde do Trabalhador como questão relevante na agenda e na estrutura sindical.

É fundamental avançar em um caminho que não opõe parcerias com os sindicatos, mas no qual sejam realizados processos de articulação organizacional e ação, capazes de fortalecer as lutas pela saúde no trabalho.

SINDICATOS, CRISE E DESEMPREGO

Rene Vicente dos Santos

A pandemia que assola o mundo, neste momento, afetará a humanidade de várias formas seja nos costumes e comportamentos, seja no campo econômico.

Estudo da OIT aponta para uma diminuição drástica das horas trabalhadas no mundo em 6,7%, o que equivale a algo em torno de 195 milhões de postos de trabalho com uma jornada integral de 8 horas diárias para o segundo semestre de 2020. A juventude será a mais afetada diante dessa crise. Especialistas apontam para a necessidade de construção de políticas públicas para a juventude porque são os jovens os primeiros atingidos, sofrendo redução nos horários de trabalho devido à menor experiência profissional e no acesso a bons empregos com pagamentos estáveis. Três em cada quatro jovens trabalham no setor informal, na agricultura, pequenos cafés ou restaurantes, setores que possuem formas atípicas de emprego, *part-time*, tarefas temporárias e plataformas digitais. Em pesquisa recente de APP realizada com 280 entregadores em 29 cidades brasileiras, 83% dos entrevistados, em quatro capitais, relatam que 60% dos entregadores têm jornadas diárias acima de 9 horas, 8% afirmam que ficam nas ruas mais de 15 horas por dia e 78% trabalham de seis a sete dias da semana. Muitos dessa juventude pedalam quilômetros por dia correndo risco de vida e sem nenhuma proteção legislativa.

A crise econômica causada pela pandemia alterou severamente a capacidade de sustento (subsistência) de quase 1,6 bilhão de trabalhadores na economia informal (o grupo mais vulnerável do mercado de trabalho) de um total de 2 bilhões de trabalhadores informais no mundo. Estima-se uma perda de até 60% dos seus ganhos segundo dados da OIT. No Brasil, já nos encontrávamos em uma situação de estagnação econômica e em um processo de desindustrialização acelerado que se aprofundaram com a pandemia, levando milhares de trabalhadores e trabalhadoras ao desemprego, desalento e subutilização da força de trabalho conforme dados apresentados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) – 12,9 milhões de pessoas desempregadas com alta taxa de informalidade (40%) que, somada ao desemprego, coloca pela primeira vez em décadas metade da População Economicamente Ativa (PEA) fora do mercado de trabalho formal.

Diante desse quadro de extrema perplexidade, a Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB) tem buscado a unidade de ação, nas demais centrais na defesa dos direitos trabalhistas consagrados na Constituição Cidadã de 1988 e no fortalecimento do movimento sindical.

São muitos os ataques sofridos pela classe trabalhadora, como a PEC 95, que congela gastos sociais por 20 anos, a nefasta reforma trabalhista de Michel Temer (Lei nº 13.467/17), que altera mais de 100 artigos da CLT e cerca de 200 dispositivos, que os arautos da reforma a propagavam como obsoleta e ultrapassada e necessária. Sancionada em julho de 2017, entrou em vigor em novembro do mesmo ano. Na ocasião o então ministro da economia Henrique Meirelles dizia: “O governo federal acredita que a nova lei trabalhista, que começa a vigorar em 11 de novembro, vai tornar viável a geração de mais de seis milhões de empregos no Brasil”.

Como pudemos atestar, a referida reforma não gerou empregos e somente precarizou as condições de trabalho de milhares de trabalhadores e trabalhadoras!

Não contentes com o retrocesso, o ataque aos movimentos sindicais continuou e se ampliou com o governo Bolsonaro, desmontando o Ministério do Trabalho, dificultando o acesso à Justiça do Trabalho, não reconhecendo as instâncias tripartites de negociação permanente e editando Medidas Provisórias que aprofundam a precarização.

Diante desse conjunto de ataques e desestruturação do movimento sindical, a CTB luta pela ampliação das forças progressistas na defesa intransigente da democracia e adoção de um plano nacional de desenvolvimento, com retomada do crescimento econômico, distribuição de renda e soberania. Que o governo aponte um plano nacional de obras públicas, como saneamento básico, cujo *deficit* é de 35 milhões de brasileiros sem acesso à água tratada e mais de 100 milhões sem acesso ao sistema de esgoto. Trata-se de um setor com alta capacidade de geração de emprego, impulsionando a construção civil, assim como a questão habitacional e, de imediato, de outras cadeias de comércio. No terreno das políticas sociais, é necessária a extensão do auxílio emergencial até dezembro, uma vez que o Projeto de Lei nº 13.892/20 aprovado atende cerca de 50 milhões de brasileiros atenuando os efeitos da crise que vivemos.

Aliado ao pacote de investimentos públicos, devemos buscar políticas efetivas de apoio às micro e pequenas empresas na busca de proteger os empregos de milhões de pessoas, já que elas são responsáveis por 47,7% dos empregos formais de trabalho (Rais-2018)¹. As centrais sindicais têm atuado e participado de maneira unitária fundamental pressionando o Congresso Nacional, dialogando com governadores e no Senado Federal, combatendo a falsa dicotomia segundo a agenda liberal de que, para gerar empregos, devemos abrir mão de direitos trabalhistas.

Precisamos canalizar os recursos financeiros institucionais de que dispomos, nossas reservas internacionais do tesouro, dos fundos poderosos alocados em bancos públicos, além de utilizar as prerrogativas constitucionais e legais do Banco Central no que se refere à emissão monetária na busca de superar a crise.

O Brasil necessita de um gesto de grandeza, direcionado à ampla unidade nacional em defesa da vida, do emprego e renda, do desenvolvimento industrial e dos direitos sociais. Infelizmente, o governo federal tem sido ineficiente e adota uma agenda liberal de desmonte dos aparelhos públicos que poderiam nos ajudar a sair da crise provocada pela crise econômica e sanitária.

Preso a dogmas fiscalistas e ao discurso neoliberal, impõe à sociedade uma dificuldade cada vez maior na realização de investimentos públicos que promovam a recuperação sustentável da economia e do consumo das famílias. Superar esses desafios é o grande desafio do movimento sindical cumprindo o seu papel de organizar os trabalhadores e apontar um projeto de construção de uma pátria soberana e fraterna na qual prevaleçam os interesses do povo brasileiro.

‘Tocar a vida’ e arranjar ‘uma forma de se safar’ do novo coronavírus foram os conselhos do presidente Jair Bolsonaro ao ser questionado sobre a proximidade de o Brasil atingir 100 mil mortos pela pandemia. A partir de 7 de agosto de 2020, a CTB e outras centrais sindicais realizaram atos, em todo o Brasil, para denunciar as 100 mil mortes pelo novo coronavírus. “A realidade revela, lamentavelmente, que a simples gripezinha, como foi classificado o coronavírus pelo governo federal, atingiu a proporção de um desastre econômico, social e político muito maior”, definiu Adilson Araújo, presidente da CTB, indignado. Os atos se espalharam pelo Brasil com o mote ‘**Defesa da vida, do emprego e pelo Fora Bolsonaro**’. “O governo do Jair Bolsonaro e do Paulo Guedes negam a ciência, contrariam os protocolos de saúde e são incapazes de criar empregos para a classe trabalhadora, penalizada pela crise econômica e pela pandemia”, completou o dirigente.



Cartaz de Elifas Andreato para o fundo de greve dos metalúrgicos.

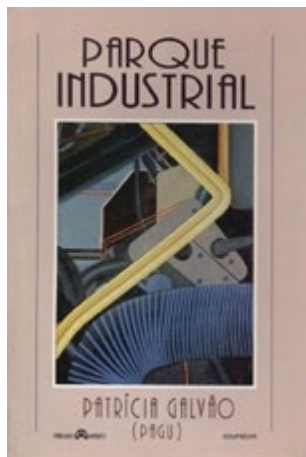
Fonte: <http://memorialdademocracia.com.br/>

1. BRASIL. Ministério da Economia. *Relação Anual de Informações Sociais*. Disponível em: <http://www.rais.gov.br/sitio/index.jsf>. Acesso em: 01 dez. 2020.

HEGEMONIA E PODER: TRANSFORMAÇÕES TECNOLÓGICAS E PRÁXIS SINDICAL

Kleber Rangel Silva

Ronaldo Teodoro



‘Parque industrial’¹, de Patrícia Galvão, a Pagu, foi publicado na década de 1930 e é considerado o primeiro romance proletário brasileiro. Apresenta como temática central a luta de classes entre burgueses e proletários, com ênfase no universo do trabalho feminino nas fábricas de São Paulo do início do século XX, período em que se iniciou, de modo mais estrutural, a industrialização do País¹. O livro retrata a dinâmica política e social da época, estabelecida no ambiente de trabalho fabril. Entre as diversas profissões exercidas pelos personagens, estão presentes os seguintes

ofícios: dos policiais, dos imigrantes nos cafezais de São Paulo, dos operários fabris das indústrias de tecidos e costura, de caixeiro, personagens em situação de lumpemproletários, exercendo a prostituição e a cafetagem; e até o universo do ‘não trabalho’, representado por alguns personagens da burguesia¹. Acrescido a esse processo de transformação produtiva, encontra-se a organização dos trabalhadores e a constituição do movimento sindical brasileiro. Ken Loach, cineasta britânico e conhecido por filmes críticos ao estágio atual do capitalismo globalizado, apresenta, em seu mais recente longa-metragem intitulado ‘Você não estava aqui’, o processo de precarização das relações de trabalho mediadas por plataformas digitais e suas consequências na contemporaneidade, processo chamado genericamente de ‘uberização’. O filme retrata, entre outras coisas, a rotina do personagem Ricky Turner, que se vê cada vez mais envolvido em uma rotina de trabalho extenuante, que o priva do lazer, do descanso e do convívio com a família. A esposa de Ricky é Abby Turner, que também se desdobra como cuidadora de idosos, sendo paga por visita, e assim como o marido, não possui rendimentos fixos. O casal mora em uma casa alugada e possui dois filhos. Antunes (2015)², em seu livro ‘Infoproletários – degradação real do trabalho virtual’, cunhou os conceitos de ‘infoproletariado’ ou ‘ciberproletariado’, que associam o uso de novas tecnologias à imposição de condições de trabalho semelhantes às do século XIX, em um dos setores considerados como mais dinâmicos da

economia moderna, o informacional, promovendo uma crescente alienação do trabalho em escala global.

Os dois contextos históricos nessas obras informam o desafio de propor/construir/articular uma atuação sindical inovadora e reveladora das mudanças no mundo do trabalho diante das formas contemporâneas de reprodução (e reinvenção) do capital regido por dispositivos tecnológicos digitais móveis conectados em rede e politicamente orientados por algoritmos.

Entre os enredos de Pagu e Ken Loach se reconhece o que a mutação tecnológica repõe à organização dos trabalhadores, limitando as possibilidades de suas lutas. Na prática, a crítica política que apresentamos consiste na oposição às sínteses produzidas e emanadas do plutocrático Fórum de Davos. Na sua última edição, no ano de 2020, esse Fórum reforçou a avaliação dominante de que as novas tecnologias criam oportunidades de trabalho e são uma tendência incontornável em um mundo em gestação diante da qual é preciso desenvolver o instinto de adaptação a essas supostas demandas incontornáveis³.

As transformações tecnológicas conduzem ao entendimento de que a onda de mercantilização dos direitos do trabalho é um movimento inscrito na velha correlação de forças entre os interesses do capital e os interesses das camadas trabalhistas. Essa formulação abre caminhos concretos para a luta sindical, em que se destaca a necessidade de articulação com as lutas internacionais do trabalho – no caso brasileiro, prioritariamente com os vizinhos latino-americanos –, e o alargamento dos sentidos corporativos das lutas por direitos, requalificando as negociações coletivas do trabalho e aproximando o trabalhismo dos movimentos de emancipação das mulheres e dos negros.

Um aspecto importante consiste em compreender como a desidratação da clássica representação sindical, organizada e orientada por categorias laborais, está diretamente ligada ao avanço das formas terceirizadas e intermitentes de vínculo trabalhista, da ‘pejotização’ dos contratos de trabalho e outras formas radicais de exploração disfarçadas de emprego. A comunhão entre esses dois mundos do trabalho é identificada nas intervenções que Temer e Bolsonaro promoveram na CLT.

1. GALVÃO, P. *Parque industrial*. Rio de Janeiro: José Olympio, 2018.

2. ANTUNES, R., et al. *Infoproletários: degradação real do trabalho virtu al*. São Paulo: Boitempo, 2015.

3. YOUNGER, J. The future of work according to WEF Davos 2020: 5 Minute Summary. *Forbes*, 2020. Disponível em: <https://www.forbes.com/sites/jonyounger/2020/02/01/the-future-of-work-according-to-wef-davos-2020-quick-summary/#27e4a52b5b2c>. Acesso em: 10 nov. 2020.

A afirmação protoescravocrata de Bolsonaro (2018) – “*ou se tem direitos, ou empregos*” – esclarece com didatismo a convergência entre o impulso das reformas e a promoção das formas de exploração mediadas por aplicativos e plataformas digitais.

Essa situação nos remete à linha argumentativa de Marcel van der Linden (2013)⁴, que, ao captar os múltiplos entrelaçamentos entre os segmentos formalizados e informalizados do trabalho, identifica na exploração capitalista a transversalidade das esferas domésticas, fabris e dos ‘ciberproletarizados’, nas quais distintas especificidades históricas convergem à exploração universal do trabalho.

Em 2018, foram registradas 1.453 paralisações grevistas no Brasil⁵. As demandas mais frequentes e que serviram para mobilizar os sindicatos e suas bases foram a reivindicação de salários atrasados (37,9%), o reajuste de pisos salariais (37%) e a assistência médica privada, alimentação e auxílio-transporte (20,4%). No segmento formalizado, as mulheres pretas seguiam ganhando, em média, 44,4% do salário de homens brancos⁶. Chama a atenção a modificação do perfil de trabalhadores do setor metalúrgico, nos últimos anos, que se tornou mais ocupado por homens negros⁵. Concomitantemente, as lutas sindicais se tornaram mais de contenção que de avanço de direitos.

Com as transformações tecnológicas em curso, a intensificação da apropriação de riquezas produzidas pelo trabalho abre caminho à retomada do desafio clássico do trabalhismo socialista: avançar da organização por local de trabalho para o conjunto da sociedade, organizando a classe trabalhadora independentemente da forma de contratação laboral. A superação do corporativismo classista, rumo a uma identidade pública, com as dores dos muitos mundos do trabalho que guiam a luta sindical, torna necessário o alargamento das estratégias de luta e organização.

A ampliação política da luta sindical ficou demonstrada na aproximação de correntes sindicais com as duas greves nacionais dos trabalhadores por aplicativo⁷, conhecidas como #BrequeDosApp, que foram alçados à categoria de trabalhadores essenciais no contexto da pandemia de Covid-19. Essa aproximação desloca os sentidos da representação sindical avançando para além da defesa única dos seus associados, extrapolando sua importância para o conjunto das distintas realidades do trabalho, apesar da sua forma de contratação e vínculo. A projeção dessa representatividade para além da contratação formal é uma importante reação às transformações das estruturas

produtivas e de classes no País, precisamente porque, ao refundar o local de militância, reorienta o alcance da organização sindical.

Ao lado da luta por filiados, o sindicalismo aponta para uma renovação de atividades com enraizamento nos territórios populares, no local de moradia e vivência dos trabalhadores. Aponta para a consciência de que a demanda por salários, postos e condições de trabalho são lutas públicas e, portanto, fundidas às pautas redistributivas por moradias, cultura, mobilidade, educação e saúde universais. Por ora, trata-se de possibilidades de radicalização republicana, em que o princípio corporativo classista se funde com a dimensão pública da opressão capitalista, aprofundando a potência disruptiva do vínculo político a ser construído entre as lutas de classe, raça e gênero.

Onde houver capitalismo, haverá desigualdade, e os conflitos serão reinventados, bem como as formas de enfrentamento. A inspiração marxiana dessa afirmação confronta as teses dos circuitos conservadores vinculados ao capitalismo internacional. É nesse contexto de ascenso conservador que prosperam as teses do trabalho precarizado como um desdobramento incontrolável das transformações do capitalismo contemporâneo. O movimento de ruptura dos parâmetros minimamente democráticos de regulação do trabalho que o capitalismo neoliberal promove pode ser assumido pelo campo sindical como estímulo a uma resposta proporcionalmente radical. As dramáticas transformações em curso impõem o aprendizado de novas formas de luta das mulheres e dos homens que vivem do trabalho.

No contexto da pandemia em que se aprofundam as iniquidades, e no qual o País é atravessado por uma profunda dificuldade econômica, torna-se premente que a luta dos trabalhadores e trabalhadoras proporcione uma unidade da ação política, em uma esfera pública ampliada, para além de uma linguagem corporativa de direitos.



4. LINDEN, M. *Trabalhadores do mundo*. Campinas: Unicamp, 2013.

5. DEPARTAMENTO INTER-SINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. Balanço das greves de 2018. *Estudos e Pesquisa*. São Paulo, n. 89, 2019.

6. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil*. *Est. Pesq. Inf. Demog. e Socioeconômica*, Rio de Janeiro, n. 41, 2019.

7. SAMPAIO, C. Sindicatos apoiam greve dos entregadores e categoria celebra “conscientização”. *Brasil de fato*. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/07/01/estamos-fazendo-historia-come-mora-presidente-de-sindicato-de-entregadores-do-ef>. Acesso em: 10 nov. 2020.

TRABALHO INFORMAL, MULHERES E SAÚDE

Madalena Margarida da Silva Teixeira

Historicamente, o papel social atribuído às mulheres limitava-se ao espaço familiar. Na busca por emancipação política e autonomia econômica, elas começaram a sair desse espaço e adentrar o mundo do trabalho. À medida que seu papel social foi sendo alterado, com a saída do mundo doméstico para o espaço público, inúmeros desafios foram encontrando. Contudo, a rotina doméstica não ficou para trás, e sua jornada de trabalho foi se ampliando na busca por investimento em si mesmas como pessoas e profissionais. A inserção das mulheres no mundo do trabalho deu-se de diferentes formas e, na maioria das vezes, associadas a atividades tidas como ‘trabalho de mulher’ nas áreas dos cuidados com a saúde, educação, setor de serviços e trabalho doméstico em outras casas, por exemplo.

Segundo dados da PNAD Contínua 2019, o número de mulheres no Brasil é superior ao de homens (51,8% de mulheres e 48,2% de homens). Ao observarmos o dia a dia delas, percebemos que sua participação no mundo do trabalho tem aumentado e garantido sua autonomia econômica. No entanto, sua inserção não refletiu significativamente a redução das desigualdades.

As mulheres estão mais presentes nos setores produtivos que apresentam menor remuneração e piores coberturas sociais; e ganham, em média 22%, menos que os homens segundo dados do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese). A maior parte delas está inserida em postos de trabalho informais, sem carteira profissional, ou está em empregos sem remuneração ou para autoconsumo.

No mundo do trabalho, as mulheres de depa-ram com a realização de atividades laborais de forma precária, pois as transformações ocorridas no mundo do trabalho, a partir dos processos de globalização e reestruturação produtiva, impõem uma agenda de flexibilização dos processos e das relações de trabalho, em que elas são as mais penalizadas e têm suas condições de vida afetadas de forma significativa. Nesse contexto de flexibilização e precarização das condições de trabalho, o capital aprofunda e se apropria das desigualdades socialmente construídas e levam as mulheres a ocuparem postos de trabalho que, muitas vezes, colocam em risco sua saúde, fortalecendo a divisão sexual do trabalho. Ou seja, o que é trabalho de

homens e de mulheres, fortalecendo a discriminação de gênero, classe e raça/etnia.

A crise econômica brasileira deslocou o trabalho formal para o informal. De forma perversa, 82% desses novos postos de trabalho foram ocupados por mulheres negras, grande parte delas no emprego doméstico, e as demais no trabalho por conta própria (ambulantes e cuidadoras). Essa situação faz com que elas trabalhem em turnos irregulares, misturando tarde e noite em dias diferentes, prejudicando seu ritmo biológico, ocasionando um aumento significativo de transtornos mentais e doenças crônicas. As mulheres vivenciam um processo de adoecimento causado pelo trabalho (produtivo/reprodutivo) que já é ocultado e tratado como doença de mulheres, e sem nexos causal epidemiológico com o trabalho, que estarão duplamente agravados pela conjunção da precariedade do trabalho com as formas recentes de intensificação do trabalho impostas pelas novas tecnologias e processos produtivos.

Com a pandemia, as condições de vida das mulheres foram agravadas com o aumento do desemprego e da sobrecarga de trabalho. De acordo com dados da PNAD Covid-19 mensal (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE), divulgada em julho de 2020, as mulheres foram as mais afastadas pela pandemia (18,3%) em relação aos homens (11,1%). Segundo pesquisa realizada por gênero e número a Sempreviva Organização Feminista (SOF) com 2.641 mulheres (2020), 50% das mulheres brasileiras passaram a cuidar de alguém durante a pandemia; 41% das mulheres disseram que continuaram trabalhando com manutenção dos salários e afirmaram trabalhar mais na quarentena; 40% das mulheres afirmaram que a pandemia e a situação de isolamento colocaram a sustentação da casa em risco¹. Destas, 55% são negras; 58% das mulheres desempregadas são negras; 61% das mulheres que estão na economia solidária são negras; 8,4% das mulheres afirmaram ter sofrido alguma forma de violência no período de isolamento e 91% das mulheres acreditam que a violência aumentou.

A precariedade das condições de trabalho e a inserção no trabalho informal, sempre associadas ao trabalho feminino, com a crise do coronavírus, tiveram essa realidade ampliada e intensificada. Mesmo quando a insegurança, a instabilidade e o desemprego atingem toda a classe trabalhadora, o trabalho mascu-

1. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 01 dez. 2020.

lino tende a estabilizar-se, enquanto o feminino tende a manter-se incerto e irregular, levando as mulheres a uma maior dependência econômica. Essa situação tem implicações no processo de adoecimento físico e psíquico das mulheres e queixas recorrentes de dores de cabeça e em várias partes do corpo, acidentes no local de trabalho, exposição a ambientes insalubres e alterações de sono.

Para finalizar, algumas considerações: 1) as mulheres são maioria no trabalho informal e, portanto, estão expostas a precárias condições de trabalho; 2) as questões acima contextualizadas evidenciam os desafios enfrentados pelas mulheres no seu dia a dia e explicam, em parte, seu processo de adoecimento físico e mental; 3) quando consideramos as precárias condições de trabalho, associadas à intensa jornada de trabalho que mistura os tempos de trabalho produtivo e reprodutivo, entendemos por que as mulheres adoecem mais que os homens por doenças cardiocirculatórias, osteomusculares, mentais (ansiedade, tristeza, depressão), tornando-as as maiores consumidoras de medicamentos para a dor e a saúde mental; 4) a pandemia escancarou a pobreza feminina, trouxe para o debate nacional o fardo das tarefas domésticas e a difícil conciliação das mulheres em irem para o mercado de trabalho e o cuidado com a família.

É preciso que o governo brasileiro priorize as mulheres nos processos de formulação, implementação e avaliação de políticas públicas e, em particular, das políticas de emprego, inclusão social e redução da pobreza.



'Rosie the Riveter', poster de propaganda americana da 2ª guerra mundial, de autoria de J. Howard Miller.
Fonte: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/12/We_Can_Do_It%21.jpg

Diante dessa situação, é preciso que os sindicatos façam e ampliem o debate sobre a importância da luta por melhores condições de trabalho e salário, bem como pela igualdade de direitos e de oportunidades no mundo do trabalho, associado a um debate para a importância de repensar o trabalho doméstico (reprodutivo), não enquanto um trabalho único e exclusivo das mulheres, mas como de responsabilidade de todas e todos.

ESTAMOS CONDENADOS A PERSEVERAR!

José Amadeu Antunes Alvarenga

Tinha 11 anos, início da década de 1960. Com meu pai Janguista e minha mãe Brizolista, participei de um ato do Movimento de Mulheres em apoio à Greve dos Bancários, chamado 'Não toquem nos nossos maridos'. Eram os tempos de ascensão do movimento sindical, governo popular Jango Goulart, ebulição social e política. Entretanto, no Rio de Janeiro, um bandido golpista, líder da reação entreguista, governador Lacerda, mandava a polícia baixar o cacete.

No caminhão, parceiros de meu pai, na vida, nas batalhas sindicais, lideranças comunistas e trabalhistas, que me davam livros, e referência na vida.

Dignos Camaradas (muitos foram chacinados pelos fascistas), que inspirariam nossa geração à resistência, nas décadas de 1960 e 1970, à ditadura udeno-milico assassina, que veio logo depois, em 1964.

No final da década de 1970, O Movimento da Anistia nos alentava; do Movimento Estudantil emendamos a militância sindical. O contato com os operários nos ensinava Brasil. Nos engajamos na reconstrução do Movimento dos Trabalhadores, criamos a Central Única dos Trabalhadores (CUT), em Praia Grande, 1981, que representava a esperança de Sindicalismo, liberto dos jagunços

interventores e seus cúmplices pelegos. A Central Geral dos Trabalhadores (CGT), criada em 1962, pela vanguarda dos trabalhadores, esgotava-se, assaltada por capangas da ditadura. A CUT guerreira liderou os trabalhadores em greves e atos, exigindo respeito e conquistando direitos, revolucionando, cumprindo a sina libertadora, de 1980 até meados do final do milênio, quando sinais de burocratização da cúpula Sindical ameaçava a organização da luta. Contrariando expectativas, a eleição de Lula, líder sindical na década de 1980, embora dialogando, como era óbvio, com os trabalhadores, incentivou o imobilismo. Em muitos momentos, o sindicalismo se curvou ao interesse do governo em detrimento das causas do trabalhador. Os debates e ações em defesa da Saúde do Trabalhador foram postergados. Embora não sofrêssemos retrocesso, não avançávamos o necessário.

Quando forças reacionárias, bandidos, neoliberais, com a capangagem da criminosa mídia vendida, golpearam a Presidente Dilma, não encontraram firme resistência organizada. Além do mais, setores próximos aos trabalhadores cometeram 'mal feitos', usados pela direita inimiga, para generalizar, mentindo, aproveitando-se da nossa gente inculca. O facinora Temer e sua cambada assaltaram de imediato os direitos dos trabalhadores. Em 2018, 'além da queda, o tombo'.

A desarticulação do trabalhador, a campanha orquestrada contra o Partido dos Trabalhadores (PT) e seus aliados, sem provas, em grande parte, mas as ilicitudes inadmissíveis de alguns poucos traidores eram divulgadas à farta. Enquanto isso, os crimes da direita eram escondidos, conjugados com a sanha do neoliberalismo inumano, aliado a políticos bandidos, criminosos togados vendidos, milícias fascistas e fundamentalistas, determinando a tomada do governo brasileiro por uma *gang* e capangas.

Agora enfrentamos uma trágica pandemia, que mata nossa gente, sob o sorriso assassino dos iníquos, safados, covardes senhores da opressão e da exploração, que destroçam nossas instituições públicas de pesquisa.

Verdugos nazistas, que ceifaram vidas brasileiras, principalmente idosos e segmentos mais pobres. Com todos os problemas que precisamos resolver, o SUS (que os safados pretendem destruir) salvou milhões de vidas.

Mas é na crise que os verdadeiros revolucionários se revelam. Temos o desafio de reconstruir o Brasil liberto, justo, equânime, digno do desafio de acolher e transformar a vida sofrida de milhões de brasileiros. E nós, que acreditamos nesse Brasil, estamos condenados a perseverar. Perseverar é preciso!

Foto: Mídia Ninja



CONVERSANDO COM A RAPAZIADA

Neste espaço, várias vozes do sindicalismo expressam, brevemente, suas falas sobre a luta sindical, o contexto da desconstrução de direitos dos sindicatos e trabalhadores e, ainda, questões da pandemia.

Sobram mortes e mutilações pela indiferença e descaso

Gilberto Almazan – Secretário-Geral

Carlos Aparício Clemente – Diretor

O desmonte é nacional, mas os trabalhadores sentem na carne o desmantelamento do Estado e o enfraquecimento do movimento sindical. Dá para imaginar uma queda de 27 para 5 auditores fiscais em uma Gerência Regional do Trabalho, responsável por acompanhar 15 municípios e 87 mil empresas? Os ataques promovidos pelo Estado aceleram o enfraquecimento do movimento sindical quando prejudicam o financiamento de sua estrutura e de suas lutas, entre outros; e, mesmo com a pandemia da Covid-19, permite ‘acordos individuais’ impostos pelos patrões. Em recente estudo de acidentes graves e fatais realizado pelo Sindicato dos Metalúrgicos de Osasco e Região¹ foram analisados 105 acidentes, no período entre 2008 e 2018, em que 20% deles foram fatais. A média de idade dos acidentados foi 36 anos,

e a média para os casos de morte foi de 38 anos. Em 2014, em um acidente emblemático com amputação das duas mãos de um trabalhador recém-contratado pela metalúrgica Huffix, a fiscalização só compareceu após 81 dias do fato e no dia seguinte à vinda do Superintendente Estadual à região, confirmando que o Ministério estava sucateado. Em 2018, ocorreu a morte de um trabalhador nas dependências da metalúrgica Mercúrio, funcionário de um prestador de serviço, em seu terceiro dia de trabalho, cuja fiscalização foi encerrada em 2019, sem a investigação das causas do acidente. Nessas poucas palavras, é possível ter noção da correlação existente entre o desmonte do Ministério do Trabalho, seu sucateamento, seu fechamento e posterior submissão ao Ministério da Economia no atual governo.



1. SINDICATOS DE METALÚRGICOS OSASCO E REGIÃO. Ciclo de debates. Disponível em: <http://www.sindmetal.org.br/wp-content/uploads/2020/08/pesquisaacidentesgravesfatais.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

Estado de acidente: condição de pactos de risco à saúde laboral

José Reginaldo Inácio

Secretário de Educação

As ‘coloridas lentes jurídicas’ impedem que o trabalhador (e diversos de seus líderes) perceba o tamanho da injustiça existente em sua exposição a condições que degradam e comprometem sua sanidade física e mental. Isso acontece quando legalmente se institui que é possível tal exposição a um ‘estado de acidente’; porque o direito, a lei, não somente concedem, mas sustentam essa possibilidade.

Todavia, é evidente que não se pode ignorar o papel histórico do sindicalismo e de suas lutas para alterar as condições de morbidade e letalidade no ambiente de trabalho. Aliás, se no momento atual analisamos tal situação, deve-se ao protagonismo dos sindicalistas nesse enfrentamento. Contudo, aqui, é

oportuno frisar que não nos detemos à análise do papel histórico do movimento sindical na luta contra o ‘estado de acidente’, mas, sim, em identificar, em parte das suas ações, as variáveis ou os possíveis limites que possam influenciar na sujeição do trabalhador a tais situações ou condições relatadas. Além do mais, sob nenhuma hipótese, na atualidade se pode perder de vista que “a situação em que a humanidade se encontra é desafiadora para o conjunto da sociedade”¹ – notadamente para a classe trabalhadora. “Desafiadora por colocar caminhos opostos: de um lado a perpetuação da barbárie social e de outro a possibilidade da emancipação humana, que exige rupturas radicais com a atual ordem social dominante”¹.



1. INÁCIO, J. R., et al. Trabalho, saúde e direitos sociais. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=AJhm-DwAAQBAJ&pg=PT209&dq=PT209&dq=%E2%80%9CDesafiador+por+colocar+caminhos+opostos:+de+um+lado+a+perpe+tua%C3%A7%C3%A3o+da+barb%C3%A1rie+social+e+de+outro+a+possibilidade+da+emancipa%C3%A7%C3%A3o+humana,+que+exige+rupturas+radicais+com+a+atual+ordem+social+dominante.&source=bl&ots=Q0GqVAApOE&sig=ACtU3U17hGNSak0KVenfA-t6bqA3u0HN6g&hl=pt-BR&sa=X&ved=2ahUKewcm4ep5nvAh-VMFkGHZ1ZAVAQAEwAHoE-CAIQAw#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 10 nov. 2020.



Categoria bancária sob ameaça

Adriana Nalesso
Presidenta Bancários RJ

A reforma trabalhista aprovada em 2016, durante o governo Michel Temer, teve forte impacto sobre a categoria bancária. Um de seus efeitos mais nocivos foi o fim da ultratividade, que passou a ser um instrumento de sutil coerção da classe patronal. Esse conceito jurídico prorrogava automaticamente o acordo vigente entre trabalhadores e patrões até a conclusão de novo acordo coletivo. Sem a ultratividade, o aumento à pressão para a aceitação de um acordo desvantajoso e a possibilidade de perdas de direitos são uma ameaça concreta. Durante a Campanha Nacional de 2018, os sindicatos enfrentaram negociações desgastantes com grandes intervalos e dificuldades

de avanços. O governo orientou os bancos públicos a se retirarem da mesa de negociações objetivando o enfraquecimento da mesa única entre públicos e privados, assim como retirar direitos dos bancários da Caixa Econômica Federal e do Banco do Brasil. Mantivemos nossa estratégia de mesa única, e o os bancos públicos retornaram à mesa de negociação. Todavia, todos esses direitos voltam a ser ameaçados na campanha de 2020, quando novamente somos pressionados pelo fim da ultratividade, e eles colocam em pauta a retirada de direitos duramente conquistados, assim como, apesar de lucrarem mais de R\$ 24 bilhões durante a pandemia, propõem reajuste zero.



O sindicalismo no tempo de Covid-19 e reforma trabalhista

Paulo Ernani Lima de Oliveira
Diretor

Infelizmente, as sociedades organizadas brasileira e mundial não estão preparadas para esta pandemia. No Brasil, em especial, o problema é mais grave após a eleição de um governo neoliberal evangélico, que está destruindo todas as organizações sociais, principalmente as organizações dos trabalhadores, os sindicatos e os movimentos sociais. Foi vendido, pelos meios de comunicação de massa, que a reforma trabalhista iria criar empregos e que a flexibilização dos direitos trabalhistas seria bom para o trabalhador. Essa propaganda foi comprada pelo trabalhador. O nosso sindicato, outros tantos de outros companheiros

e as centrais sindicais não tiveram a força necessária e suficiente para se contrapor a esse projeto da classe dominante e da elite. No dia a dia do sindicato, recebemos muitos trabalhadores que só agora estão percebendo o que é a reforma trabalhista, o que representa a falta de financiamento de sua entidade e a importância desses recursos para a luta sindical. Muitos dos trabalhadores atingidos pela reforma estão se sindicalizando; e se alguma coisa esta reforma trouxe, foi a necessidade de reinvenção da forma de seu financiamento e a comunicação dos sindicatos com suas bases.



Mulheres na luta sindical

Regina de Fátima de Souza
Cassia Gonçalves Santos da Silveira
Coordenação-Geral

Fundado em 31 de outubro de 2000 pela união de três associações de servidores (Associação de Servidores da Uerj – Asuerj; Associação dos Servidores do Hospital Universitário Pedro Ernesto – Ashupe; e Associação dos Servidores do Norte Fluminense – As-

fenorte), o Sindicato dos Trabalhadores das Universidades Públicas Estaduais do Estado do Rio de Janeiro (Sintuperj) é a entidade sindical que representa os servidores técnico-administrativos das Universidades Públicas Estaduais Uerj (Universidade do Estado do

Rio de Janeiro), Uenf (Universidade Estadual do Norte Fluminense) e Uezo (Fundação Centro Universitário Estadual da Zona Oeste). Em 20 anos de atuação, o sindicato obteve conquistas importantes para os trabalhadores, como sua carta sindical, no ano de 2019, e os planos de cargos da Uerj (o primeiro no ano de

2006, e a reformulação no ano de 2014) e o da Uenf (no ano de 2006). Atualmente, a Coordenação Geral do Sintuperj é composta por duas mulheres, Regina de Fátima de Souza e Cassia Gonçalves Santos da Silveira, o que demonstra a importância da representatividade da mulher no meio sindical.

Crise do sindicalismo

Miriam Amaral Queiroz
Diretora de Saúde do Trabalhador

A crise do sindicalismo brasileiro está intimamente ligada ao avanço da extrema-direita no mundo inteiro. Nesse cenário, o avanço tecnológico reduz postos de trabalhos ao invés de se traduzir em direitos aos trabalhadores. A concentração de renda nas mãos de poucas pessoas se torna outro agravante. No Brasil, depois de 13 anos de um governo popular, o País, em 2016, sofre um Golpe que retira a nossa Presidência – um governo eleito democraticamente. O golpe mira diretamente nos trabalhadores e nas suas organizações de classe, para que, ao investirem contra os direitos historicamente conquistados pelos trabalhadores, estes não tivessem força política, social e econômica para se defender. Esse processo imprimiu às organizações sindicais um desgaste mundial, com perdas de filiados e desprestígio por parte de algumas categorias de trabalhadores. Um dos piores ataques às organizações de classe foi a exclusão do imposto sin-

dical, que retira todo poder econômico das entidades. Algumas seguem sobrevivendo com as contribuições de alguns filiados, ou de alguns bens que os sindicatos acumularam nos últimos anos. As entidades federadas foram as que mais sofreram, foram dizimadas, na verdade, pois não contam nem com as contribuições dos filiados. O fluxo financeiro era composto pelo percentual repassado do imposto sindical. Contudo, no mundo do trabalho, nada é estático: durante a pandemia que passou a assolar o mundo, trouxe um novo comportamento dos trabalhadores. Muitos passaram a compreender que só organizados teremos condições de fazer um enfrentamento na envergadura que o sistema capitalista exige. Na fragilidade diante dos assédios criminosos cometidos pelos patrões, passaram a se albergar nos sindicatos com algumas novas filiações. Ou seja, mesmo enfraquecidos com as últimas perdas, ainda estamos no ‘jogo’.

Somos maiores e seguimos juntos

Sebastião José – Presidente
Angela Maria Lourenço – Diretora

A categoria dos trabalhadores em empresas de transporte rodoviários de passageiros urbano, intermunicipal, interestadual, fretamento, turismo, escolar, cargas, logísticas e diferenciados no município do Rio de Janeiro representados pelo Sintrucad-Rio enfrenta, nesta pandemia da Covid-19, um dos momentos mais difíceis de sua longa e vitoriosa história. A categoria rodoviária, com medo de ser contaminada e morrer pelo novo coronavírus, não pode parar. O transporte público não para. Por isso, ela também não. Embora o Brasil viva de costas para o setor, ele é um serviço

essencial. Se parar, inviabiliza todo o sistema de circulação de pessoas e, em consequência, destrutura a economia. Sem ônibus, metrô e trens, não vamos nem voltamos. Por isso, a categoria não pode parar. No Rio de Janeiro, 160 motoristas, cobradores, fiscais e demais integrantes da categoria perderam suas vidas para a Covid-19. Gente que contraiu a doença trabalhando. Muitos, em ônibus cheios. Outros, em ambientes sem a higienização devida. Contudo, todos em um sistema de transporte que não pode parar. O Sintrucad-Rio está consternado com a perda de mais



de 120 mil vidas ceifadas pela pandemia e externa a sua solidariedade e sentimento profundo aos que perderam seus entes queridos para o vírus, em particular, aos enlutados da família rodoviária. Além do terrível sofrimento pelas mortes, a categoria teve empresa fechada nesses últimos meses, a Transportes Estrela. Ademais, 1.300 profissionais do transporte urbano de passageiros perderam seus empregos nas 25 empresas que restam no segmento; no transporte escolar, foram 600 desempregados, e o setor está funcionando com apenas 10% de sua frota. Este último, devido ao fechamento de escolas, tem enorme possibilidade de novas demissões. O transporte de turismo e fretamento demitiu 400 profissionais e está operando com 50% da frota, com fortes indícios de novas demissões. A categoria tem demandado para as empresas os EPI e não é atendida no ritmo e exigências das normas adequadas de Segurança e Proteção do Trabalho. O setor está atuando em sistema de rodízio, devido ao necessário afastamento dos profissionais do grupo de

risco, o que gera sobrecarga de trabalho e extensas jornadas laborais, com ampliação preocupante do estresse, cansaço físico e psicológico dos profissionais. O Sintrucad-Rio assinou quatro termos aditivos com o sindicato patronal Rioônibus, garantindo, na medida do possível, direitos e emprego durante a pandemia. Estamos em estado de guerra, e neste momento, a tática é a resistência. Resistência hoje é manter o máximo das conquistas da CCT que representa toda a história de luta do movimento sindical dos rodoviários. Sabemos historicamente que, em momentos de crise, quem sofre mais são os trabalhadores, o elo econômico mais fraco. Proteger o ganha-pão do rodoviário continua sendo o nosso grande objetivo. O governo federal precisa liberar recursos para todos os trabalhadores para completar sua renda ou garantir uma renda mínima para enfrentar essa crise. Uma coisa é certa: somos maiores que este vírus e vamos juntos, com muita luta, virar este jogo, unidos e com pensamento positivo.



Sindicatos na pandemia

Luiza Dantas

Diretora do Sintsáude-RJ/CUT

Coordenadora da CISTT-RJ

Quando a pandemia do novo coronavírus chegou ao Brasil, já encontrou os sindicatos combalidos, acometidos por algumas comorbidades graves. Muitos dirigentes contaminados pela onda de fascismo que se estabeleceu no Brasil e já distantes de suas bases foram tomados por severa letargia.

Abatidos pela reforma trabalhista, já respiravam com muita dificuldade. Aquele imposto sindical que, por várias décadas, fora injetado compulsoriamente em suas veias garantindo a saúde das entidades sindicais acabou e, com isso, em alguns casos, deixam de respirar, fecham suas portas e se acomodam em pastas nas estantes de escritórios jurídicos, outros demitem funcionários, vendem patrimônio ou, mergulhados em dívidas, não conseguem nem reagir aos ataques frequentes aos direitos da classe trabalhadora. O Sindicato

dos Trabalhadores no Combate as Endemias e Saúde e Preventiva no Estado do Rio de Janeiro (Sintsáude-RJ), por sua trajetória de lutas, por sua relação íntima com sua base e por ter recusado o imposto sindical com ações políticas e jurídicas bem definidas e exitosas, tem, ao contrário dos demais, aumentado o número de filiados, não sendo afetado por essas mazelas.

No entanto, o desafio está posto: cresce uma legião de trabalhadores informais, terceirizados, uberizados, adoecidos, acidentados, desempregados e sem representação sindical. A união dos sindicatos e a reorganização do macrossetor econômico surgem como remédio para organização sindical capaz de fortalecer as entidades e construir a resistência dos trabalhadores. Voltamos à receita do nosso velho mestre alemão.

Mundo enfrenta duas pandemias

*Joel da Conceição Ferreira Nascimento – Metalúrgico
Presidente da CTB-Maranhão*



Os trabalhadores e trabalhadoras do Brasil, diferentemente do restante dos trabalhadores do mundo, enfrentam duas pandemias: uma devora as vidas, e a outra retira direitos. O governo federal instituiu uma agenda neoliberal com viés fascista regressiva a tudo o que os trabalhadores(as) conquistaram ao longo da vida com muita luta e sangue. Hoje estamos vendo o retrocesso na legislação de nosso país patrocinado pela elite brasileira, e o capital estrangeiro que quer sugar os recursos naturais e a mão de obra barata. Não saciados, querem a alma em nome de uma maior rentabilidade para os seus acionistas. Nunca aceitaram os avanços da legislação trabalhista e suas pretensões individuais; e mais: os grupos econômicos têm, além de Bolsonaro, a maioria do parlamento e o judiciário que completa uma ação coordenada pelo Executivo com reformas trabalhistas, previdenciária sindical, emendas constitucionais e várias Medidas Provisórias, todas retirando direitos. O governo, não satisfeito, constitui no Ministério da Economia um Grupo de Trabalho para aprofundar as desregulamentações dos direitos, a ponto de propor o fim dos exames médicos admissionais e demissionais. Todavia, os trabalhadores e trabalhadoras não estão parados. Os Sindicatos, as

Federações e as Centrais vêm lutando contra essa espoliação que teve início em 2016 com o governo Temer. Já realizaram vários atos nas ruas que duraram até a pandemia. Seguindo as recomendações sanitárias da quarentena e distanciamento social, a resistência se deu pelas redes sociais e ações com os parlamentares em cada estado. Os efeitos das crises (sanitária, econômica e política) para a Saúde do Trabalhador e da trabalhadora têm sido devastadores: aumento de suicídio, doenças mentais e acidentes de trabalho, principalmente dos entregadores que usam motos e bicicletas. Estes não têm conseguido ter acesso aos benefícios previdenciários. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) têm ação de vigilância na preservação da vida e no cumprimento das normas sanitárias. O movimento sindical tem a convicção que, nesta batalha, tem que haver uma união de todos os segmentos organizados da sociedade para enfrentar esta onda de desmonte dos direitos e das empresas públicas do nosso país. A Central dos Trabalhadores do Brasil – Maranhão – tem, aproximadamente, 16 Sindicatos filiados; entre eles, dos Pescadores, dos Trabalhadores Rurais e ainda vários Urbanos.

A luta continua!

São muitas as frentes de luta. Estamos em todas!

*Rosmari Barbosa Malheiros
Secretaria de Meio Ambiente Contag e CTB Nacional*



Estudos recentes mostram que, em todo o mundo, os números da subnutrição voltaram a subir depois de décadas de declínio. No Brasil, milhões de pessoas vivem na pobreza ou abaixo da linha da pobreza, sem acesso à alimentação saudável, ou que passam fome. Estamos voltando ao mapa da fome no Brasil, sendo que, no campo, esse quadro é mais preocupante, uma vez que as comunidades rurais, as áreas de assentamento e as comunidades tradicionais têm dificuldades de acesso às políticas públicas, inclusive às de saúde. Se somarmos o quadro precário de desnutrição e pobreza às consequências da pandemia, fica evidente que essa realidade só se aprofunda, só piora, o que já está acontecendo. Com o isolamento social, a quarentena, a perda do trabalho, de renda,

de empregos, a dificuldade de escoar a produção, o acesso ao crédito rural, vemos a população rural padecer e depender da ajuda do governo federal. Ocorre que ela chegou de forma pontual e precária, por meio do auxílio-emergencial, pois as famílias do campo estão fora do acesso desse benefício, uma vez que o Presidente da República vetou 14 artigos do PL nº 735/2020 de políticas de apoio à agricultura familiar. Assim, a população rural teve que se manter da agricultura de subsistência, insuficiente para gerar renda de comercialização.

Parte da população rural passou a depender do amparo das Organizações Não Governamentais (ONG) e das Prefeituras com a distribuição de cestas básicas. Há movimento solidário entre redes de apoia-

dores que se organizaram para adquirir a produção dos assentados da reforma agrária e comunidades rurais e distribuir à população e outras entidades, mas esse movimento não atendeu a todas as famílias camponesas, e muitas estão desassistidas. Pela falta de políticas públicas emergenciais e eficazes neste momento, que amparasse com segurança e agilidade a população carente, do campo e da cidade, é que fez surgir e ampliar essa rede assistencialista – e não é algo que se gostaria ou imaginasse, mas o Betinho já dizia, “*quem tem fome tem pressa*”. Neste contexto de pandemia, mantivemos a luta pelo fortalecimento da agricultura familiar por meio de debates, reuniões, articulações com gestores locais; e no campo, incentivando agricultores familiares a continuar plantando, apoiando iniciativas dos quintais produtivos, enfim, promovendo condições para que todos e todas possam se alimentar com dignidade. A alimentação é indispensável para a sobrevivência humana e, no Brasil, é direito previsto na Constituição Federal, requerendo a adoção de políticas e estratégias sustentáveis de produção, distribuição, acesso, consumo de alimen-

tos seguros e de qualidade, promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável. Por fim, dizer que tanto a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) como a Organização das Nações Unidas (ONU) apontam a agricultura familiar como essencial no período da pandemia, e no pós-pandemia, pois nós temos a clareza que de que a produção agroecológica garante a soberania e a segurança alimentar. Pena que o atual governo trabalha na contramão desse contexto, faz um desmonte do Ministério do Meio Ambiente, desmobiliza os órgãos de fiscalização como o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama), incentiva a degradação ambiental por meio do falso discurso do progresso e privilegia o grande capital representados por madeireiros, latifundiários e pelo agronegócio. Mantemos a postura de defesa da agricultura familiar e do meio ambiente, e temos atuado em várias frentes de luta, debatendo internamente com nossa categoria essa pauta, bem com como no Congresso Nacional e com entidades parceiras.

Fortalecimento da ação política sindical

Stênio Dias Pinto Rodrigues
Diretor Sindsprev-RS



A saúde é um bem imaterial indisponível, e o movimento sindical em defesa da vida no trabalho já adotou o lema ‘Saúde não se vende’. Entretanto, apesar do conceito ampliado de saúde dialogar com a pauta de reivindicação sindical, sua compreensão enquanto tema articulador de luta é ainda um desafio aos dirigentes sindicais. Muitas iniciativas foram desenvolvidas, como a vigilância dos ambientes de trabalho do SUS, a participação em vários fóruns institucionais de saúde, trabalho, previdência, meio ambiente, conselhos gestores dos Cerest e Comissões Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (Cist) nos Conselhos de Saúde. O movimento sindical, ao longo da década de 1980, travou muitas lutas em defesa do estado de direito, democratização e pelo fim da ditadura militar. Nos anos 1990, ocorreu abrandamento das lutas sociais e políticas que retornaram no governo de Fernando Henrique Cardoso, período de ofensiva do capital aos direitos dos trabalhadores. O avanço da globalização e do capital financeiro, concentrado nas grandes corporações internacionais, recoloca a centralidade do trabalho e da ação sindical na orga-

nização das lutas de resistência pela afirmação da pauta orientada pelos direitos e garantias no trabalho, esculpidas no art. 5º da Constituição Federal de 1988¹. Outra pauta foi o da luta em defesa da democracia, cidadania e dos direitos da classe trabalhadora, que tem enfrentado derrotas sucessivas diante da instalação do autoritarismo no Brasil. Comprometido com os interesses do capital internacional e desconstrução dos direitos dos trabalhadores e das representações sindicais, o governo desestrutura a organização do movimento sindical (pelo fim da contribuição), compromete a representação associativa e contributiva e estabelece negociação direta entre trabalhadores e empregadores, sob a égide do regulado *versus* o legislado. Certamente, a principal ofensiva à classe trabalhadora foi a reforma trabalhista e sindical, que propiciou às relações de trabalho retrocederem às conquistas históricas dos trabalhadores, remontando ao período da primeira Revolução Industrial. O complexo contexto político, econômico e social de 2020 exige dos sindicatos ação política de lutas contínuas diante da retirada crescente de direitos e da

1. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 nov. 2020.

desconstrução das políticas de proteção social desde o golpe de 2016. Essas medidas acompanharam o contínuo desfinanciamento das políticas públicas apoiadas pela visão de modernização da administração pública ditadas pelo mercado e a impossibilidade de garantir o direito universal à seguridade. Esse ideário tem como alvo a precarização do trabalho e a exploração dos trabalhadores (um novo ciclo de informalidade e ‘uberização’). A barbárie se intensifica

com a pandemia que evidencia a divisão de classe e a enorme desigualdade entre a classe trabalhadora. Explicita a dimensão da desproteção social e desvela a insustentável exploração dos recursos naturais. O desafio imposto por esta agenda regressiva é o fortalecimento da ação política sindical para organizar, representar e proteger esses trabalhadores e barrar o retrocesso das relações de trabalho e desconstituição de direitos sociais.

Crise sindical pós-reforma trabalhista

Raimunda Leone
Fitmetal – Diretora Finanças
União Brasileira de Mulheres – Diretora



Com a aprovação do PL nº 6.787/2016, em 26 de abril, na Câmara dos Deputados, foram alterados em torno de 200 dispositivos da CLT, e ainda foram revistos alguns pontos específicos de algumas leis. Também foram derrubadas algumas súmulas do Tribunal Superior do Trabalho (TST) que continham concepções favoráveis aos trabalhadores. Essa foi uma das maiores modificações já feitas na CLT, que acabou alterando os seguintes pontos: a) anulação dos conceitos que salvaguardam os trabalhadores diante do patrão – com todas essas alterações, o trabalhador fica mais vulnerável e enfraquecido e menos protegido em relação ao emprego; b) diminuição do poder nas negociações e contratações coletivas do sindicato – essas mudanças abriram brechas para a implementação dos chamados acordos individuais e até mesmo os verbais não formalizados documentalmente, estabelecendo vários pontos na relação trabalhista, tais como a não necessidade da presença dos sindicatos nas homologações de rescisões contrato de trabalho; c) anuência para redução de direitos estabelecidos por lei, adotando-se o conceito do negociado acima do legislado; d) amplificação das chamadas contratações atípicas dos trabalhos autônomos, dentro de um conjunto de variedade de contratações já presentes no

mercado de trabalho¹. Antes da reforma trabalhista, a estrutura sindical contava com aproximadamente 300 mil trabalhadores em todo Brasil, de acordo com o Dieese, sendo que, deste contingente, 115 mil eram trabalhadores diretos, e os demais, prestadores de serviços. Em função das mudanças provocadas pela reforma trabalhista, a organização sindical foi atingida em cheio com as alterações do seu modelo de financiamento que se expressava no chamado imposto sindical, que estava garantido no art. 580. Esse era o desconto de um dia de trabalho de todos os trabalhadores com carteira assinada. Agora, com as mudanças na legislação, os trabalhadores deverão autorizar por escrito o desconto ao sindicato a que pertence. Todas essas mudanças têm trazido dificuldades para a maioria dos sindicatos, que perderam sua principal receita, tiveram que demitir em massa seus trabalhadores e reduzir suas estruturas para não sucumbirem². Contudo, as perdas também se deram com a diminuição do quadro de associados, conforme apontam os dados da PNAD. Depois da reforma, os sindicatos perderam cerca de 3 milhões de associados, como foi divulgado pelo IBGE em agosto. Em 2016, eram 13,5 milhões de sócios, e em 2019, 10,5 milhões, com redução de cerca de 3 milhões³.

1. DEPARTAMENTO INTER-SINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. *Reforma Trabalhista: riscos e perdas impostos pelo PL 6.787/2016 aos trabalhadores e ao movimento sindical*. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/outraspublicacoes/2017/reformaTrabalhistaSintese.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2020.

2. ISTOÉ. *Após reforma trabalhista, sindicatos encolhem e demitem para sobreviver*. Disponível em: <https://istoem.com.br/apos-reforma-trabalhista-sindicatos-encolhem-e-demitem-para-sobreviver/>. Acesso em: 01 dez. 2020.

3. FOLHA DE PERNAMBUCO. *Brasil perdeu 3 milhões de sindicalizados após reforma trabalhista, diz IBGE*. Disponível em: <https://www.folhape.com.br/economia/brasil-perdeu-3-milhoes-de-sindicalizados-apos-reforma-trabalhista/152431/>. Acesso em: 01 dez. 2020.



Valorizando conquistas históricas na área de saúde e segurança do trabalho

João Donizeti Scaboli
Diretor de Saúde do Trabalhador

Nunca a palavra ‘prevenção’ fez tanto sentido. Vivemos dias de crise diante da pandemia que só agrava a estagnação econômica, a fragilidade dos serviços públicos, a pobreza e o desemprego. Em meio a isso, resgatamos o sentido do termo ‘prevenir’ que vem do Latim ‘Praevenire’, ‘antecipar, perceber previamente’, literalmente ‘chegar antes’. Quem ‘chega antes’ possui a chance de evitar adversidades, tomando medidas necessárias para preservar uma situação ou um contexto. O que temos feito para nos prevenir? A Federação dos Trabalhadores nas Indústrias Químicas e Farmacêutica do Estado de São Paulo (Fequimfar), com 33 Sindicatos filiados, acumula uma experiência de 62 anos de importantes ações na defesa da classe trabalhadora. São 195 mil trabalhadores das indústrias químicas, petroquímicas, plásticas, farmacêuticas, usinas de produção de etanol, instrumentos musicais e brinquedos. Das conquistas que servem de referência para outros setores, destacam-se as lutas pela Participação nos Lucros e Resultados (PLR) nas convenções coletivas e redução da jornada de trabalho. Em 1985, a Fequimfar e Sindicatos filiados conquistaram a redução da jornada de 48 horas para 44 horas semanais nos segmentos químicos e hoje, no setor farmacêutico, a realidade é a jornada de 40 horas semanais para todos os trabalhadores. Ressaltam-se também direitos ao jovem trabalhador, proteção à gestante, promoção da igualdade racial, além de vitórias na Saúde do Trabalhador. De forma similar: Projeto Verão Sem Aids – Valorizando a Vida, com reconhecimento internacional; a ação que completa 25 anos em 2020 – o banimento do benzeno na fabricação do etanol; e a Saúde do Trabalhador resgatada em sua importância, como o dia 28 de abril

em Memória das Vítimas de Acidentes e Doenças do Trabalho. O Departamento de Saúde do Trabalhador está sempre em estado de alerta para que não haja retrocesso no mundo do trabalho. Em 2006, a Fequimfar e Sindicatos filiados, com representantes patronais do setor industrial farmacêutico, assinaram o ‘Pacto de Inclusão para PCDs (Pessoas Com Deficiência), no Setor Farmacêutico’, como cumprimento da Lei de Cotas. Outra iniciativa foi a construção tripartite da Convenção Coletiva de segurança em máquinas injetoras e sopradoras no estado de São Paulo, no setor plástico, documento renovado anualmente. Nas CCT, existem cláusulas que tratam da nanotecnologia e do direito de saber, ‘garantindo que os membros da Cipa e do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) sejam informados quando da utilização de nanotecnologia no processo industrial’. Outro objetivo é fortalecer a troca de experiência entre Cipa e SESMT do setor químico no estado de São Paulo, com cinco encontros estaduais, reunindo centenas de trabalhadores do estado. Retomando o momento atual, o SUS tem sido peça fundamental no combate ao novo coronavírus, amparando milhões de brasileiros vulneráveis e sujeitos a condições precárias de vida. Se não fosse o SUS, a mortalidade do novo coronavírus seria ainda mais elevada. Como membros do Conselho Nacional de Saúde representando os usuários pela Força Sindical, abraçamos ações em defesa do SUS. Por essa longa história de luta, o Departamento de Saúde da Fequimfar reafirma sua missão de enfrentar desafios e defender a democracia, direitos e vida saudável para cada um dos trabalhadores. Lembrando que a saúde é o bem maior daqueles que trabalham!



O sindicalismo e sua voz na atualidade

Nilton Freitas
Representante Regional da ICM para América Latina e Caribe

A Internacional de Trabalhadores da Construção e da Madeira (ICM) é uma federação sindical internacional presente em 130 países, representando 13 milhões de trabalhadores dos setores de construção

e engenharia, materiais de construção, floresta e madeira. Na América Latina, está presente em 22 países, e no Brasil, possui 72 sindicatos afiliados, de 5 centrais sindicais: CUT; Força Sindical; Nova Central Sindical de

Trabalhadores (NCST); União Geral de Trabalhadores (UGT); e Central dos Sindicatos Brasileiros (CSB). A reforma trabalhista neoliberal foi impiedosa e incisiva ao promover a ‘negociação individual’ em detrimento da representação sindical; a homologação sem a assistência do sindicato; ao criar o trabalhador ‘autossuficiente’ que negocia diretamente com o patrão; e, principalmente, eliminar abruptamente e sem período de transição a contribuição sindical compulsória, expressiva parcela do orçamento de grande número de entidades, principalmente as menores e de setores vulneráveis – rural e serviços. O impacto é visível: a taxa de sindicalização caiu de 16,1% (2012) para 11,2% da PEA (2019). Na Construção Civil, a redução foi mais drástica, caindo de 8,9% para 4,2% (PNAD Contínua). Sem ‘poder estrutural’, os sindicatos ficaram vulneráveis aos efeitos do novo coronavírus sobre a economia e o trabalho, o que pode significar a falência definitiva de muitas entidades. A ICM foi rápida em reconhecer essa realidade. O Comitê Mundial da ICM considerou a complexidade da crise e propôs aos sindicatos uma unidade, baseada nos pontos: trabalho mais seguro, priorizando a saúde e segurança dos trabalhadores; proteger salários e assegurar empregos; advogar por direitos econômicos, políticos e trabalhistas dos migrantes; incorporar a equidade de gênero na recuperação econômica e assumir a violência de gênero como questão trabalhista; reconhecer a liderança do setor florestal e sua cadeia de valor na recuperação econômica; responsabilizar as multinacionais pelas condições de trabalho e exigir que contribuam significativamente para a recuperação econômica; defender a solidariedade global e a cooperação internacional para a soberania e recuperação global; no pós-pande-

mia, construir um futuro verde e com justiça social. A solidariedade sindical internacional direcionou significativos recursos financeiros à proteção e assistência direta aos trabalhadores de nossos setores e suas famílias, em particular, dos trabalhadores migrantes. Dezenas de empresas e governos foram chamados a garantir salários e empregos. Centenas de sindicatos receberam informações e subsídios para fortalecer suas negociações com os patrões e os governos de seus países, estados e municípios. No Brasil, a ICM, por meio dos seus afiliados, levantou a bandeira ‘Vida Antes do Lucro!’, por meio de campanhas de Segurança e Saúde no Trabalho (SST) e negociação coletiva para garantir aos trabalhadores e trabalhadoras da construção, materiais de construção, madeira e silvicultura o direito básico do trabalho seguro. Com esse objetivo, um grupo de especialistas sindicais com a assessoria de um Cerest e da Fundacentro elaborou uma ‘Proposta de Recomendações de Políticas de SST para a Prevenção e Controle do Covid-19 na Indústria da Construção’, encaminhada ao Ministério Público do Trabalho (MPT). É confortante reconhecer que os sindicatos cumprem um papel relevante na proteção dos direitos dos trabalhadores e na edificação de sociedades mais justas e equitativas, também mais sustentáveis do ponto de vista econômico, social, ambiental e político. Também é reconfortante saber que o mesmo processo ocorreu em países da América Latina no decorrer dos anos 1990 e que os sindicatos, ainda que fragmentados e limitados, muitas vezes, aos muros de uma empresa, resistem. Conhecer e entender esses processos é fundamental para garantir que o sindicalismo mantenha a sua voz – e de forma ativa – na atualidade.

40 anos de história pela saúde da classe trabalhadora

Precisamos (re)pensar e agir juntos para resistir

Eduardo Bonfim da Silva – Coordenador Técnico
Daniele Correia – Equipe Técnica



O Diesat completou 40 anos em 2020 desenvolvendo ações no campo da pesquisa, estudos e formações que subsidiem dirigentes sindicais na luta do campo da Saúde do Trabalhador. A criação do Diesat é resultado da organização dos trabalhadores e do germinar do novo sindicalismo na década de 1970. Em 1979, foram realizadas as primeiras Semsat, em que diferentes sindicatos, trabalhadores e profissio-

nais de saúde debatiam as vulneráveis condições de trabalho, os altos índices e não reconhecimento de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, além da ineficaz assistência à saúde dos trabalhadores. A classe trabalhadora fundamentou suas reivindicações criando o Diesat, em 14 de agosto de 1980, como entidade intersindical atuante nas questões relacionadas à saúde e trabalho. Seu surgimento é caracterizado

por um contexto de pouca transparência, por parte do governo e empresários, quanto à real situação das condições de trabalho e saúde no Brasil, com estatísticas oficiais que apontavam 1,5 milhão de acidentes e adoecimentos pelo trabalho. Havia uma crescente subnotificação dos acidentes de trabalho pelo regime militar, com o objetivo de mascarar as estatísticas. Esse processo acentua-se pela fragilidade do sistema previdenciário de informações, problema que persiste até hoje. O Diesat é responsável pelas primeiras pesquisas e estudos sobre a saúde dos trabalhadores, produzidas com a participação ativa dos sindicatos e trabalhadores. Ao longo de sua existência, vários trabalhos e ações importantes do Diesat tornaram-se um marco referencial e histórico na luta dos trabalhadores por melhores condições de trabalho. Toda a produção, bem como sua estrutura, está à disposição das entidades filiadas e da sociedade civil, de forma a subsidiar as ações por melhores condições de saúde da classe trabalhadora. Tais ações, ao longo da história, impulsionaram o surgimento dos Programas de Saúde do Trabalhador, embriões dos atuais Cerest (Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast/SUS). Produz a ‘Revista Trabalho & Saúde’, com temas relevantes para a classe trabalhadora, e atua na formação de base em Saúde do Trabalhador realizando cursos para entidades filiadas com métodos integrativos e conteúdo customizado ou personalizado de acordo com as demandas do público-alvo. Destaca-se na relação interinstitucional o assessoramento do Fórum Nacional das Centrais Sindicais em Saúde e Segurança do Trabalhador/São Paulo e do Fórum Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora/Brasília (DF), desenvolvendo e apoiando seminários, materiais de formação e publicações. Participou das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) como membro das XV e XVI CNS; das I, II, III e IV Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CNSTT); e da I CN de Vigilância em Saúde. É membro da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT) do Conselho Nacional de Saúde e de Conselhos Estaduais de Saúde. O Diesat é mantido por seus filiados – sindicatos, federações, confederações de trabalhadores – e pelos recursos provenientes de estudos, pesquisas, cursos e assessorias realizadas. Dentre as experiências formativas, destaca-se a execução, com a Organização Pan-América

da Saúde (Opas), do ‘Projeto de Articulação e Qualificação do Controle Social’, capacitando mais de 1.642 atores em oficinas de formação do controle social em Saúde do Trabalhador. O cenário atual de desemprego em massa e de informalidade das possibilidades que existem de trabalho apresenta um grande desafio ao movimento sindical na sua vocação: representar a classe trabalhadora no enfrentamento dos interesses de lucro do capitalismo. Sabemos que a história é cíclica e se repete. Mesmo em condições de aparência distintas, ela se repete na sua estrutura, no seu nervo. Na década de 1990, nos apresentou o desemprego. Agora é hora de acharmos juntos a melhor maneira de enfrentarmos novamente este cenário que vulnerabiliza ainda mais a classe trabalhadora, em suas condições de vida material e imaterial, acrescido pelo contexto da pandemia. Se não temos mais os contratos de trabalho, como vamos nos sentar à mesa de negociação para negociar aumento real de salário, PLR, benefícios, planos privados de saúde? Se não tivermos mais os contratos de trabalho, como vamos amparar, em termos jurídicos e de assistência à saúde, os/as trabalhadores/as?

O que se apresenta é um desafio de projeto de sociedade, de novas formas de sociabilidade, com políticas sociais que amparem a classe trabalhadora enquanto o jogo cruel e desumano do capitalismo continua a rodar. Por políticas sociais, nos referimos a lutar pela Seguridade Social! Pela Previdência Pública, pelo SUS, por Assistência Social. É o lócus de luta de classes que temos, meus caros! Porque, seja nos trabalhos formais, informais e na falta dele, a classe trabalhadora está adoecendo! As estatísticas oficiais da Previdência Social declaram que milhões de trabalhadores/as formais estiveram em processo de adoecimento e morreram em decorrência do trabalho. E ratificamos, este é o cenário de uma parte dos trabalhadores/as formais, que ainda há subnotificações. Não temos como mensurar o cenário de adoecimentos na informalidade e em decorrência da falta de trabalho e, conseqüentemente, de falta de condições de sobrevivência. Propomos aglutinar forças, centrar pautas únicas para dar peso àquilo que reivindicamos. O Diesat é o espaço criado pelo movimento sindical para apoiar e sustentar tecnicamente as ações políticas no que se refere à saúde e trabalho. Vamos juntos, juntas e juntes?

2

O MARCO REGULATÓRIO DESREGULADO

Coordenação

Maria Helena Barros de Oliveira & André Gustavo Bittencourt Villela

DOI: 10.5935/978-65-87037-01-1.05



LUTAS E RESISTÊNCIAS AOS RETROCESSOS ILEGAIS

Raquel Rodrigues Braga
Maria Helena Barros de Oliveira

A história do pensamento, ao longo das civilizações e conforme as opções políticas, sob a ótica eurocêntrica e verdades absolutas, desconstruiu o mundo das ideias, na concepção platônica, passou pelo confronto entre positivistas, naturalistas e marxistas para descambar na hegemonia capitalista, na qual a prevalência das relações econômicas ratificam e produzem saberes artificiais que limitam e controlam o que se conceberá e concederá como direitos humanos, inclusive com a fragmentação proposital de pautas que racionalmente poderiam ser encaminhadas em conjunto.

O que foi construído contemporaneamente acerca dos direitos humanos passou pelo objetivo precípua de conter as próprias lutas que os originaram e, por isso, as bases foram sedimentadas em precisas referências: um indivíduo abstrato (descontextualizado); sujeito competitivo; a falácia do universalismo derivado de concepções metafísicas ou jusnaturalista; a farsa da igualdade formal que ignora as diferenças concretas e condições de existência; e o caráter altamente ficcional de contrato social.

O século XX aguçou as perplexidades contemporâneas. O Estado capitalista, degradado politicamente nessas duas décadas do século XXI, não bastasse ter forçado uma compreensão de direitos humanos em única visão, como nos adverte Gándara Carballido¹, sobre a *mirada decolonial*, mesmo para os que não partilhassem da mesma ótica de mundo, altera a regra do jogo que ele mesmo criou, eliminando bens e direitos mínimos obtidos até aqui.

Longe de a sociedade ocidental dar conta das suas mazelas, a pauta desregulatória, de objetivo velado, ao eliminar ou reduzir drasticamente o orçamento social, priorizando o capital financeiro, tem produzido efeitos práticos indelévels: extinguiu o emprego regido pelo contrato de obrigações recíprocas, empregado/empregador, pacto que data de mais de dois séculos; precarizou as condições de trabalho; eliminou os sistemas de saúde e de habitação; elevou o custo dos alimentos, acentuando a fome no planeta; inviabilizou as políticas educacionais e culturais; e expandiu a desigualdade de um lado e a concentração da renda de outro.

A desregulação já era, por si, responsável pelo trágico quadro em relação aos trabalhadorxs, mas a crise sanitária trouxe o quanto há de caótico. Se revelou que a tecnologia, asséptica, com toda a sua modernidade, não foi capaz de

imunizar a humanidade de um vírus, mostrou também que a desigualdade social, pelo trato do neoliberalismo com os trabalhadores, faz dessa junção, modelo econômico/pandemia, uma tragédia humanitária.

A saída não está no capitalismo camaleônico, nas vestes do neoliberalismo deste século XXI, uma vez que nunca atendeu a contento às exigências sociais básicas. Ao contrário, o modelo econômico tem interferido nos sistemas jurídicos com prescrições ilegais cujo resultado é o profundo agravamento das desigualdades sociais.

A partir do corte orçamentário de áreas fundamentais e da alteração legislativa, a prescrição em todas as partes do mundo é suprimir os direitos: trabalho, moradia, seguridade social e saúde. A velocidade do quadro de desmonte atravessa países e instituições, sem que a sociedade civil organizada reaja proporcionalmente à feroz supressão de direitos. Essa resposta, demorada e pouco expressiva tem sido dificultada por diversos fatores, inclusive, ameaças fascistas utilizadas para conter a insurgência.

E o que isso significa? O Neoliberalismo do século XXI não quer o Estado mínimo capaz de suprimir direitos essenciais, mas necessita do Estado forte e sustentado por ideologias de priscas eras: concessões aos movimentos religiosos fundamentalistas; reforço do medo, terrorismo; e autoritarismo de estado ultracentralizado, militarizado/policia para criminalização de indivíduos e movimentos sociais que se rebelam contra a nova ordem mundial.

O diagnóstico é de Dulce Fariña² “ao dissecar o modelo econômico neoliberal e os efeitos da globalização como prescrição ideológica da transformação do capital produtivo em especulativo, agudizando a desigualdade social”.

A ruptura dos pactos civilizatórios, em nome de uma pretensa crise, baseada em argumentos ultrapassados, que vão do terrorismo ao avanço tecnológico, admite e pratica a eliminação dos ‘inimigos’, como opção política. Além disso, os inimigos variam conforme as circunstâncias: indesejáveis, ralé, sindicalistas, defensores do direito do trabalho e da seguridade e lutadores sociais em geral.

O neoliberalismo tem como opção política velada a eliminação dos que se encontram fora da margem, do padrão, indesejáveis ou ralé, termos cunhados, respectivamente, em duas obras contemporâneas de Casara³⁽⁹³⁾ e Souza⁴⁽¹⁾.

1. CARBALLIDO, M. G. *Los derechos humanos en el siglo XXI: una mirada desde el pensamiento crítico*. Buenos Aires: Clacso, 2019.

2. DULCE FARIÑAS, M. J. *Globalización, ciudadanía y derechos humanos*. Madrid: Dykinson, 2004. Cuadernos Bartolomé de las Casas, n. 16. Disponível em: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=cGC_2BK-EE-EC&qj=fnd&pg=PA1&ots=aX9kwwkg1M&sig=C17Vld8KkM-j7xhoB4XNM16_I7fU#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 14 jan. 2021.

3. CASARA, R. *Estado pós-democrático: neo-obscurantismo e gestão dos indesejáveis*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017, p. 93.

4. SOUZA, J. *Ralé brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte: UFMG, 2009.



Banksy
Street art

Brooklyn, NY, EUA.

Fonte: <https://eand.co/>

[why-americans-dont-even-out-themselves-1a9ffbe0fd35](https://eand.co/why-americans-dont-even-out-themselves-1a9ffbe0fd35)

5. MURAD, M. *Sociologia e Educação Física*. Rio de Janeiro: FGV, 2012.

6. LESSIG, L. Capítulo 11. In: VIEIRA, J. R. *Teoria do Estado: a regulação jurídica*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 1995. p. 29.

7. VIEIRA, J. R. *Teoria do Estado: a regulação jurídica*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 1995.

8. PIKETTY, T. *Capital e Ideologia*. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=XH7oDwAAQBAJ&pg=PT722&pg=PT722&dq=aos+limites+da+comunidade+pol%C3%ADtica+com+a+qual+se+identificam+e+%C3%A0s+origens+e+identidades+%C3%A9+ni%C3%A7o+religiosas+de+seus+membros&source=bl&ots=EuwmAelyG4&sig=ACfU3U2xm7rSD9cXSi-jP43n7U7ny-Xumug&hl=pt-BR&sa=X&ved=2ahUKewid3_zPipzuAhUoGLkGHVcBaUA-Q6AEwAXoECAFQAg#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 14 jan. 2021.

Nesse contexto, é importante ratificar o sistema jurídico declaratório dos direitos humanos, fazendo valer a sua eficácia para todos, ainda que se considerem os seus ambíguos efeitos, pesados a gênese e a validade do instituto, como pontuado por Marx apud Murad⁵⁽⁷²⁾.

[...] a dificuldade não está em compreender que a arte e a épica gregas se achem ligadas a certas formas do desenvolvimento social, e sim no fato de que elas possam, ainda hoje, proporcionar-nos um deleite estético, sendo consideradas, em certos casos, como norma e modelo insuperáveis.

Explicamos: A ressalva de gênese e validade rechaça as narrativas de reforço à hierarquia social, observando que as elites, políticas e econômicas, ao situar os segmentos menosprezados em escala inferior, justificam a desigualdade social/política/jurídica por algum traço supostamente inerente, sem base razoável, que os façam merecedores dessa posição de invisibilidade, desconsideração ou até eliminação.

Assim, não se discute o grau de incompletude da norma dentro da lógica de exclusão dos sistemas jurídicos contemporâneos, minimizando indivíduos entre ganhadores e perdedores, além de reduzir a condição humana ao consumo e/ou acumulação. São vários os paradoxos da modernidade, mesmo sob a ótica individualista, por exemplo, a eficiência regulatória para a propriedade ante a débil proteção à privacidade⁶.

Assim, é crucial desvelar a estrutura jurídica formalista, positivista, abstrata e autopoiética que confere legitimação a si própria para reafirmar o sistema neoliberal, e estabelecer o contraponto, tomando como direitos humanos as exigências extraídas das realidades desiguais dos sujeitos que os reivindicam.

A concepção de autopoiesis, como está registrada, constrói-se dentro de uma reflexão epistemológica de

demonstrar as especialidades da noção articulada de autonomia e fichamento da norma legal⁷.

Essa ótica da desigualdade material (econômica e social) oriunda do modelo hegemônico, eurocêntrico, assimétrico, branco, patriarcal, machista, católico ou neopentecostal é determinante para entender a aplicação da norma em distintos efeitos, válida e dotada de eficácia para a elite e, no mais das vezes, meramente declaratória para os segmentos humanos destinatários dos preconceitos: pobres, mulheres, povos originários, afrodescendentes, demais etnias, população LGBTQIA+, grupos religiosos e outras inserções objetificadas para o menosprezo.

Desmitificar essa objetificação nos interessa na perspectiva e concepção contemporâneas de 'Direitos Humanos', que atende aos próprios privilegiados ao se verem diante de algum grau de injustiça. Desse modo, quando a elite retira os segmentos menosprezados da esfera de proteção, mas deseja estar nela incluída, necessita coisificar os oprimidos, como fez com os escravos até o século XIX.

Ademais, esse desmascaramento é necessário, mas não para abrir mão dos direitos e garantias que obtivemos até aqui, mas para a ampliação deles na perspectiva de melhoria e extensão para todos. Assim, é nessa perspectiva que fazemos a defesa da regulação jurídica com base no Estado de Direito como um pilar de aperfeiçoamento das democracias avançadas. Legalidade e legitimação inseridas como elementos essenciais a assegurar a declaração dos direitos fundamentais, a impedir o retrocesso social e os avanços da própria democracia.

Por outro lado, faz-se necessário assegurar o que se estabeleceu como conquista dentro do próprio aparato jurídico generalizante, contextualizando a norma desde a sua origem, de preferência com o resgate da força dos movimentos sociais que a originaram e a identidade perdida no corpo estatal regulatório de contenção das lutas.

Thomas Piketty⁸, no livro *Capital e Ideologia*, trecho dedicado ao Brasil, adverte que os conflitos identitários têm dominado a pauta sobre os classistas. A divisão identitária, garante o autor, não é invenção dos atores políticos, são questões de fronteira, referência "aos limites da comunidade política com a qual se identificam e às origens e identidades étnico-religiosas de seus membros". A clivagem classista diz respeito às questões de desigualdade socioeconômica e de redistribuição, em especial da propriedade.

Prossigue Piketty⁸:

De modo geral, a clivagem classista só pode prevalecer se conseguirmos superar a clivagem identitária: para que o conflito político possa se concentrar nas desigualdades

de propriedade, de renda e de grau de instrução é preciso, em primeiro lugar, chegar a um acordo quanto às fronteiras da comunidade.

Os Estados Modernos obrigados por lutas sociais, étnicas/ trabalhistas/identitárias criaram uma estrutura jurídica de direitos e tutelas, entre os quais, as integridades física e moral, o sistema de saúde, os benefícios sociais e econômicos, inseridos os deveres (respeito) e a liberdade.

Uma arquitetura formal para assegurar direitos que produz efeitos reais, ainda que atenda com maior força a uma parcela privilegiada e almeje a precípua intenção de conter as próprias lutas que a originou.

A premissa é incontestável: a inexistência de um sistema legal perfeito ante o desrespeito à clivagem identitária, a existência de classes sociais e a profunda desigualdade econômica entre elas. Contudo, não merece desprezo o avanço das normas sociais no século XX como consensos políticos fruto de traumas que marcaram a humanidade, sobretudo em face da infiltração da barbárie no pensamento moderno com a racionalização dos processos de extermínio, Auschwitz (1941) e o uso da bomba atômica (1945).

O instituto da 'cláusula pétrea' foi criado na Alemanha, após a vitória sob o Nazismo na Segunda Guerra (1939/45), exatamente para evitar alterações constitucionais casuísticas. O cenário originou a Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948, embasada em uma filosofia liberal ocidental, cuja raiz está fincada no direito natural e no status de cidadania como núcleo fundamental nos limites éticos mínimos para a humanidade.

É fundamental fortalecer os ganhos trazidos por todos esses avanços, entretanto, é importante destacar que não são suficientes. Nessa linha de raciocínio, é possível pensarmos como se deu com o direito ao trabalho alçado ao status constitucional, México, 1917; Weimar, 1919; URSS, Constitucionalismo Socialista, 1936; o pós-guerra com a derrota dos nazifascistas, Itália 1947; e Brasil, 1988.

Perdidos os freios impostos pela Guerra Fria e a ameaça da proposta socialista de um mundo coletivizado, o modelo econômico nessa nova fase, a partir do século XX, desdenha da democracia, em um contínuo processo de acumulação, cada vez mais intenso e concentrado. Dentro da morfologia do retrocesso e desfazimento dos avanços civilizatórios, abandona o *Welfare State*, transformando as constituições (Weimar/México/Brasil-1988) em obstáculos e, assim, destruindo todo o esboço de Estado que as originou.

Desse modo, a defesa da regulação jurídica centrada no Estado de Direito é essencial. Impõe-se conjugar os sistemas nacional e internacional, visando assegurar a declaração dos direitos fundamentais e os avanços da própria democracia, o que impedirá o retrocesso social. Torna-se indeclinável a preservação, no plano nacional, das harmonias e independência entre os poderes: executivo, legislativo e judiciário, dotados de legalidade e legitimação, como muito bem analisa e aprofunda Araújo⁹.

Outrossim, não há saída sem luta: luta em defesa dos direitos humanos, constituídos e sistematizados com a promessa de conjugar a soberania nacional e a popular; luta para a absorção das pautas específicas, 'universais', contemporâneas, individuais ou conjuntamente consideradas, como forma desmistificadora da narrativa estatal de autolegitimação; e luta contra as tentativas de separar as esferas: público, privado, cultural, religioso, político e econômico.

A inclusão da luta, sem trégua, por igualdade jurídica é uma das ferramentas na batalha por igualdade social. A exigência pela criação de normas em prol dos direitos humanos; pela manutenção das vigentes; pela recuperação das suprimidas; e por sua extensão para todos pode, paulatinamente, minimizar a desigualdade.

Em meio a essas diversas possibilidades de lutas, identificamos como uma importante estratégia de resistência, contra o retrocesso, a união das pautas dos grupos oprimidos, respeitadas as especificidades secularmente ignoradas ou violentamente reprimidas, dos povos originários, imigrantes, sem teto, sem terra, afrodescendentes, mulheres, LGBTQIA+ e outras sensibilidades sociais na defesa da democracia e, consequentemente, na luta e resistência contra os retrocessos.

Revela-se uma iniciativa de grande potencial fazer uso da tecnologia da informação em redes, espaço no qual os movimentos de resistência ganham corpo de resposta global ao capitalismo, unindo pautas específicas para o combate estrutural às instituições que o mantêm.

O regramento jurídico internacional é valoroso recurso ao estabelecer patamares mínimos civilizatórios. A Convenção Americana de Direitos Humanos, no Pacto de San José da Costa Rica, 1969, veda o retrocesso social e essa violação é passível de denúncia à Comissão e à Corte Interamericanas de Direitos Humanos.

É importante lembrar que o Brasil, além de ratificar o Pacto de São José da Costa Rica, elevou o não retrocesso social a patamar constitucional, nos termos do art. 7º¹⁰: "São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social", Título II, Dos Direitos e Garantias

9. ARAÚJO, G. S. S. A disfunção dos desenhos das instituições democráticas na constituição federal e seus efeitos no ativismo judicial conservador-midiático. In: PRONER, C., (Org.), et al. *Comentários a um acórdão anunciado – o processo Lula no TRF-4*. São Paulo: Outras Expressões, 2018.

10. BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

Fundamentais, Capítulo II, Dos Direitos Sociais. Ou seja, não se concebe outros direitos se não visarem à melhoria das condições sociais.

Outro registro indispensável consiste na Convenção de Viena, o art. 27 combinado com o 46.1, que protege as normas internacionais das ameaças internas, ao atestar que um Estado não pode invocar o direito nacional para o descumprimento dos Tratados Internacionais, a menos que se constitua em norma fundamental. Tratado ratificado pelo Brasil em 25 de outubro de 2009, como esclarece Marcelo Ribeiro Uchôa, em Curso Crítico de Direito Internacional Público¹¹.

O que queremos demonstrar é que os Tratados Internacionais ratificados pelo Brasil vedam o retrocesso social, portanto, o País poderá se ver diante da Corte Interamericana de Direitos Humanos pelas políticas e normas de retrocesso praticadas no País a partir de 2016.

Podemos concluir que a luta política pelo fim de toda a desigualdade não deve desprezar a conexão entre o aparato jurídico e o Estado de Bem-Estar alcançados como indispensáveis à dignidade humana.

A Reforma Trabalhista; a extinção do Ministério do Trabalho; e o Ministério da Saúde, sem ministro e com os cargos técnicos preenchidos por militares, em plena pandemia, são fatos que dispensam palavras para o Brasil atual, violador dos pactos civilizatórios.

O novo coronavírus bateu às portas da humanidade e arrancou do Presidente Macron uma declaração surpreendente para um representante da centro-direita e muito óbvia para nós, defensores dos direitos sociais: “*O que essa pandemia revelou é que a saúde gratuita, nosso estado de bem-estar social, não são custos ou encargos, mas bens preciosos [...] e que esse tipo de bens e serviços deve estar fora das leis do mercado*”.

11. UCHÔA, M. R. *Curso Crítico de Direito Internacional Público*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

TRABALHO REMOTO — O DIA SEGUINTE

Giselle Bondim Lopes Ribeiro
Maria Helena Barros de Oliveira

É inquestionável que em um momento de pandemia de uma doença com alto grau de letalidade, como é o caso da Covid-19, obrigando ao isolamento social como forma de reduzir o contágio e mortalidade, o trabalho remoto, executado na própria casa dos trabalhadores, está sendo um alento, permitindo que parte expressiva dos serviços públicos e da atividade econômica tenha continuidade.

Vendo os aspectos positivos, a possibilidade de trabalhar em casa neste momento permite que os pais permaneçam com os filhos, que já não podem ir à escola, e que a atividade doméstica seja executada pelos próprios membros da família, facilitando, ademais, que os empregados domésticos sejam dispensados de trabalhar, sem prejuízo de salário. Entretanto, virá o dia seguinte, quando a vida voltar ao normal; e, aqui e ali, já surgem matérias jornalísticas no sentido de que, após a pandemia, muitas empresas implementarão de forma definitiva o trabalho remoto ou em domicílio, transferindo seus escritórios para as casas de seus empregados — e, nessa toada, já anunciam a devolução de imóveis locados. Contudo, o trabalho remoto não deve ser a regra, mas sempre a exceção, pois os efeitos prejudiciais serão maiores do que os benefícios, tanto para os trabalhadores como para a sociedade.

A primeira coisa que se percebe é que o trabalho remoto invade a privacidade e a intimidade do trabalhador. Instala-se dentro de sua casa, transformando em ambiente corporativo, o que seria um local de descanso, convivência familiar e refúgio do próprio labor. Computadores, *tablets*, blocos de papéis e canetas passam ter lugar cativo, juntamente com cadeiras giratórias e mesas de trabalho. Em um canto da sala ou do quarto, instala-se uma estação de trabalho. A internet dos filhos passa a ser desviada para o trabalho ou implementa-se um plano mais caro e potente de internet. O espaço de conversas, risos e brincadeiras passa a ser cercado pelo silêncio necessário à concentração. As imagens dos lares, muitas vezes simples ou desorganizados, invade as reuniões de trabalho, volta e meia incluindo movimentos de outros membros da família que não desejariam ser expostos. Essa invasão da privacidade e da intimidade do trabalhador viola o direito fundamental de inviolabilidade assegurado pela Constituição da República a todos os cidadãos (art. 5º, X)¹. A questão do consentimento é delicada, quando se sabe que o trabalhador é economicamente subordinado ao empregador, submetendo-se às suas

1. BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

demandas para manter a fonte de subsistência. Essa decisão do trabalho remoto não está nas mãos do trabalhador.

Isso, para o trabalhador pode até parecer, em um primeiro momento, que será bom. Afinal, dormir uma ou duas horas a mais, não enfrentar o trânsito caótico das grandes cidades, perdendo horas no trajeto casa-trabalho-casa são vantagens consideráveis. Também é tentadora, para os pais, a maior convivência com os filhos; e, por fim, as despesas com roupas e calçados serão sensivelmente reduzidas. Entretanto, indaga-se: existirá uma maior convivência com os filhos, mesmo com a obrigatoriedade da jornada de trabalho a ser cumprida? Todavia, as vantagens para o trabalhador cessam aí e não compensam a perda desse direito fundamental.

As casas não são ambientes adequados em termos de saúde de trabalho, incrementando os riscos, sobretudo os ergonômicos. Há normas de segurança do trabalho relativas ao mobiliário, iluminação e temperatura que devem ser observadas e sobre as quais o empregador não terá controle, aumentando as chances de adoecimento dos trabalhadores. Atente-se para a impossibilidade de fiscalização, já precária nas empresas pela falta de pessoal. Coloca-se aqui o problema da responsabilidade, sobre as possíveis consequências na Saúde do Trabalhador a partir do processo e organização do trabalho, sair do âmbito do empregador e recair para o trabalhador. O processo deixa de ser coletivo e assume o caráter individual, com todas as consequências e significados que essa individualidade traz em si.

Haverá uma inevitável mistura das atividades da casa, cuidados de filhos e idosos com o trabalho, diminuindo a concentração na atividade laborativa, possibilitando maior número de erros e menor produtividade.

Essa junção das atividades também importará em maior cansaço dos trabalhadores. Nesse aspecto, as mulheres continuarão sendo as mais sacrificadas, visto que, usualmente, já desempenham a maior parte das tarefas domésticas, cumprindo o que chamamos de 'dupla jornada'.

O risco de doenças e acidentes de trabalho será incrementado, onerando a previdência social. Com essa mescla de atividades domésticas, existirá uma natural dificuldade em identificar o que seria decorrente do trabalho ou da atividade doméstica.

O horário flexível, que esse tipo de arranjo parece permitir, também não se mostra favorável ao trabalhador, pois, na ausência de normas rígidas que impeçam a violação do horário máximo de trabalho contratado, a tendência é que sejam efetuadas co-

branças excessivas ao empregado, com o envio de *e-mails* e de mensagens por meio de celular, além da conexão remota por computadores em rede. Não será surpresa se, com o trabalho remoto, as empresas adotem formas de remuneração ligadas à produtividade, buscando mais e mais rendimento do empregado, seja a que custo for.

Dessa forma, se cada um trabalhará na hora que for mais conveniente, é razoável presumir que aqueles que se encontram em posição de comando emitam ordens e demandem atividades a qualquer momento, invadindo até mesmo o horário destinado ao sono. Por mais que se ressalte a flexibilidade da jornada de trabalho, contextos de necessidade de funcionamento no horário comercial não deixarão de existir, sendo, por isso, esse contexto um complicador e até impeditivo dessa flexibilidade desejada.

A consequência disso é que o trabalhador, no afã de manter o emprego ou aumentar os ganhos, contribuirá para o aumento de sua própria jornada, desrespeitando-se o limite máximo de 8 horas de trabalho ou 44 semanais. Assim, se um indivíduo trabalha mais horas que o permitido, isso, naturalmente, torna desnecessária a criação de novas vagas de emprego. Sem deixar de considerar que a intensificação e a extensão da jornada de trabalho geram adoecimento.

A ausência de um local comum de trabalho também aniquilará os vínculos proporcionados pelo convívio pessoal, fazendo com que os trabalhadores não possuam espírito de classe o que, certamente, atende à intenção capitalista de aniquilamento das organizações sindicais, mas que, sob outra ótica, também impede a formação de equipes colaborativas e aderidas à empresa. Trabalhadores que não se relacionam não transmitem conhecimento, não cooperam, apenas concorrem entre si; e isso tornará a empresa um meio propício ao assédio moral, com todas suas consequências.

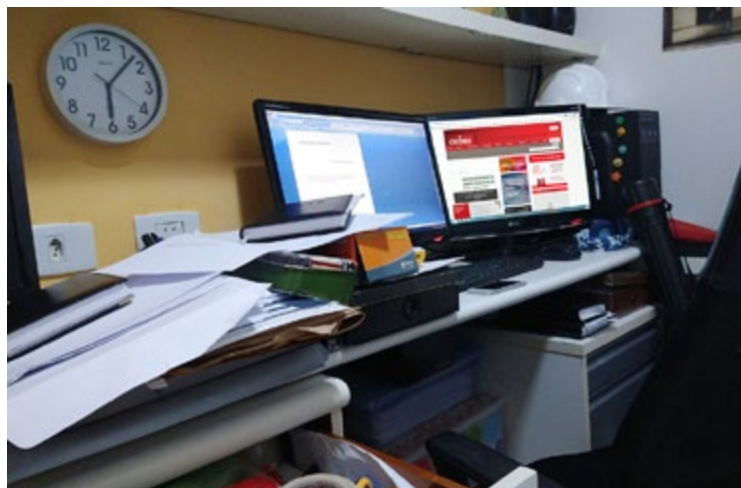


Foto: Rita Loureiro/AM, Apoio à Cultura

A ausência de formação de vínculos entre colegas de trabalho também pode ocasionar sofrimento mental aos trabalhadores cuja solidão pessoal é preenchida pelo dia de trabalho e consequente convívio social.

O empregador, por seu turno, não pode acreditar que deixará de arcar com o custo do ambiente de trabalho. Será ele que deverá custear não só os equipamentos necessários à atividade laborativa, como também sua manutenção e troca periódica, além de toda a infraestrutura como energia e internet. Embora a legislação atual seja vaga sobre o tema, é certo que não autoriza a transferência do custo da atividade empresarial para o empregado. Ademais, é próprio do sistema capitalista que as despesas da atividade empresarial sejam integralmente arcadas por aqueles que auferem o lucro. Essa soma dos custos individuais acabará por ser mais onerosa do que a manutenção de um ambiente coletivo de trabalho.

Acrescente-se que a desmobilização de escritórios e empresas, com transferência para trabalho em domicílio, importará não só em desalugar imóveis, com a consequente perda dos rendimentos desse capital (e tributação), como também no desemprego de inúmeros trabalhadores de baixa qualificação profissional, entre os quais serventes de limpeza, porteiros, recepcionistas e seguranças, aumentando a massa de desempregados com um efeito dominó imprevisível. Acresçam-se a isso as atividades periféricas que dependem dessa movimentação de pessoas, como transporte urbano, restaurantes e lanchonetes.

Por fim, como extensão do direito à intimidade, não se pode deixar de respeitar o direito que o

trabalhador possui de desconectar-se do trabalho, de relaxar e não ser demandado fora de seu horário contratual. O trabalho remoto, por si só, já viola tal direito, pois o empregador passa a ser onipresente na vida do empregado.

Espera-se que possamos caminhar, de forma democrática, solidária e inclusiva para ações governamentais que privilegiem o humano, iniciando por cidades mais amigáveis, em que os locais de trabalho sejam próximos dos locais de residência e que os meios de transporte sejam menos poluentes e mais eficientes. Em síntese, o trabalho remoto não pode ser uma forma sofisticada e encoberta de aumento da exploração do trabalho humano.

Já as empresas devem estabelecer horários flexíveis que atendam às demandas e necessidades dos empregados e os retire do desconforto dos horários de tráfego intenso. É razoável, outrossim, o trabalho remoto facultativo, mas como exceção e apenas em parte dos dias da semana, impedindo que o empregado seja alijado do convívio com os colegas. Também é desejável que o trabalhador tenha alguma margem de manobra para inserir atividades pessoais no que seria a jornada de trabalho quando cumprida no ambiente empresarial.

O que não se mostra desejável e coerente com uma sociedade preocupada com a dignidade do ser humano é que os trabalhadores, justamente os trabalhadores, acabem por ser privados do direito fundamental à privacidade e à intimidade, porque os governantes não conseguem administrar de forma inteligente e humana os espaços urbanos.

TRABALHO PÓS-MODERNO

Fernanda Stipp

André Gustavo Bittencourt Villela

Rogério Lucas Martins

Maria Helena Barros de Oliveira

O desenvolvimento do ser humano enquanto espécie sempre dependeu da contenção de seus impulsos primitivos para que, de modo organizado, pudesse prosperar, de acordo com Robert Fossier¹. Justiça, segurança e solidariedade formam a tríade sobre a qual o homem chegou à idade contemporânea.

É inegável que, desde os anos 1990, muita coisa se alterou, e não se pode negar que, provavelmente, nossos netos chamarão nossa atualidade de idade pós-contemporânea, em que a forma de comunicação

se transformou profundamente e, com isso, a tríade sobre a qual o desenvolvimento humano se funda sofre enorme ruptura.

O mundo atual, denominado Vica, acrônimo criado no ambiente militar na década de 1990 (Volátil, Incerto, Complexo e Ambíguo), assenta-se na rapidez com que as informações se dissipam, fazendo com que o que ontem nos servia, hoje não se aplique mais. Assim, segurança e justiça passam a ser questionadas em seus próprios conceitos.

1. FOSSIER, R. *O trabalho na Idade média*. Petrópolis: Vozes, 2018.



Foto: Socialismo Chatôiro

O que parece justo para uns é injusto aos olhos dos vizinhos. Ética e verdade se prestam muitas vezes para fundamentar julgamentos absurdos. Além disso, do alto de nossas razões, rapidamente, lemos a notícia nas redes sociais, julgamos e repassamos, tudo em menos de cinco segundos. Somos muito bons nisso; e nem temos dúvidas quanto ao que fazemos. O exercício do questionamento é muito lento para ser implementado e, conseqüentemente, muito custoso. Portanto, implementamos o sistema penal geral mais ágil da humanidade e, também, o mais cruel.

Agindo com tamanha rapidez, segurança é coisa do passado. Praticamente ninguém mais tem. Sentimos medo ao sairmos na rua, medo de ficarmos doentes, medo da polícia, medo do pedinte, medo de quem vem em nossa direção, medo do que podem falar da gente nas redes sociais. Medo!

Por conseguinte, com tanto medo, a estabilidade decorrente da segurança também anda em extinção. Seja no emprego, no casamento ou no relacionamento com os filhos, a frase do Poetinha² é mais do que atual ‘Que seja eterno enquanto dure’³.

Então, para garantir nosso desenvolvimento, daquela tríade, justiça, segurança e solidariedade, sobrou apenas esta última para tentar salvar a nossa evolução, sendo certo que sequer sabemos para onde estamos indo.

O fato é que, se nas relações humanas comuns a contenção dos impulsos primitivos do ser humano se faz necessária para o mínimo de harmonia, quando tratamos do mundo do trabalho sem essa contenção, os interesses opostos ficam mais nítidos e a ‘melhor verdade’ passa a ser sempre a propagada pelo mais forte.

Como afirma Santos⁴ “desde a década de 1980 – à medida que o neoliberalismo se foi impondo

como a versão dominante do capitalismo e este se foi sujeitando mais e mais à lógica do setor financeiro –, o mundo tem vivido em permanente estado de crise”. Se nos últimos 40 anos tudo se transformou, é claro que isso também iria ocorrer nas relações de trabalho. Se antes tínhamos com nitidez as figuras dos empregados e empregadores bem delineadas, hoje a ideia que se vende é a da parceria, do empreendedorismo e a da liberdade de escolha.

Agora o trabalhador é parceiro do detentor do capital. Não existe nas mídias e nos anúncios de vagas de trabalho àquela ideia antiquada da subordinação. Ora, isso é passado. Assume a figura do trabalhador uma nova nomenclatura, a de colaborador, sem que isso tenha modificado o antigo e constante papel de submissão ao empregador.

O trabalhador pós-moderno assume o risco de sua atividade. Paga a sua moto em 60 parcelas, custeia a gasolina, não tem férias ou 13º salário, trabalha para uma organização que muito provavelmente usa um algoritmo para fiscalizar seu trabalho, e ele sequer sabe para quem deve reclamar se suas horas não forem devidamente contabilizadas. Entretanto, na verdade, embora ele se mate de trabalhar para tentar ter uma vida digna, ele pelo sistema da ‘melhor verdade’, trabalha o quanto quer e como quer, já que é seu próprio patrão.

O homem já não é mais a medida de todas as coisas, como pensava Sócrates. As coisas, hoje, parecem ser a medida do homem.

Nessa toada, rumo ao liberalismo, o trabalhador pós-moderno encontra um empoderamento midiático que não se enraíza na sua rotina. Como suposto

2. Apelido dado por Tom Jobim a Vinícius de Moraes.

3. MORAES, V. *Antologia Poética*. Rio de Janeiro: Vinícius de Moraes, 1960. Disponível em: https://digital.bbm.usp.br/bitstream/bbm/7026/1/45000008712_Output.o.pdf. Acesso em: 14 jan. 2021.

4. SANTOS, B. S. A. *Cruel Pedagogia do Virus*. Coimbra: Edições Almedina, 2020. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=3042154>. Acesso em: 22 jan. 2021.

chefe do seu próprio trabalho, não tem autonomia deliberativa alguma. Encontra-se sozinho.

Já não existem sindicatos, foram ou estão sendo dissolvidos pela ideia do que seja categoria. Não existem colegas de trabalho, mas concorrentes dispostos a ultrapassar as metas absurdas que andam tão em voga. A obrigatoriedade de superação de metas tem levando os trabalhadores à exaustão física e psíquica, por mais das vezes. Não existe muitas vezes sequer o local do trabalho, que passa a ser desempenhado nos shoppings, lanchonetes, ruas e agora, mediante festejos e com muita propaganda, dentro das casas, por força da pandemia.

Não podemos nos enganar sustentando que a pandemia criou esta situação tão desigual. Claro que não. O mundo já tomava esse rumo. A diferença é que estávamos indo para o abismo caminhando a passos largos, agora “*vamos de Porsche a toda velocidade*”, como disse, em 2020, a professora Lúcia Helena Galvão.

O mundo mudou, mas o homem, para garantir sua sobrevivência, precisa se apegar no que restou da tríade – solidariedade. Pode parecer piegas, mas, a essa altura, só o amor, pode nos salvar.

Estamos em situação análoga àquela em que vivemos na idade média. Ali, tínhamos a vassalagem, situação na qual ao suserano interessava apenas e tão somente o recolhimento dos tributos, e ao clero,

o pagamento dos dízimos. Condições de trabalho e Saúde dos Trabalhadores não estavam na agenda daqueles dias. Constata-se que essa realidade não mudou, apenas se apresenta com outras vestimentas.

Contudo, aos vassalados, era garantida alguma justiça, que poderia ser promovida tanto pelos senhores feudais ou mesmo pelo pároco local. Já a segurança dos servos derivava do pertencimento destes ao feudo. Claro que estes se aproveitavam, como é da nossa natureza – não conter nossos impulsos, e várias crueldades foram cometidas, como o direito da pernada (direito da primeira noite), penas de morte aplicadas e mesmo de trabalhos forçados.

No entanto, as tecnologias foram se desenvolvendo e, com a ida dos artesãos aos burgos, estes compreenderam que a união se faz necessária para a sobrevivência. Firmaram então as confrarias, situação na qual os artesãos se fixavam todos na mesma rua, onde um podia olhar pelo outro. Com essa ideia de fraternidade, os artesãos sobreviveram, trocavam entre si ferramentas, garantiam um preço mínimo de seus produtos, ajudando-se e protegendo-se mutuamente. Surgiu ali, talvez, a primeira previdência social privada.

Um brinde às confrarias! Porque elas nos dão esperanças. Não na tentativa de tentar impedir o inevitável, mas acreditando que o amor restabeleça o sentimento de justiça e segurança.

JUSTIÇA DO TRABALHO: PARA QUÊ?

Gustavo Tadeu Alkmim

Na entrevista para uma vaga na transportadora, diz o britânico Ricky: “*quero trabalhar sozinho, sem chefe, dono do meu destino*”. O preposto retruca: “*Aqui, você não trabalha para a gente; trabalha com a gente*”. Ricky irá se endividar para pagar a van, seu instrumento de trabalho. O seu expediente será de 14 horas por dia, 6 vezes por semana. O inevitável cansaço e o afastamento familiar gerarão crises pessoais, frustração e a sensação de injustiça. Após ser assaltado, aguardar horas no hospital público, com recomendação médica de repouso, a transportadora, indiferente ao drama de Ricky, não aceitará a justificativa, descontará os dias, e ele ainda vai ficar devendo à empresa.

Ernesto é um trabalhador argentino. Tem 63 anos. Entrega pizza usando sua *bike*. Atropelado por

um carro, imobilizado e machucado, manda um ‘zap’ para a empresa. A resposta é seca: “*como está o pedido, ainda em condições de ser entregue?*”. Mesmo Ernesto avisando que não podia se mover, a empresa exige: “*é parte do procedimento, você precisa mandar uma foto para cancelarmos o pedido*”.

As duas histórias poderiam acabar aí. Retratam o nosso tempo: a ganância, o deboche, o ser humano valendo menos que mercadoria. Quadro constrangedor, mas que se tornou banal. Repete-se desde o nascedouro do capitalismo – sistema que traz, no seu âmago, a sanha pelo lucro e a marca da desigualdade. Houve um tempo, no século passado, em que limites foram ultrapassados – e o trabalhador reagiu: reclamou, organizou-se, posicionou-se, quebrou máquinas e empresas, derrubou governos, revolucionou, recuou

e avançou, fez greves, conciliou. Identificou os seus companheiros e camaradas. Unidos, sofrendo na carne a exploração, identificaram seus exploradores. Viram-se numa luta de classes. O sistema cedeu: legislou. Com isso, abrandou a luta. Contudo, o tempo traz consigo a dinâmica dos fatos, mudando muita coisa de lugar; e o sistema tem uma inesgotável capacidade de se metamorfosear. Passou, então, a apropriar-se de símbolos de outrora. A ansiada liberdade de ‘ser’ e ‘estar’ transformou-se na liberdade do indivíduo ser ‘dono do seu próprio destino’, único responsável por seu sucesso – e pelo seu fracasso. A luta mudou de lugar: passou a ser do sujeito com ele mesmo. Na vida. No trabalho.

Chegamos à segunda parte das histórias. Mesmo com a autoestima em frangalhos, alquebrado e convalescente, Ricky sai porta afora, desobedecendo às ordens médicas e aos apelos da mulher e filhos, e parte com a sua van para mais um dia de trabalho. Quanto a Ernesto, diante da repercussão do episódio, deu declarações defendendo a empresa: “*a dúvida é pertinente; muitos entregadores mentem*”. Ambos reproduzem uma narrativa de que é deles a responsabilidade pelo ‘risco do negócio’. Supõem-se parceiros da empresa. Nesta condição, buscam alcançar metas inalcançáveis. Isolados não conseguem nomear o conflito, não identificam o explorador – e entoam o mantra: são empreendedores, colaboradores, não trabalham ‘para’, trabalham ‘com’; não são subordinados, são parasubordinados.

Aos dois personagens, tantos outros poderiam se unir. De motoristas por aplicativo a teletrabalhadores. Possuem traço comum: perderam o direito à desconexão. Suas vidas estão à disposição do trabalho. Vivem uma realidade que remete aos primórdios da Revolução Industrial, mas que é atual.

Há quem diga que estamos diante de ‘novas’ relações de trabalho. No entanto, ao tirarmos o invólucro da novidade, vimos mais do mesmo: a velha exploração do homem pelo homem. Trazem em si o elemento ‘subordinação’ – ainda que com outra roupagem. Ainda que metamorfoseado. Não é preciso forçar a vista para verificar a presença dos velhos pratos da balança ‘capital x trabalho’ grotescamente desequilibrados. Que se dê ao imbróglío, então, a antiga saída estatal: a lei protetiva. E na nossa terra Pindorama, esta lei já existe, não precisa ser inventada: a Consolidação das Leis Trabalhista (CLT). Por mais que a tenham castigado, ela continua movida pelo princípio tutelar ao trabalhador, no que se inclui todo e qualquer trabalho subordinado. Igualmente, o instrumento para fazer valer a lei também, há muito, existe: a Justiça do Trabalho.

A par da obviedade da saída, porém, há quem não a veja. Ecoa-se, não de hoje, a reprodução de um discurso: i) que relega o trabalho formal a coisa menor, ultrapassada, incompatível com os tempos atuais, e que ii) garante ao trabalhador que ele é partícipe do sucesso empresarial. O discurso ganha ressonância por vários meios e modos (você é livre! é capaz! pode ser um vencedor!), e afasta, cada vez mais, o trabalhador da CLT. Vimos isso no bojo da malfadada Reforma Trabalhista, assim como na legislação esparsa, que, não raro, tem retirado de certas categorias o manto celetista. Grijalbo Coutinho¹ cita alguns exemplos contemplados com a pretensa imunidade trabalhista: transportadores de cargas na sua relação com os motoristas (Lei nº 11.442/2007); proprietários dos salões de beleza e similares em relação de trabalho mantida com cabeleireiros, manicures e outros profissionais do mesmo ramo (Lei nº 13.352/2016); tomadores de serviços domésticos e os trabalhadores denominados diaristas que laboram até duas vezes por semana na mesma residência (Lei Complementar nº 150/2015). Acresçam-se hipóteses mais antigas: as cooperativas de trabalho (Lei nº 8.949/94), as imobiliárias e incorporadoras e seus corretores (Lei nº 6.530/78), além dos representantes comerciais (Lei nº 4.886/65). Isso sem falar na ‘pejotização’.

Há, ainda, o Projeto de Lei (PL) nº 3.748/2020, criando figura híbrida para os trabalhadores de aplicativo, que o Rodrigo Carelli chama de “*pegadinha*”: “o tempo em que a pessoa está ligada no aplicativo, aguardando, não é considerado. O PL, na verdade, mantém o sistema, apesar de conceder parques direitos”².

São tendências que reforçam o discurso de que o trabalhador não é empregado; é parceiro. A quarentena da Covid-19 alargou este quadro. Além dos entregadores *delivery*, tidos como ‘essenciais’, trouxe à cena o ‘teletrabalho’ – um labor que, feito em casa de forma virtual, ocupa o dia todo, avança madrugadas e finais de semana, divide-se entre afazeres familiares e domésticos. O *home office* é, sem dúvida, um dos grandes efeitos da pandemia. Envolve trabalhadores que, arcando com os custos materiais e emocionais, são supostos donos de seus horários – só que nunca se desconectam. Tidos como meros prestadores de serviços, são, na expressão de Ricardo Antunes³, “escravos digitais”, filão descoberto pelos “laboratórios do capital”, que pode ser assim resumido: exploração e espoliação acentuadas e nenhum direito do trabalho.

Se a desmedida empresarial continuar ditando o tom, teremos mais informalização com informatização, ‘justificada’ pela necessidade de recuperação da economia pós-Covid-19. E sabemos que a existência de uma monu-

1. COUTINHO G. F. O que vai restar? *Jornal GGN*, 2020. Disponível em: <https://jornalggg.com.br/artigos/o-que-vai-restar-por-grijalbo-fernandes-coutinho/>. Acesso em: 17 maio 2020.

2. BARROS, C. J. Nem CLT, nem autônomo: o projeto de lei que quer ‘regrear’ a relação de aplicativos com trabalhadores. *BBC News Brasil*, 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-53411585>. Acesso em: 13 jun. 2020.

3. ANTUNES, R. Como se trama a uberização total. *Diário do Centro do Mundo*, 2020. Disponível em: <https://www.diariodocentrodomundo.com.br/como-se-trama-a-uberizacao-total-por-ricardo-antunes/>. Acesso em: 13 jul. 2020.

mental força sobrança de trabalho favorece sobremaneira essa tendência destrutiva do capital pós-pandêmico, [frisa Antunes]³.

O trabalho no mundo digital exige produtividade, metas, números; e conduz à invisibilidade e ao isolamento. A ação e a atuação coletiva não fazem parte do seu universo de possibilidades. O trabalhador não vê o outro, seu colega; vive para si, por si e para o trabalho. Sem as garantias protetivas do direito do trabalho. Sem garantia alguma. Culpa-se pelo fracasso. São primos-irmãos dos motoristas e entregadores de plataforma digital.

A Justiça do Trabalho precisa responder a estes trabalhadores – dizer-lhes da subordinação; esclarecer-lhes que, se há lucro, há patrão, ainda que em forma de algoritmo; lembrar-lhes que têm, sim, direitos. Miremos nos exemplos dos nossos personagens. Ricky é fruto da ficção (filme ‘Você não estava aqui’, do Ken Loach)⁴, e Ernesto é filho da realidade – ambos são simbólicos. Na entrevista para conseguir a vaga, Ricky debocha da condição de empregado formal (“*nem pensar*”, diz ele); Ernesto preocupa-se mais com a saúde da empresa do que com a sua própria. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁵, em março de 2020, eram 36,8 milhões de rickys e ernestos brasileiros (informais e sem direitos do trabalho).

O desemprego alcança números inconcebíveis (quase 13 milhões), realçando com cores fortes a desigualdade social – tão aceita e tão tolerada no nosso país. O discurso neoliberal está aí, no dia a dia, pronto, acabado e difundido. O contraponto se faz necessário. Sim, a exploração exacerbada pode

provocar reação, como já aconteceu no passado. Além disso, novas formas de aglutinação podem surgir na busca por reivindicações coletivas (v. breque dos entregadores). Todavia, a pauta neoliberal avança incontente. O que resta, então, à Justiça do Trabalho? Resta cumprir o seu ideal: dizer o Direito do Trabalho na sua essência, ressaltando o seu princípio mais caro, o protecionista. A prática judicial que afirma que no trabalho subordinado não há parceria, há emprego, pode embaçar o discurso neoliberal – e a afirmação desta prática é exclusiva do juiz do trabalho. Cabe a ele dizer que o rei está nu.

Nos passos do pai, Klaus Mann escreveu um grande livro, ‘Mefisto’⁶, em que narra a história de Hendrik, um ator obcecado pela fama. Para tanto, renuncia aos seus valores e princípios, e tolera o nazismo ascendente na Alemanha hitlerista, indiferente às perseguições a seus colegas de palco. Ali, ‘tolerância’ e ‘indiferença’ traduziam um pacto com o diabo. No final, pressionado, censurado e intimidado (mesmo tolhida, a arte é resistência), Hendrik⁶ pronuncia a frase derradeira: “*O que querem de mim? Por que me perseguem? Por que são tão duros? Afinal, sou apenas um ator!*”.

O juiz do trabalho contemporâneo não tem o direito de ficar ‘indiferente’ à pretensa destruição do Direito do Trabalho; não pode ‘tolerar’ o retrocesso como se nada tivesse a ver com isso. Não tem este direito. Precisa, sim, cumprir o ideal da Justiça do Trabalho. Ou terminará como Hendrik: por que me perseguem e querem acabar comigo? Sou apenas um juiz do trabalho!

4. VOCÊ NÃO ESTAVA AQUI. Direção: Ken Loach. Reino Unido, Bélgica, França: BBC Films, 2020. Plataforma Streaming, 1h 40min.

5. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 02 dez. 2020.

6. MANN, K. *Mefisto*. São Paulo: Estação Liberdade, 2000.

DIAGNOSTICAR É PRECISO: NOTAS SOBRE SAÚDE E AGROTÓXICOS NA LAVOURA DO FUMO

José Roberto Pereira Novaes

O Paraná é o terceiro estado que mais utiliza agrotóxico no Brasil. Amostras de água – superficial e profunda – constataam a presença de agrotóxicos proibidos em vários países do mundo. Se a população está exposta, o trabalhador do fumo está muito mais.

É preciso ampliar o debate sobre o agrotóxico na lavoura de fumo e suas consequências no adoecimento dos trabalhadores, particularmente na região do Paraná, com 4 dos 15 maiores municípios produtores do Brasil: São João do Triunfo, Prudentópolis, Palmeira e Rio Azul.

As entrevistas aqui utilizadas foram realizadas por uma equipe de filmagem que, entre 2018 e 2019, captava imagens na região para um documentário – ‘O Diagnóstico’. Dividido em três seções (A contaminação; A intoxicação; O diagnóstico), a partir de trabalhadores, médicos e advogados, demonstram-se a exposição a diferentes tipos de agrotóxicos e o nexo causal do adoecimento dos trabalhadores e da população, para ser utilizado em ações educativas sobre os problemas da intoxicação crônica na região.

A contaminação

A gravidade da situação se apresentou logo na chegada da equipe de filmagem na região. Um trabalhador limpava o mato da calçada e da rua da cidade com herbicida – glifosato (Roundup) – veneno proibido em vários países do mundo e liberado no Brasil. O cheiro do veneno contaminava o ar, mas não provocava incômodo entre transeuntes e moradores. O que pensávamos ser um fato isolado, era corriqueiro em outros municípios em que realizamos filmagens.

Esborrifar veneno para manter a cidade limpa era sinal de modernidade, de progresso. O veneno gradativamente substituíra a enxada. As desvantagens dessa troca não eram (nem são) percebidas nas cidades, mesmo diante de adocimentos estranhos.

Na área rural, cenas se repetiram na lavoura do fumo. Imagens e narrativas sobre a produção do fumo, volume e diferentes tipos de agrotóxicos utilizados confirmam que ali o veneno substituiu as capinas, reduziu o tempo de trabalho e passou a ser utilizado na limpeza do mato do quintal e do jardim da moradia. Para cuidar da ‘saúde da planta’, aciona-se um arsenal de herbicidas, fungicidas, bactericidas, inseticidas e outros, em grande quantidade. Os nomes passam a fazer parte da linguagem cotidiana dos produtores: Confidor, Rovral, Infinito, Gamite, Roundup, Prime-Plus, Supla etc.

Os produtores expostos à contaminação reclamavam da qualidade dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) – inadequação e retenção de calor. No filme, Lídia do Prado afirma: “depois de uma pulverização a gente dizia para o instrutor que o veneno passava, os pés ficavam encharcados, com forte cheiro de agrotóxico. O instrutor dizia que era suor. A gente continuava, não podia parar”¹.

Máscaras impróprias contra poeira são, muitas vezes, utilizadas. A ausência de proteção é assinalada por pequeno produtor de fumo:

É muito veneno usado na lavoura. Não tem dúvida que a maioria está contaminada por veneno. Se você for fazer um exame, nós que lidamos com o veneno temos um alto grau de contaminação, porque lidamos direto com o veneno. A maioria tem muita dor de cabeça, tontura, vômito, doenças mais graves, câncer, que está matando mesmo. Agora, nesses dias morreu o meu primo e várias pessoas aqui no município morreram de câncer¹.

A contaminação se espalha e atinge pessoas, solo, ar e a água que abastece as cidades. Pesquisas realizadas pela ONG Os Guardiões da Natureza, em Prudentópolis, indicam contaminação da água por agrotóxicos, além dos padrões legais nacionais, já muito aquém dos de outros países. As consequências se manifestam na saúde pública. Vânia dos Santos, advogada, esclarece:



[...] misture tudo isso num copo d’água e tome uma vez, é uma coisa, agora tome banho, cozinhe, beba essa água durante anos a fio. O que vai acontecer? Índice alto de câncer é o que nós temos aqui. ... vai ter um alto índice de suicídio ... índice alto de tarja preta, um monte de gente tomando remédio para depressão. Hoje as pessoas estão um pouco assustadas com essa realidade. Isso se deve ao trabalho que foi feito pelas ONGs, promotorias de meio ambiente, do trabalho, que juntos estão vendo a gravidade desse problema então dando visibilidade a ele¹.

Na produção de fumo, a situação se agrava pelo volume aplicado, número de aplicações, falta de treinamento, falta de informações, vulnerabilidade das famílias no campo. Margaret Carvalho assinala: “[...] uma bomba relógio que já explodiu. A gente só está tornando isso visível, mas isso já está acontecendo no campo e o fato de já estar respingando aqui nas cidades já mostra isso”¹.

A intoxicação

Pesquisa realizada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (Nesc/UFPR)², em Rio Azul, revela alto índice de contaminação por agrotóxico nos trabalhadores do fumo, que procuram hospitais da região com vômitos, diarreia, dores de cabeça e abdominais evidenciando a ‘intoxicação aguda por agrotóxico’. É fácil o diagnóstico: os sinais e sintomas já são evidentes para os agentes de saúde. Episódios similares se repetem durante e após a aplicação de agrotóxicos na lavoura. As crises brandas, dispensado o hospital, resolvem-se com medicação e repouso, pois viraram rotina, deixaram de gerar indignação e foram naturalizadas como parte do modo de vida da população da região.

A dificuldade de diagnóstico aparece quando a intoxicação é consequência de exposição maciça por longo período de exposição (10, 15, 20 anos)

1. O DIAGNÓSTICO. Direção: UFRJ Direção: Beto Novaes. Rio de Janeiro: UFRJ, 2020. Youtube, 45min.

2. MURAKAMI, Y., et al. Intoxicação crônica por agrotóxicos em fumicultores. *Saúde debate*. 2017, v. 41, n. 113, p. 563-576.

aos diferentes agrotóxicos. Quantidade e continuidade dificultam a compreensão do médico. O levantamento de hipóteses sobre as causas dos sintomas exige acesso a informações e capacitação médica, raramente disponíveis na rede de saúde. A pesquisa realizada pela UFPR levantou hipóteses e comprovou que essas doenças podem ser em decorrência da exposição ao agrotóxico, mesmo que em doses pequenas, ao longo do tempo. Assim, a 'intoxicação crônica' por agrotóxico tornou-se o gatilho, um 'nexo causal', de adoecimentos.

Na lavoura do fumo, a exposição ao herbicida organofosforado é comprovada cientificamente como responsável por problemas neurológicos, paralisias, perdas de força muscular, dor de cabeça, depressão e outros. Há pouco tempo, essa relação não era percebida, identificada e notificada. Logo, não existiam estatísticas oficiais na região fumageira do Paraná. Guilherme Albuquerque, médico, professor da UFPR, observa:

A omissão e o ocultamento desse problema é gravíssimo [sic]. Pessoas adoecem, morrem, se suicidam, por causa da intoxicação crônica. Ficam surdas, ficam com câncer, ficam tetraplégicas, por causa dessa intoxicação. Isso não era sequer identificado, muito menos tratado, controlado, prevenido¹.

Elver Moronte, médico do trabalho, afirma que os dados do Paraná mostram muitas pessoas expostas e poucas com o reconhecimento da intoxicação crônica¹.

Pesquisas indicam que, para cada trabalhador intoxicado, existem 50 não diagnosticados. Segundo Vania dos Santos, um médico, em reunião com trabalhadores do fumo, assim explicou os efeitos do agrotóxico no organismo:

O agrotóxico atua como se os nervos fossem fio de luz. Então, o que acontece? Os dois fios de luz se encontram e não vai acontecer nada porque eles estão encapados. O agrotóxico vai desencapando esses nervos ... quando ... se desencapam ... dão choque. E nesse choque ... provocam amortecimento nas pernas. Isso também vai passando imperceptível. Aí quando chega no estágio mais ... avançado ... vai entrar no sistema nervoso ... em depressão e ele vai tentar o suicídio por ingestão de agrotóxico. Situação mais grave para quem trabalha no fumo porque além desse problema da contaminação tem todo o estresse causado pelo cumprimento do contrato assinado com a fumageira que coloca em risco a perda de sua propriedade se a venda do fumo não for suficiente para pagamento de suas dívidas¹.

O diagnóstico

A dificuldade diagnóstica de doenças decorrentes de longo tempo de exposição e de uso de diferentes tipos de agrotóxico pode ser observada nos caminhos percorridos por Lídia do Prado, protagonista do filme 'O Diagnóstico'. Moradora de Rio Azul, uma das ci-

dades de maior produção de fumo no Brasil, nasceu no campo e cresceu trabalhando na lavoura de fumo. Seus pais não tinham mão de obra suficiente. Os filhos iam pequenos para o trabalho. A empresa compradora do fumo contratava uma pessoa da família, mas toda a família tinha que trabalhar. O pai morreu quando Lídia tinha 9 anos. Deixou a escola e o sonho de ser professora para ajudar a mãe a criar os irmãos trabalhando na lavoura de fumo. Desde criança, lidou com agrotóxico. Não tinha ideia de que poderia fazer mal. Só sabia que matava quando ingerido, mas não sabia que a aplicação poderia prejudicar a saúde das pessoas. Desde criança, tinha sintomas de vômito, diarreia e dor de cabeça. A situação era mais grave na época da colheita devido ao contato com a folha impregnada de agrotóxico e de nicotina. Algumas vezes, a mãe a levava ao posto de saúde municipal. Na adolescência, o quadro evoluiu para depressão:

[...] eu queria só morrer, não queria viver um dia mais. Eu não tinha vontade nenhuma, nem de tomar banho, nem de comer, nem de viver, de nada. Todo remédio que tomava dava reação, não funcionava. Foi um período difícil, de muita culpa, por não poder ajudar minha mãe na lavoura. Uma psicóloga foi essencial para minha recuperação. Eu me revoltava quando eu não podia, eu tentava e não conseguia, eu revoltava, eu tinha que reagir e não conseguia. Depois de muita ajuda da psicóloga saí da depressão, voltei a trabalhar¹.

A sua vida financeira melhorou com o casamento e com a chegada de duas filhas. Compraram estufas elétricas para secagem do fumo. Entretanto, teve um ano em que o marido, na roça, teve uma convulsão durante a aplicação do veneno. Foi internado e quase morreu. O médico o proibiu de voltar a trabalhar e de ter contato com agrotóxico. Ficou dois meses em tratamento. Nessa época, Lídia assumiu o trabalho, e sua situação de saúde voltou a piorar:

Passei o Confidor Supra, a semana toda. Passei o veneno para os bichos e comecei a passar o Boral. Eu demorava muito porque ele não podia tocar no fumo, tocou no fumo, ele queimava a folha. Daí meu marido falava, não pode estragar a produção. Eu ia de um lado da carreira e voltava do outro, maior paciência. Eu pulverizei para o bicho e quando fui fazer a última maquinada de Boral eu passei mal. Daí eu comecei a ter dor na barriga. Eu consegui sair de lá com o EPI e fui para casa. Tomei banho e comecei a ficar roxa. Tinha muita dor de barriga e dor de cabeça. Quando cheguei no postinho de atendimento minha pressão estava 22/14. Eu desmaiei. Me transferiram para o hospital, fiquei internada, voltei para casa com o diagnóstico do médico dizendo ser estresse¹.

Mesmo depois dessa crise, voltou a trabalhar. O quadro clínico se agravou com o aparecimento de fraqueza muscular e carões no pescoço. Os médicos

suspeitaram de câncer. Encaminhada para exames no Hospital das Clínicas em Curitiba, apesar dos resultados negativos, os médicos disseram que seu estado de saúde era preocupante. Depois, apareceram formigamento nos braços, nas mãos e dores que corriam pelos nervos. As dores eram insuportáveis. Tomou morfina, e várias vezes seu marido pegou-a tentando se matar. Foi encaminhada novamente para o hospital em Curitiba, agora para a neurologia. O quadro se complicou mais com o aparecimento de tremores nas mãos e fraqueza nas pernas. Exames de rotina se repetiram. Os médicos relacionaram a doença com o trabalho – exposição aos agrotóxicos. Encaminharam-na para o setor de toxicologia – Centro de Controle de Envenenamento – em busca de um diagnóstico. Nesse centro, foi atendida, em 2009, por Yumie Murakami:

Ela também trouxe várias notas fiscais de compra de agrotóxicos. Continham ali mais de vinte produtos diferentes, com vários ingredientes ativos, produtos utilizados no cultivo do tabaco. A exposição dela era de muito tempo e a muitos produtos. Ela estava muito aflita, porque tinha passado por muitos serviços de saúde e ninguém tinha conseguido chegar num diagnóstico. Então, a partir do relato dela, desses documentos que ela trouxe, eu fiz um estudo sobre a toxicidade desses produtos que estavam nas notas fiscais. E aí ela foi encaminhada para o Centro Estadual de Saúde do Trabalhador¹.

A suspeita de intoxicação crônica por agrotóxico se fortaleceu, mas persistiam dificuldades em comprovar onexo. Diante desse fato, os médicos convocaram uma junta médica com a Dra. Heloísa Pacheco Ferreira, da UFRJ, referência nacional em toxicologia, que emitiu um laudo. Ei-lo.

A senhora LMP, 33 anos, residente em Rio Azul, Paraná, com histórico de exposição ocupacional e ambiental aos agrotóxicos, organofosforado, herbicidas e outros, nas plantações de fumo há mais de 20 anos. A mesma vem sendo acompanhada pela equipe médica do centro estadual de saúde do trabalhador, CEST Paraná, a qual solicitou essa reavaliação. Destaca-se, entre suas atividades laborais, realizadas no cultivo de fumo, o uso de pulverizador costal e manual e bomba de dispersão. O que ocasiona uma exposição direta e intensa aos agrotóxicos. Tendo já apresentado sintomas e sinais de síndrome colinéstica aguda, quando foi atendida de emergência. Evoluindo com tonteira e dificuldades para andar e fraqueza nos membros inferiores, apresenta perda da força muscular em membro inferior, impossibilitando-a de deambular, estando restrita a cadeiras de rodas. Apresenta ainda tremores e fasciculação em membros superiores e membros inferiores. A evolução clínica e neurológica da paciente afastada de outras hipóteses diagnósticas, evidencia uma intoxicação crônica decorrente de exposição ambiental e ocupacional aos agrotóxicos, de reconhecido potencial neurotóxico. Quadro este que a impossibilita de realizar suas atividades laborais e do cotidiano. Portanto recomenda-se o afastamento das atividades laborais, por auxílio acidentário, recomenda-se também que a paciente continue em acompanhamento periódico das suas condições de saúde, com fins terapêuticos e preventivos, objetivando a melhoria da sua qualidade de vida.

Curitiba, 14/09/2010.

Seu laudo é um marco para o prosseguimento das lutas pelo direito à Saúde dos Trabalhadores do fumo. No cenário descrito, evidenciam-se a ausência das autoridades na fiscalização das condições de trabalho no fumo e a ganância das empresas pelo lucro, baseado num pacote tecnológico que estimula o uso de agrotóxicos que, silenciosamente, destrói corpos e mentes.

É importante notar o trabalho conjunto de pesquisadores, médicos, advogados e sindicalistas que, com os trabalhadores, demonstram ser possível identificar o agrotóxico como nexocausal – o detonador, o

gatilho – de um conjunto de doenças que se alastram pelos campos e pelas cidades do País.

Em uma cadeira de rodas, sempre tomando muitos remédios para aliviar a dor, Lídia participa hoje de audiências públicas e de outros espaços de debate dando seu depoimento pessoal e disseminando informações de pesquisas. Como ela afirma: *“Eu não gosto de expor minha vida. Só que o dia que eu decidi expor minha vida, eu fiz para que as pessoas entendessem que veneno faz mal, veneno mata, se não mata, fica desse jeito que estou vivendo hoje...”*.



TEMPOS HISTÓRICOS DO DIREITO NA HISTÓRIA POLÍTICA E SOCIAL

Fábio Luiz Mobarak Iglessia

A cidadania moderna buscou, por intermédio do direito, generalizar a todos. Comandos genéricos e abstratos afastaram-se das dimensões da realidade criando um cidadão formal igual em obrigações e direitos. O liberalismo pautou-se no descompasso entre o saber jurídico e a materialidade das relações sociais, adequando a realidade ao grande modelo que desse segurança jurídica às práticas contratuais nacionais e internacionais.

No *civil law*, a codificação seguiu essa ideia de sociedade imaginada e de processo de normalização pela lei, tudo alimentado por um projeto de progresso racional com sustentação na filosofia da história. Na França, o Código Civil de Napoleão investe no descolamento do direito da realidade no intuito de criar um tempo novo e rejeita os diversos sistemas jurídicos concorrentes firmados na tradição, reafirmando a autoridade do sistema político representativo em desfavor da autoridade dos juristas. Já o historicismo alemão pretende manter a tradição da construção jurídica de seus intelectuais, embora tal perspectiva não afaste a codificação e não traga a simples pretensão de salvaguardar a tradição plural e costumeira do direito germânico¹.

As intenções, porém, estão sujeitas a diversas possibilidades de futuro, e o direito vem das relações sociais e a elas retorna no constante fluxo histórico. Podemos identificar no direito, de acordo com a teoria dos tempos históricos, diversos estratos temporais, perspectivas, bem como projeções ao futuro. Como explica Cittadino, o indivíduo constitui e é constituído pelo coletivo por intermédio da política, mas a questão política necessita da força estabilizante do direito exercendo autoridade por intermédio de seu poder legitimador². Pensar na legitimação, como concebida por Max Weber, cremos, é refletir sobre essa constante dialética, interlocução entre ciência e filosofia política e direito no transcurso dos processos históricos. Segundo Koselleck, estamos diante de uma “[...] reflexão histórica, cujos resultados já não podem ser encontrados nas fontes”^{3(221,222)}. Destarte, caberá ao historiador identificar os estratos de história antiga contidos no presente originário das perguntas e, também, no período objeto de investigação, buscando

compreender na máxima complexidade os eventos, as singularidades, as repetibilidades, as estruturas, preparando a partir daí seu leitor para reconstruir criticamente um passado, uma verdade possível e racionalmente verificável.

Nesse ponto, a proposta é raciocinar sobre a medida temporal do direito, ponderando as categorias temporais de aceleração, retardação, abreviação e as possibilidades de prognósticos pensadas na história do direito a fim de aplicá-las na análise da história política e social. Como ensina Koselleck³⁽²⁶⁸⁾, a história sempre se perfaz no tempo, o qual está impregnado de passado e de futuro, aqui temos um grande espaço de experiências conhecidas e lembradas e as expectativas, planos, esperanças de futuro que vivenciamos em cada presente. O direito não é apenas um estrato de tempo, ele também tem vários estratos temporais e diversos olhares e modos de lidar com a noção de tempo e possibilidades de futuro.

O ato de produção do texto legislativo, o texto produzido e a função hermenêutica são inicialmente interdependentes – muito embora o processo histórico possa alterar essa relação –, ligando os representantes parlamentares e os detentores do saber jurídico. Ademais, o discurso jurídico é a base óbvia de sustentação das ações políticas, mesmo que tal discurso seja formulado na simples base da dogmática jurídica analítica e descontextualizada. Portanto, a criação de uma norma jurídica pelo órgão competente é o primeiro momento destinado a tornar o direito e a política, de maneira incindível, como possíveis sujeitos de uma ação com sentido acelerador da história³⁽¹⁵⁶⁾.

A aceleração temporal sustentada no direito fica clara na experiência brasileira de implantação e implementação dos direitos trabalhistas e sociais. No século XIX, os princípios do liberalismo chocavam-se com os novos princípios de proteção social, surgidos a partir de eventos alicerçados nas estruturas do desenvolvimento industrial, principalmente da Europa⁴⁽¹⁴⁾. O interesse de classe por melhores condições de vida e trabalho foi tornando-se um movimento global, já representado desde 1919 pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) que ganhou força depois da crise do capitalismo em 1929 e posteriormente à

1. HESPAÑA, M. A. *Cultura Jurídica Europeia*. Coimbra: Edições Almedina, 2011.

2. CITTADINO, G., et al. *Direito e política: um ensaio sobre o tempo e o espaço*. *Revista de Estudos Constitucionais, Hermenêutica e Teoria do Direito*, v. 8, n. 2, p. 164-173, 2016.

3. KOSELLECK, R. *Estratos do tempo: estudos sobre história*. Rio de Janeiro: ContraPonto: PUC-Rio, 2014.

4. GOMES, A. C. *Burguesia e Trabalho*. 2. ed. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2014.

Segunda Guerra Mundial com a nova estrutura jurídica internacional à qual foi acoplada.

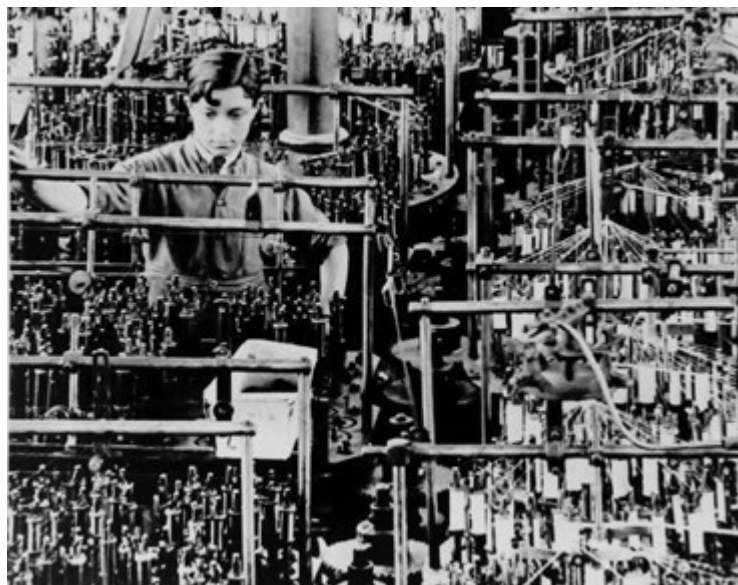
O movimento de 1930 busca inaugurar um novo tempo, vê o período anterior como a República Velha e traz um aparato legislativo destinado a provocar o progresso. Direitos sociais, desenvolvimentismo são fomentados pela lei. O direito volta-se para um tempo vindouro, no entanto, ele é o instrumento de vários segmentos sociais com diferentes projetos de futuro.

O Estado parecia ter sua proposta, ou seja, formar um Estado nacional forte em meio aos conflitos ideológicos e de interesses. A instituição de um regime projetado como autoritário foi posteriormente reformulado – em decorrência da mudança do rumo político em 1945 – para preparar alguns agentes políticos para a abertura democrática, mas igualmente foi mantido o discurso de integração harmoniosa de trabalhadores em uma suposta aliança policlassista⁵. A história nos abre dois projetos de dominação e prognósticos distintos construídos em presentes distintos. Para formulá-los, acessaram-se estratos temporais diversos, novas experiências históricas, porém a estrutura jurídica trabalhista permaneceu basicamente aquela implantada em decorrência do movimento de 1930 e consolidada em 1943; por outro lado, o discurso político permaneceu alicerçado na outorga, na dádiva voltada a edificar uma base social de sustentação de poder. Podemos ver mais de um estrato: primeiro acelerou-se a ‘modernização’ e a ‘cidadania social’, agora a sujeição a outra duração, a uma estrutura de prazo mais longo passível a modificações de projetos oriundas de ações sociais.

Angela de Castro Gomes conta ter sido a legislação trabalhista votada contra a vontade do empresariado brasileiro⁴. Todavia, ela também narra o poder que eles tinham para controlar o ritmo da implementação da mudança, inclusive obstante a edição dos atos normativos de regulamentação; isto é, o direito, antes um instrumento de aceleração, torna-se, por influência de outro sujeito histórico, um método de retardação da proposta política. O empresariado igualmente possui projeções de futuro e muito provavelmente reagiu não à mera implantação de direitos trabalhistas, mas somente quando havia a real necessidade de implementá-los, demonstrando a circulação de ideias e condutas da classe patronal vinculadas à ineficácia do sistema jurídico, exatamente porque a lei não equivale à efetiva transformação social.

Entretanto, para compreender os prognósticos da classe empresarial, é necessário acessar o espaço de experiência por eles utilizado, saindo da teoria do tempo e saturando o direito de realidade. Possivel-

mente, a classe empresarial pensou até em aceitar a eficácia jurídico-dogmática da legislação trabalhista e, assim, a norma manteria sua possibilidade jurídica de aplicação, exigibilidade ou executoriedade; porém, dar eficácia sociológica, empírica às normas trabalhistas era outra história. Talvez, em princípio, a questão fosse adotar normas simbólicas cujos efeitos relevantes destinavam-se apenas ao sistema político, e não propriamente ao jurídico⁶, o que atenderia até aos propósitos estatais.



Os textos jurídicos detentores de força normativa geral, em regra, são destinados à aplicação repetida. O aspecto temporal do direito trata de estruturas orientadas à duração de longo ou médio prazo, muito embora possa conter, em alguns casos, regras de vigência temporária e de eficácia para temporalidades específicas. Refletir sobre o direito, nessa vertente, é também pensar acerca da ineficácia anômica como estrutura, como prática inserta na duração prolongada na sociedade. Aqui se retoma a ideia da classe empresarial nas décadas de 1930 e 1940 de retardar a implantação das leis trabalhistas e, principalmente, sua efetividade, apostando talvez no ineficiente sistema de fiscalização e na falta de vontade política para implementá-la. A anomia fixa-se então como descumprimento planejado e repetido da lei e atravessa o tempo, como exposto nos dados divulgados em 2017 pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ): ‘Rescisão do Contrato de Trabalho e Verbas Rescisórias’ representou 11,51% do total de processos ingressados na Justiça em 2016, sendo novamente o assunto mais recorrente no Poder Judiciário brasileiro. No total, foram 5.847.967 de novos processos, enquanto, em 2015, o número ficou em 4.980.359 (11,75%).

5. FRENCH, J. A origem da intervenção estatal nas relações industriais brasileiras, 1930-1934: superando uma visão ultrapassada da história operária brasileira. *Rev. Tomo*. n. 3, p. 9-27, 2000.

6. NEVES, M. *A constituição simbólica*. 3. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

Trabalho infantil na indústria.

Fonte: <https://memoriasindical.com.br/formacao-e-debate/ricardo-westin-ha-100-anos-greve-geral-parou-sao-paulo/>

De acordo com Lélío Bentes, ministro do Tribunal Superior do Trabalho (TST), essa persistente situação, na medida em que revela o descumprimento dos direitos mais elementares decorrentes da relação de emprego, demonstra que o problema não está na legislação trabalhista. O problema está na falta de cumprimento da Constituição.

Segundo ele, isso reforça a importância do papel da Justiça do Trabalho como o último bastião que os trabalhadores têm para se socorrer. Quando o trabalhador perde seu emprego e não recebe as verbas rescisórias, fica comprometida a própria relação de sobrevivência, dele e de sua família⁷.

Em estratos do tempo, o autor afirma que a história do direito não consegue existir sem articular-se com a história do político e com a história social, econômica etc. É exatamente diluindo as fronteiras que surge a classe trabalhadora como sujeito histórico na reafirmação e conquista de direitos sociais na sociedade brasileira. Ele estava presente nos fortes movimentos de reivindicação de 1917 a 1920, e também irá se mobilizando cada vez mais, como empiricamente demonstrado em pesquisas historiográficas de fôlego, para se apropriar do sistema normativo a fim

de transformá-lo em realidade, usando, entre outros meios, o aparato institucional estatal, especialmente os Tribunais para fazê-lo⁸. As estratégias podem ser renovadas seguindo as novas experiências acumuladas no processo histórico e a reinterpretção daí decorrente do saber acumulado. Destarte, sempre na fina interdependência da história do direito, do político e do social, os eventos podem ser analisados para iluminar “a mudança estrutural que exclui a repetibilidade de algumas pretensões de poder, para colocar em vigor e fixar a nova regulação de procedimentos jurídicos independentes”³⁽³²⁸⁾.

O direito possui diversos planos: ele se volta ao passado quando é formulada uma decisão judicial, faz parte fundamental dos projetos políticos de futuro de diversos agentes sociais e cria condições nas quais as singularidades podem se realizar e, portanto, há estratos presentes atuando sincronicamente. Desse modo, ele ou a história do direito são apenas parte das condições que dão sustentação à ação humana, pois a análise dessa ação abre-se aos diversos ritmos dos diversos campos, isto é, estratos dentro de estratos destinados a iluminar a construção do conhecimento histórico.

7. SAKAMOTO, L. Direitos não pagos na demissão foi o tema mais demandado na Justiça em 2016. *Racismo Ambiental*. 2017 set. 5. Disponível em: <https://racismoambiental.net.br/2017/09/05/direitos-nao-pagos-na-demissao-foi-o-tema-mais-demandado-na-justica-em-2016-por-leonardo-sakamoto/>. Acesso em: 25 ago. 2020.

8. CORRÊA, L. R. *A tessitura dos direitos: patrões e empregados na Justiça do Trabalho*, 1953 – 1964. São Paulo: LTr, 2011.

A ‘MODERNIZAÇÃO’ DAS NORMAS REGULAMENTADORAS E O IMPACTO NA VIDA DOS TRABALHADORES E DA SOCIEDADE

Cristina Kaway Stamato

A reforma trabalhista iniciada com a promulgação da Lei nº 13.467/2017 iniciou um desmonte nas relações sociais de trabalho, legalizando condições de evidente prejuízo e precarização das relações de trabalho.

Nesta esteira do discurso neoliberal, com a aposta de um Estado mínimo, surge o discurso da necessidade de modernização e flexibilização das relações de trabalho, como único caminho a fomentar o crescimento econômico. As novas normas têm o claro intuito de assegurar segurança jurídica para os empresários, ainda que isso resulte em aumento dos índices de desigualdade social e aumento do número de acidentes de trabalho.

A reforma trabalhista iniciada em 2017 já autorizou a exposição de grávidas e lactantes a ambientes

insalubres; e, a partir de julho de 2019, o governo federal iniciou um cronograma de revisão das Normas Regulamentadoras (NR), com promessas de modernização, simplificação e desburocratização delas, visando ‘facilitar’ a vida do empresariado e gerar novos empregos.

No entanto, essa modernização não retrata um ambiente mais salubre e seguro para a classe trabalhadora, mas apenas uma estratégia do capital para poder aprofundar o acúmulo de riqueza das empresas em detrimento à vida do trabalhador. O discurso oficial sobre a modernização do trabalho se baseia no argumento de que as inovações tecnológicas contribuem para a redução dos riscos à Saúde dos Trabalhadores: “Não podemos conviver com regras anacrônicas, bizarras, que nos atrapalham, nos inibem”¹.

1. MIGALHAS. *Bolsonaro altera normas de segurança e saúde no trabalho*. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/quentes/307762/bolsonaro-altera-normas-de-o>. Acesso em: 14 jan 2021.



Foto: Antonio Cruz/Agência Brasil

Depois de muitos protestos da oposição, o plenário da Câmara dos Deputados aprovou em 26/04/2017, por 296 votos a favor e 177 votos contra, o Projeto de Lei (PL) 6.787/16, que trata da reforma trabalhista.

As tais regras bizarras mencionadas na fala do Secretário do Trabalho Rogério Marinho são as NR, criadas em 1977, relativas à segurança do trabalho. Essas normas vêm sofrendo constantes atualizações e modificações, por uma comissão tripartite formada por representantes dos trabalhadores, patrões e governo. Quer a sua criação, quer a sua atualização são frutos de demandas reais e estatísticas de doenças e acidentes de trabalho.

A partir de 2019, o processo de revisão das NR está sendo feito em tempo recorde, sem a análise de dados reais e amadurecimento das novas propostas apresentadas. Em nome da desburocratização e simplificação, diversas NR, aprimoradas e atualizadas ao longo de muitos anos, correm o risco de se tornar letra morta ou ter a eficácia comprometida em nome da modernização.

No entanto, essa 'modernização' dá origem a novos padrões de riscos e de adoecimento e é um contrassenso, eis que a precarização das condições de trabalho e a simplificação das NR podem gerar efetivo aumento de despesas do governo federal na concessão de auxílio-doença por acidente trabalho (B91), pela redução da capacidade laborativa (B94) e aposentadoria por invalidez (B92), sem contar que principal objetivo dessas normas é assegurar a proteção da vida e Saúde do Trabalhador e, por via indireta, a vida de todos nós. As recentes alterações da NR-20 também nos afetam, que também transitamos por instalações prediais e estamos submetidos a risco de vida.

Um exemplo do perigo da reforma – A NR-20

A armazenagem de inflamáveis em edificações é sempre um altíssimo risco para os trabalhadores, mas também para quem circula no prédio. O calor e a fumaça tóxica se alastram com velocidade. Em dezembro de 2019, foi editada a Portaria 1.360, aprovando a nova redação da NR-20 que dispõe sobre a prevenção e controle dos riscos no trabalho com agentes inflamáveis e combustíveis.

A versão inicial da NR-20² vigente até 5 de março de 2012, vedava a disposição de tanques inflamáveis aéreos no interior de edifícios, exceto sob a forma enterrada (20.2.7) e com capacidade máxima de 250 litros (20.2.13) por recipiente (o que equivale a pouco mais de um tambor, sem limitar a quantidade de tambores, mas com diversas restrições de segurança listadas na norma. A partir de 6 de março de 2012, a nova redação da NR-20³ permitiu o armazenamento no interior de edifícios até o limite de 3 mil litros em até três reservatórios, desde que atendidos todos os requisitos e critérios ali estabelecidos.

Com a nova alteração da NR-20⁴, destaque para o novo Anexo III (Tanques de Líquidos Inflamáveis no Interior de Edifícios), esse limite foi aumentado para 10 mil litros: (2.1.d – deve respeitar o máximo de até 5 mil litros por tanque e por recinto, bem como o limite de 10 mil litros por edifício.). O que essas alterações impactam na saúde e segurança do trabalhador e o que interessa em nossas vidas privadas? A utilização de redes de computadores sofisticadas (sistemas bancários, empresas de telefonia, empresas de

2. BRASIL. Ministro de Estado do Trabalho. Portaria nº 3214 de 08 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras – NR – do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. *Diário Oficial da União*. 9 Jun. 2020.

3. BRASIL. Ministro de Estado do Trabalho. Portaria nº 308 de 29 de fevereiro de 2012. Altera a Norma Regulamentadora nº 20 – Líquidos Combustíveis e Inflamáveis, aprovada pela Portaria MTb nº 3.214, de 8 de junho de 1978. *Diário Oficial da União*. 1 Mar. 2012.

4. BRASIL. Ministro de Estado do Trabalho. Portaria nº 1.360 de 09 de dezembro de 2019. Ret. – Aprova a nova redação da Norma Regulamentadora nº 20 – Segurança e Saúde no Trabalho com Inflamáveis e Combustíveis, altera o Anexo II da Norma Regulamentadora nº 28 – Fiscalização e Penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 10 Dez. 2019.

telemarketing, por exemplo) ou a imprescindibilidade da energia elétrica para funcionamento de aparelhos e equipamentos essenciais para manutenção da vida (hospitais e laboratórios, por exemplo) exigem a presença de um gerador para os casos de falta ou oscilação da rede elétrica.

Todos esses geradores são abastecidos com óleo diesel, mas a partir da Portaria nº 1.360 que modificou a NR-20, foi aumentado o limite de armazenamento para tanques inflamáveis no interior de edifícios (Anexo III) para absurdos 10 mil litros por edifício. Ou seja, no caso de uma instalação com mais de um prédio, cada um poderá alocar 10 mil litros de inflamável. Eis o artigo 2.1.d do referido Anexo III:

deve respeitar o máximo de até 5.000 (cinco mil) litros por tanque e por recinto, bem como o limite de 10.000 (dez mil) litros por edifício, sendo este limite aplicável a cada edifício, independente da existência de interligação entre edifício por meio de garagens, passarelas, túneis, entre outros⁴.

Em setembro de 2019, um curto-circuito no gerador do Hospital Badim no Rio de Janeiro causou um acidente de grandes proporções. Esse gerador era abastecido com óleo diesel e estava instalado no subsolo do prédio. O acidente incendiou parte das instalações, mas a fumaça tóxica se alastrou para todo o prédio de seis andares. Como consequência, dos 103 pacientes internados, 20 morreram em decorrência da intoxicação, sem contar inúmeros pacientes e trabalhadores do hospital que tiveram que ser atendidos para tratamento de queimaduras, intoxicação e pneumonia química. Para ter uma ideia da dimensão dos números, o Hospital Badim tinha quatro tanques de 250 litros de óleo diesel e não se sabe se todos estavam cheios, muito embora no sítio do grupo da Rede D'Or São Luiz haja um *link* específico chamado 'sustentabilidade', com a informação que, no ano de 2018, o grupo utilizou 62.682 litros de óleo diesel⁵. Ainda que todos os quatro tanques estivessem cheios, o Badim teria no subsolo mil litros de óleo diesel. A nova redação da NR-20 autoriza 10 mil litros de inflamáveis no interior da edificação! Então não é preciso ser um engenheiro de segurança para dimensionar as consequências desse acidente caso o Hospital Badim tivesse se adequadado à NR-20 atual e trocado os quatro tanques de 250 litros, por dois de 5 mil litros como está no novo anexo III. Poucos se salvariam.

A estocagem de óleo diesel no interior dos edifícios e a fumaça química tóxica

Os acidentes com fogo (calor e fumaça) podem produzir vítimas fatais, não por outro motivo,

o § 1º do art. 193 da CLT⁶ assegura o pagamento do adicional de periculosidade de 30% do salário do trabalhador exposto a situações perigosas. No caso desses acidentes, não é apenas o fogo em si que mata ou fere, mas principalmente a fumaça tóxica que é inalada e mata pela intoxicação química e queimaduras no trato respiratório. Lembremos do caso da Boate Kiss e do Centro Técnico do Flamengo.

Por outro lado, no cenário atual, temos centenas de prédios comerciais que utilizam geradores alimentados por óleo diesel, mas pouquíssimos que, de fato, observam os requisitos de segurança instituídos pela NR-20⁷. Sem contar que, nas edificações de hoje, temos prédios muito altos, que vão além da altura das escadas dos bombeiros, janelas que não abrem, mobiliário com muito material plástico e outros materiais que, se queimados, emitem monóxido de carbono e cianetos, altamente venenosos e letais.

Sim! Temos uma extensa relação de prédios comerciais, com número significativo de empregados e pessoas que circulam no prédio diariamente, que em seu interior guardam grandes volumes de óleo diesel, fora dos padrões de armazenamento, sendo que, em alguns casos, há geradores e armazenamento de combustível em vários andares do prédio, potencializando em cascata os riscos de explosão.

O roteiro é sempre o mesmo: vem a tragédia e a posterior constatação que não houve fiscalização sobre as condições de manutenção do estabelecimento.

Some-se a esse quadro uma fiscalização precária, mas, por óbvio, a questão não se resume apenas à fiscalização, até porque, em diversos casos, somente após a vistoria do Corpo de Bombeiros é feita a instalação dos geradores e dos tanques de diesel e, por esse motivo, não raras vezes temos processos nos quais o tanque de diesel não consta na planta registrada no Corpo de Bombeiros nem nas plantas da Prefeitura.

O que as perícias judiciais e os processos trabalhistas têm considerado a esse respeito?

Embora os diversos acidentes com incêndio de óleo diesel tenham demonstrado a extensão dos danos, parte dos peritos judiciais que atuam na Justiça do Trabalho tem adotado uma postura muito conservadora, no sentido de considerar uma área perigosa apenas se utilizando do conceito de proximidade da área de risco, utilizando-se apenas a NR-16⁸. Em

5. REDE DOR SÃO LUIZ. *Relatório de Sustentabilidade*. Rio de Janeiro: Rede Dor, 2018.

6. BRASIL. Decreto Lei nº 5.452 de 01 de Maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. *Diário Oficial da União*. 2 Maio 2020.

7. Tanques enterrados, exigência de Projeto e de Análise Preliminar de Perigos/Riscos elaborado por profissional habilitado, sistema de contenção de vazamentos, tanques devem ser abrigados em recinto interno, fechado por paredes resistente ao fogo por no mínimo duas horas e porta tipo corta-fogo, possuir aprovação pela autoridade competente, possuir sistemas automáticos de detecção e combate a incêndios, treinamento de empregados, além de outros.

8. NR-16 – Atividades e Operações Perigosas.

outras palavras, concedendo o adicional de periculosidade apenas ao trabalhador que trabalhe próximo ao tanque de diesel, sem considerar quem trabalha nos andares superiores.

Os peritos não consideram que os prédios verticais climatizados têm janelas fechadas e bloqueadas formando um bloco monolítico no qual a fumaça tóxica se espalha rapidamente. Nem sempre há sistema de ventilação adequada; e raríssimos casos com treinamento de fuga e rotas seguras para todos. Ademais, como os recentes acidentes fatais demonstraram, não é necessariamente o fogo que queima e mata, mas, sim, a fumaça tóxica inalada que causa o maior número de vítimas fatais ou causam sequelas irreversíveis.

Não por outro motivo que o Tribunal Superior do Trabalho editou a Orientação Jurisprudencial nº 385/SDI-I, assegurando o pagamento do adicional de periculosidade ao empregado que desenvolve suas atividades em edifício (construção vertical) com armazenamento de líquido inflamável no prédio, em quantidade acima do limite legal, seja em pavimento igual ou distinto daquele em que estão instalados tanques para armazenamento.

O Tribunal Superior do Trabalho, em centenas de julgados, já vinha decidindo que, na eventualidade de incêndio ou explosão, o risco é acentuado para todos os que trabalham em edificação vertical, pouco importando se o empregado trabalha próximo ou distante do tanque de armazenamento, pois, para os andares mais altos, haverá maior dificuldade de fuga ou ações de salvamento.

Recentemente, tivemos um caso no Rio de Janeiro, em que, após a realização de uma perícia técnica, foi constatado o irregular armazenamento de óleo diesel no subsolo de um centro administrativo de um banco. Os tanques do diesel sequer constavam nas plantas registradas no Corpo de Bombeiros. Em decorrência da atuação do sindicato, o referido banco efetuou a regularização do ambiente, e poucos meses após, um estabelecimento comercial, vizinho ao prédio, sofreu uma explosão de gás. Qual teria sido a consequência para as centenas de trabalhadores que ali trabalhavam caso essas mudanças não tivessem sido feitas?

O respeito à vida e a responsabilidade social corporativa

É imperioso que os empresários exerçam, de fato, a sua responsabilidade social, tão necessária para frear os ímpetos da racionalidade econômica com foco na maximização do lucro. A responsabilidade social corporativa é uma conduta que vai da ética nos negócios às ações desenvolvidas na comunidade, passando pelo tratamento dos funcionários e relações com acionistas, fornecedores e clientes.

A Reforma Trabalhista trouxe precarização das relações de trabalho, afastando a entidade sindicato da relação entre patrões e empregados; e, entre outras tantas nefastas alterações, criou a figura dos honorários de sucumbência na Justiça do Trabalho, dificultando o ajuizamento de ações trabalhistas com pedido do adicional de periculosidade.

O atual modelo econômico, sob o manto de 'modernizar as relações de trabalho' e assim gerar mais empregos e facilitar a vida do empresário, está precarizando as condições de saúde e segurança do trabalhador; e, no caso da NR-20, esse risco extrapola a relação capital-trabalho, colocando a vida de todos nós em risco.

Ficamos horrorizados e perplexos com cada acidente, mas depois esquecemos e voltamos para a nossa rotina, sem, às vezes, nos darmos conta de que podemos estar trabalhando em cima de uma bomba-relógio que pode explodir a qualquer momento. Você já se perguntou se no seu prédio comercial há um gerador movido a óleo diesel?

Será que, após o mundo estar sendo submetido à atual pandemia, ainda seremos os mesmos ou estaremos mais atentos àquilo que impacte diretamente a nossa saúde, nossa vida e sobrevivência?

Esperamos que o bom senso norteie nossas ações. Não é pedir muito. Ao contrário das palavras de Rogério Marinho, as normas de proteção de Saúde do Trabalhador não são um atraso para o País e nem são bizarras. Bizarro é ter que conviver com repetidas tragédias, em violação da integridade física e mental dos trabalhadores, que atingem toda a sociedade. E a NR-20 é apenas um (mau) exemplo!

ONDE NÃO HAVIA NORMA PARA SER DESCONSTRUÍDA: A SAÚDE DOS PROFESSORES E OUTROS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Carlos dos Santos Silva

Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou pandemia pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), como alerta para que todos os países assumissem ações para deter a disseminação da doença, cuidar adequadamente dos pacientes e adotar ações emergenciais para captar casos suspeitos, contatos, testar e tratar a todos para recuperação da saúde.

Há seis meses (fevereiro de 2020), o Brasil registrou seu primeiro caso de Covid-19. Entretanto, a reação do governo brasileiro foi de descrédito na gravidade da situação desconsiderando a importância de formular e liderar um plano estratégico de enfrentamento da pandemia no País.

Ao contrário da maioria dos países, a gestão federal foi pródiga em criar conflitos com outros níveis da gestão: estados, municípios e Distrito Federal, levando-os ao isolamento e descompasso no combate e controle da doença em seus territórios.

A falta de governança compartilhada contribuiu para informações e medidas desencontradas de prevenção, suporte e tratamento, favorecendo que a doença se alastrasse por todo território nacional, tendo hoje mais de 4 milhões de casos confirmados com a perda da vida de mais de 125 mil pessoas.

A desvalorização da saúde como direito constitucional (Constituição Cidadã de 1988) e a omissão do dever de Estado de prover a saúde de brasileiros e brasileiras acirram, hoje no País, uma crise sanitária sem precedentes, colocando em risco social e econômico a população mais vulnerabilizada, submetida a condições desfavoráveis de vida. A distribuição geográfica dos casos de Covid-19 dá clara visibilidade às desigualdades e injustiças no Brasil.

A concepção neoliberal e conservadora do capital defendeu como prioridade o retorno das atividades econômicas, nem sempre essenciais (abertura de shoppings, salões de cabeleiros, restaurantes e outros serviços), apostando mais na retomada econômica do que na relevância da saúde das pessoas.

A falta de planejamento da ação contra a pandemia levou ao descontrole do acompanhamento da morbidade, atendimento e tratamento de doentes e resultou na enorme mortalidade causada pela Covid-19. A divulgação não transparente de dados, com tentativas inclusive de manipulação, contrapôs-se ao que defendiam cientistas, epidemiologistas, outros especialistas e a própria razoabilidade da vigilância em saúde, quando esses são essenciais para a tomada de medidas de controle da pandemia.

As decisões e as atitudes contrárias às recomendadas da OMS e o desprezo pelas experiências de países com melhores resultados de enfrentamento da pandemia incitam, conseqüentemente, à maior dificuldade em buscar alternativas para questões que, agora, apresentam-se muito complexas. Entre essas, o retorno das aulas presenciais nas escolas de ensino fundamental, médio, creches e educação infantil: 'Como e quando permitir o retorno das atividades escolares com segurança e saúde?'

Para responder à pergunta, por sua complexidade, novamente se exige um planejamento efetivo em que participem todos os envolvidos. Há vários aspectos a considerar a partir do significado do que

Charge de Henfil - Reprodução Facebook



representa a interrupção, por quase um semestre, da frequência às aulas de crianças e adolescentes que têm na escola espaço de socialização, formação, educação e, na maioria das vezes, de proteção social.

A interrupção das aulas gerou muitas fragilidades aos alunos. Submetidas ao isolamento social, as crianças em casa interromperam seu processo de socialização com seus pares, fundamental ao bom desenvolvimento. Para compensar a falta das aulas presenciais, (res)surgiu proposta de aulas a distância. Novidade para muitos alunos e professores, tecnicamente não familiarizados com ela, mas também pelo restrito acesso digital à rede, às mídias sociais e ao equipamento tecnológico – desafio principalmente para a maioria de alunos empobrecidos das periferias das cidades ou nas favelas.

Na dinâmica caseira do isolamento social, a sobrecarga familiar com processos de aprendizagens, antes compartilhadas com a escola, direcionou tarefas aos pais e às mães, carregando, também, maior tensão nas relações com seus filhos.

Houve relatos e notificações de maus-tratos e violências contra crianças e adolescentes, comprometendo sua saúde mental em decorrência do confinamento social. O fechamento das escolas levou à restrição alimentar e nutricional de muitas crianças e adolescentes, sobretudo daqueles de áreas mais empobrecidas que têm nas instituições escolares, por vezes, a única oportunidade de fazer uma refeição ao dia. A interrupção do convívio do aluno com a escola neste tempo de pandemia há de acarretar aumento da evasão escolar, pois, se antes esse vínculo era dado como muito tênue, ele tenderá, agora, a se romper mais facilmente. Crianças e adolescentes fora da escola estão mais sujeitos à situação de rua, à entrada precoce no mercado de trabalho, quando não cooptados por atividades ilícitas em suas comunidades.

Esse panorama tão desfavorável à saúde de crianças e adolescentes os expõe mais, quando, apesar da necessidade de isolamento, seus pais e mães, como trabalhadores, têm que sair de casa para manter o emprego (quando não desempregados) e trazer comida para casa.

No contexto do retorno às aulas, é preciso olhar com cuidado para os profissionais da educação, em especial: professores, trabalhadores e trabalhadoras que estão submetidos aos riscos da pandemia de Covid-19. Seguindo em isolamento social, viram a sua jornada de trabalho aumentar com a demanda das aulas a distância, para muitos um novo desafio.

Novas tensões, maiores riscos de adoecimento e agravos à saúde decorrentes da relação de trabalho de professores, como: acometimento das condições

de saúde mental; estresse; cansaço; desânimo perante ambientes desfavoráveis à vida com qualidade; submissão a situações de violência – inclusive aquela produzida por alunos –; locais de trabalho em comunidades de conflitos repetidos, quer por tráfico, quer por milícias; alergias; problemas de voz; lesões na coluna vertebral, entre outros. Situações essas agravadas pelo estresse gerado pela pandemia, não só de contrair a Covid-19 como também de eventual receio de transmiti-la aos familiares.

O reinício das aulas presenciais tem sido tema de debates entre políticos, autoridades, especialistas, profissionais da saúde, professores e suas representações organizativas, além de muita preocupação de pais e alunos. Muitos prefeitos e governadores tentaram resolver a questão por meio de decretos que marcavam datas para as escolas retomarem as atividades. Quase todas sem êxito, contestadas quando não por professores, pelas comunidades ou por cientistas e pesquisadores de universidades, revogadas pelo poder judiciário.

Aparentes impasses mostraram divergência de opiniões e de interesses quanto à abertura de escolas privadas e das escolas públicas. Sindicatos de donos de escolas privadas defenderam a retomada das aulas o quanto antes para manutenção de seus negócios e lucros, colocando esses valores acima da saúde e dos riscos de adoecimento de alunos e professores. A concepção de saúde que prevalece nesses casos é a de saúde como mercadoria, e não como um direito de todos.

Ao considerar, portanto, que o retorno às aulas tenha que ocorrer de forma segura e diante do controle da pandemia, é possível pensar que essa retomada exija três procedimentos imprescindíveis: a) informação precisa e clara; b) liderança de gestão participativa descentralizada; e c) investimentos incluindo financeiros, tanto na saúde (Sistema Único de Saúde – SUS) como na educação.

A despeito de ser uma decisão de colaboração intersetorial entre saúde e educação¹, cabe ao setor saúde (serviços, vigilância epidemiológica e sanitária) apurar os indicadores técnico-científicos sobre a manifestação da pandemia nos diferentes locais, compondo informação confiável a ser divulgada com transparência e de forma sistemática para gestores, políticos e a sociedade, ressignificando-os com os parceiros do setor educação e com a comunidade escolar.

Esses indicadores, considerando cada localidade, são: número de casos confirmados; curva média de evolução; número de mortes por Covid-19; índice de isolamento social; índice de transmissibilidade; testagem fidedigna; disponibilidade e taxa de ocu-

1. SILVA, C. S. *Saúde na escola*. Rio de Janeiro: Focruz, 2019.

pação de leitos, inclusive de tratamento intensivo, bem como a capacidade de atendimento pelo SUS. À educação, caberá definir a reabertura das escolas identificando condições estruturais das instituições diante das exigências de prevenção, com apoio pedagógico e acolhimento de professores e alunos diante do que se passa com a pandemia.

A análise dos dados deve ser realizada por território, pois varia nos grupos populacionais distribuídos pelo País. Assim, a decisão de reabertura das escolas será regionalizada com o coletivo de autoridades, lideranças, profissionais e, principalmente, das comunidades escolares.

Destaca-se a relevância de liderança de gestão compartilhada que envolva desde os políticos do estado e município, as comunidades locais até os conselhos de saúde e educação. A governança intersectorial é mais promotora de saúde e democrática, pois escuta os interessados diretos, líderes comunitários, gestores regionais, professores, agentes comunitários de saúde, jovens de movimentos sociais e outros. É o planejamento efetivo e seguro que assegura as decisões mais acertadas.

É fundamental retornar as aulas com garantia de investimentos e maior aporte financeiro na educação e na saúde. Na educação, para melhorar o ambiente físico escolar e apoiar professores pedagógica e psicologicamente. Na saúde, para fortalecer o SUS em todos os níveis e, principalmente, a atenção primária em aumento de abrangência e atuação nas comunidades escolares. Para ambas, é relevante a formação de profissionais que compreendam e enfrentem a pandemia individual e coletivamente durante e após seu curso.

Há condições que precisam ser ajustadas e apropriadas, como exigências para a volta às aulas: boas condições físico-ambientais das escolas, acesso à água, banheiros, boa ventilação, distanciamento entre os alunos em todos os espaços, disponibilidade de EPI para professores e demais trabalhadores, álcool em gel, máscaras, termômetro e produtos de higiene. A escola deverá identificar a razão dos faltosos e os positivos para Covid-19, monitorando a possibilidade de suspender suas atividades.

Ao retornarem às aulas, os alunos trarão com eles forte carga emocional e muitas histórias vividas de ansiedades, medos, apreensões e até de luto pela perda de familiares e amigos. Retornarão ao cotidiano da escola em diferentes níveis de aprendizagem. São novos desafios ao trabalho do professor de reconhecer e aplicar novos recursos pedagógicos.

Em um tempo de desconstrução de direitos e revogação de legislações protetivas, o retorno às aulas não possui, ainda, um regulamento sanitário robusto, pactuado como deve ser feito no SUS em conjunto com a área da Educação, que proteja a saúde das crianças e dos trabalhadores da educação. Menos pior que ainda não haja, a ponto de sofrer mais uma emenda restritiva ou supressiva, como foi feito na Emenda Constitucional nº 95, de 2016, que levará a perdas da ordem de R\$ 35 bilhões no SUS, em 2021. Iniciativas como a Recomendação nº 056, de 26 de agosto de 2020², do Conselho Nacional de Saúde, sobre o fortalecimento da Atenção Básica em Saúde, no enfrentamento da pandemia são bem-vindas, mas insuficientes. Recentemente, a Portaria nº 2.141, de 14 de agosto de 2020³, habilita municípios e Distrito Federal a receber incentivo financeiro para implementação do Programa Saúde na Escola no segundo ano do ciclo 2019/2020. O Senado, cedendo a apelos da sociedade, aprovou o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais de Educação (Fundeb), com mais de R\$ 77 bilhões até 2026, revertendo proposta do governo federal que pretendia zerar recursos em 2021.

Algumas experiências sinalizam resultados e servem de aprendizado.

O Amazonas, primeiro estado a retornar às aulas de ensino médio (10 de agosto de 2020) enfrentou no dia seguinte à paralisação de professores com o apoio do sindicato, pela sua ausência da decisão, falta de informações ou receio de adoecer pela Covid-19. Estavam certos porque, após 15 dias, a Fundação de Vigilância em Saúde do Estado divulgou que 342 professores testaram positivo, reivindicando, então, suspensão total das aulas.

A cidade de São Paulo realizou inquérito sorológico para avaliar a circulação do novo coronavírus na rede pública municipal de ensino, apontando que 16,1% de alunos de 4 a 14 anos já haviam contraído a Covid-19; e, dos infectados, 64,4% foram assintomáticas e 25,9% vivem com idosos com mais de 60 anos. Dados que subsidiaram novo adiamento de retorno das aulas previsto para setembro.

A Prefeitura de Salvador anunciou recentemente que a educação infantil não retornará às aulas este ano. O estado do Maranhão fará uma avaliação diagnóstica conjunta de Língua Portuguesa e Matemática, incluindo para o ensino médio exames de outros componentes curriculares para atualizar as condições dos alunos.

A observação dessas (in)decisões aponta que o retorno às aulas será seguro quando a transmissão da

2. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Recomendação nº 056, de 26 de Agosto de 2020. Recomenda a adoção de medidas de fortalecimento da Atenção Básica em Saúde, no enfrentamento à pandemia de COVID-19. *Diário Oficial da União*. 27 Ago. 2020.

3. BRASIL. Portaria nº 2.141 de 14 de Agosto de 2020. Habilita Municípios e Distrito Federal ao recebimento do incentivo financeiro para implementação das ações do Programa Saúde na Escola no segundo ano do ciclo 2019/2020 e destina recursos financeiros para os municípios e Distrito Federal aderidos ao Programa Crescer Saudável que alcançaram as metas do Programa. *Diário Oficial da União*. 15 Ago. 2020.

doença estiver controlada. Prolongar o fechamento das escolas implica, por uma vida cidadã e de direitos, providenciar estruturas de suporte e mecanismos de proteção a crianças e adolescentes, desamparadas pela ausência da escola em suas vidas, bem como suporte psicológico e pedagógico a elas e aos professores. A opção em Portugal foi abertura de uma escola em cada localidade, para atender a grupos mais vulneráveis, como alunos vítimas de violência, do empobrecimento e da fome e suprir suas necessidades, minimizando riscos e agravos do isolamento social.

Só é possível pensar esse retorno com acolhimento emocional e afetivo tanto aos gestores, professores como aos alunos, respeitando seus segmentos: ensino médio, fundamental e educação infantil. Tudo o que vem sendo tentado demonstra que, na conjuntura atual, os governos e, em especial, o governo federal são hábeis e ágeis na hora de desconstruir as regras que nos garantem direitos, mas, na hora

de estabelecê-los, são lerdos, titubeantes e, quiçá, mal-intencionados. Em matéria de superação da crise na questão da escola, uma coisa é certa: saúde das crianças e Saúde do Trabalhador caminham juntas como nunca. Pensar em normativas de retorno às aulas, e sua continuidade com as incertezas que nos esperam, é pensar sobre o princípio científico da precaução com as inteligências da saúde escolar e da Saúde do Trabalhador irmanadas, como até hoje ainda não tiveram a oportunidade de fazer.

Se a crise da educação já era grave antes da pandemia, ela se agravou muito agora (Organização das Nações Unidas – ONU), e não se pode perder a oportunidade deste momento, de ‘redesenhar’ a educação e avançar no caminho para sistemas progressistas, mais justos, igualitários e democráticos. Uma educação freiriana, de qualidade e para todos, tal como a saúde de um SUS para todos, ambos como direitos humanos e, principalmente, de cidadania é o que esperamos.

CONTRARREFORMA DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA E OS IMPACTOS NA SAÚDE DOS TRABALHADORES: DESAFIOS DA CLASSE TRABALHADORA

*Maria Juliana Moura Corrêa
Stenio Dias Pinto Rodrigues*

Antecedentes

As transformações no mundo do trabalho, do sistema de produção capitalista do modelo fordista/taylorista para a acumulação flexível, estabeleceram uma nova matriz de reestruturação produtiva – a terceira revolução industrial, pelo desenvolvimento da microeletrônica, informática e novas tecnologias de comunicação, que introduziram profundas mudanças societárias e uma nova era das relações de trabalho. Essas mudanças intensificaram a produção, do trabalho livre associado ao esgotamento dos mecanismos de autorregulação do mercado, estabelecendo as bases para a superação da fase da economia concorrencial e sua passagem para a economia monopolista. Também, criou espaço social para regime de acumulação flexível na concorrência mundial capitalista¹. As características da sociedade contemporânea globalizada alteraram de forma acelerada os sistemas políticos e de valores, o que possibilitou mobilidade produtiva e financeira

em escala mundial, transformando as cidades em territórios transnacionais.

O ciclo expansionista substitui o velho capitalismo de livre concorrência pelo novo capitalismo de dominação do capital em geral e do capital financeiro em especial. Fase esta que aprofunda as contradições entre os povos e estabelece o domínio do sistema financeiro, nas grandes corporações e no mercado globalizado.

Nessa perspectiva, a globalização consiste em um sistema internacional de dominação e subordinação². Sendo assim, um imperativo ao desenvolvimento econômico das nações, impondo agenda de ajustes fiscais e de reestruturação produtiva para alcançar cada vez maiores rendimentos. Além disso, a proposta de superação das crises financeiras desencadeia um novo ciclo de expansão, centrada na internacionalização das atividades produtivas, com reorganização produtiva das regiões, liberdade do mercado e do capital financeiro mediante a desregulamentação das economias, redução dos direitos

1. HARVEY, D. *Condição pós-moderna*. São Paulo: Loyola, 2008.

2. MÉSZÁROS, I. *Para além do capital*. São Paulo: Boitempo, 2002.

trabalhistas e do Estado. Engendram-se projetos político e econômico de destruição das instituições públicas, no sentido de estender os investimentos privados a todas as atividades econômicas rentáveis.

Nas políticas econômicas fundamentadas no ideário neoliberal, repousa a imposição de novo padrão de acumulação com a concentração do capital internacional. A condição política para o êxito desse projeto é a derrota ou, pelo menos, o enfraquecimento das classes trabalhadoras e das suas organizações reivindicatórias e partidárias.

Consequentemente, agravam-se as desigualdades sociais, produz-se a descapitalização de longo prazo das economias locais, ameaçando a soberania do Estado, visto que há um crescente endividamento externo e um pesado jogo de influências políticas das empresas multinacionais.

A compreensão dessas estratégias neoliberais e da teoria do valor do trabalho, na perspectiva marxiana, evidencia a origem do processo de exploração dos trabalhadores e estabelece elementos constitutivos da imposição de desgastes à saúde, inseridos na questão social, enquanto resultante do processo contraditório do modo de produção e reprodução social no sistema capitalista. Como resultado dessa subordinação à produção e reprodução do mundo do trabalho, dados os condicionantes histórico-estruturais da dependência entre nações ricas e pobres e seus rebatimentos, as atuais expressões da questão social têm o efeito de intensificar a velha desigualdade social que caracterizou a luta da classe trabalhadora pela vida e pela saúde desde os primórdios da revolução industrial.

Ideário neoliberal na agenda das contrarreformas: desafios à classe trabalhadora

O pressuposto fundamental da globalização neoliberal é a obtenção de rendimentos cada vez maiores em curto prazo. Flores e Mariña já alertavam, desde 2000³, sobre a adoção de estratégias de redução de barreiras aos investidores – os ‘megaespeculadores’, que buscavam eliminar os ‘excessos’ das instituições estatais e da legislação trabalhista, que foram constituídos a partir das leis e dos contratos coletivos de trabalho, em uma lógica liberal interpretada como uma ameaça à meta de rentabilidade das empresas.

Esse ideário tem sido disseminado por grandes instituições multilaterais globais que orientam os planos de ajuste econômico com as seguintes recomendações: a) menos intromissão do Estado e mais privatização; b) menos barreiras, menos cargas tributárias; c) mais abertura econômica e comercial. O objetivo dessas medidas, defendidas em muitos países,

como argumento da necessidade das reformas, é o de aumentar a margem de lucro dos grandes investidores e desmontar a regulamentação trabalhista que garante um conjunto de conquistas aos trabalhadores.

Nessa perspectiva, a circulação e a reprodução ampliada do capital ‘tomam conta do mundo’, agravando a condição da classe operária pela redução dos salários e superexploração da força de trabalho⁴. No tocante a esse aspecto, Marx⁵ apontava o fato de que a mais-valia não se expressa apenas pelo pagamento da força de trabalho abaixo do seu valor – exploração dos trabalhadores; mas também pelo pagamento do salário de mercado, no qual os capitalistas podem lançar mão de estratégias para ampliar sua taxa de lucro: estender a duração da jornada de trabalho mantendo o salário (mais-valia absoluta); mas ampliando a intensidade do trabalho e os ritmos de produção; ou, ainda, aumentando a produtividade do trabalho por meio de mecanização e tecnologia (mais-valia relativa).

No Brasil, com base nesses fundamentos, instalou-se um regime centrado no ideário neoliberal que apresentava como resposta aos problemas a austeridade fiscal e a retirada de direitos trabalhistas e previdenciários, entendidos como privilégios, processo que nega a luta histórica da classe trabalhadora por direitos sociais.

Em 2017, a aprovação da Reforma Trabalhista fraturou a CLT e suprimiu direitos sociais que impactam na Saúde do Trabalhador e segurança no meio ambiente do trabalho. Entre as medidas, normatiza a terceirização irrestrita, flexibiliza a carga horária para até 44 horas semanais e reduz o tempo de descanso, introduzindo o trabalho remoto com intensificação da produção e sem remunerar ou quantificar as horas extras. Conjunto de medidas que instaura a desproteção do trabalhador pela negociação individualizada quando sobrepõe o negociado sobre o legislado.

Segundo o IBGE⁶, os efeitos da Reforma Sindical e Trabalhista de 2017 atingiram diretamente a organização sindical com redução de 3 milhões de trabalhadores que deixaram de ser sindicalizados devido à desobrigação da contribuição sindical, que reduziu para 11% a taxa de sindicalização, de 2016 a 2019.

Além da Reforma Trabalhista, Sindical, a Reforma da Previdência fechou uma tríade de reformas que aprofunda a desigualdade social e entre a classe trabalhadora, quando altera as disposições em lei sobre a concessão de aposentadorias, pensões e benefícios, com redução da cobertura e aumento dos tempos de contribuição e idade, além da eliminação do sistema solidário, canalizando os altos salários à capitalização, com consequências diretas à proteção social, nela incluída a Saúde dos Trabalhadores.

3. FLORES O. V., et al. *A Crítica de la globalidad: dominación y liberación en nuestro tiempo*. Cidade do México: Fondo de Cultura Económica, 2000.

4. IANNI, O. *A sociedade global*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

5. MARX, K. *O capital*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

6. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Efeitos da Reforma Sindical*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 08 ago. 2020.

Considerações finais sobre unidade dos movimentos sindicais e sociais nas lutas por direitos

Refletir sobre os desafios da classe trabalhadora exige a análise a partir da perspectiva histórico-dialética, pela potencialidade de desvelar as contradições contemporâneas da atual fase do capitalismo; assim como compreender a afirmativa de Saramago⁷ de que o caos é uma ordem por decifrar, especialmente em um cenário no qual as relações humanas são desprovidas de razão e ética.

No entanto, especialmente, impõe aos movimentos sindicais o necessário rompimento com o atual padrão do capitalismo no sentido de superar ações que levaram a acomodação e burocratização, com alternativas engessadas na melhoria das condições do trabalho por dentro das estruturas e da regulação normativa, ditadas pelas engrenagens do capital, e que são incompatíveis com a defesa da Saúde do Trabalhador. Consequentemente, é impossível implementar estratégias de 'trabalho decente', quando a ordem sócio técnica do trabalho se estrutura pela servidão e dissociabilidade destrutiva no espaço de trabalho, conforme define Antunes⁸, que se concretiza pela via da precarização e sua capacidade de subordinar os trabalhadores e desregular a proteção à saúde.

Em contrapartida, o período pós-2015, marcado pela crise política, econômica e social e por forte aparato da repressão, extermínio de lideranças e criminalização dos movimentos sociais no País, foi também marcado por expressivas manifestações da população que ocuparam as

ruas e espaços públicos para protestar contra a perda de direitos e liberdade de expressão, e defender a democracia e as políticas públicas.

Além desses, outro movimento de contrapoder na luta pela Saúde dos Trabalhadores foi engendrado pelas associações das vítimas do amianto, que conquistaram ação de banimento do amianto no Brasil, no Supremo Tribunal Federal (STF), em 2017.

Ação coletiva, com ampla participação, também foi construída na greve geral contra a reforma trabalhista, demonstrando a imperiosa necessidade do movimento sindical se reformular integrando as lutas societárias e da defesa das políticas sociais, em conjunto com a sociedade e as diversas associações compromissadas com a emancipação social.

Assim, estruturar ação política dos trabalhadores em prol da defesa da saúde no trabalho, em cenário de regressão de direitos, requer a construção de um processo organizacional de unidade entre os movimentos sindicais, associações de adoecidos/ acidentados do trabalho e dos movimentos sociais na defesa da Saúde do Trabalhador.

Os desafios atuais da classe trabalhadora se inserem no âmbito de uma agenda civilizatória de lutas sociais unificados por temas que levem à coesão social, a ser construída coletivamente. Entre eles, a retomada do tema da democracia e saúde e o modelo de seguridade social, formulado na Constituição de 1988. Nessa perspectiva, o sistema universal enquanto instrumento de produção em saúde e de cidadania.

7. SARAMAGO, J. *O homem duplicado*. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

8. ANTUNES, R. *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. São Paulo: Boitempo, 2018.



Foto: Flickr Commons

Banksy – Follow Your Dreams CANCELLED
Street art
Boston, EUA.

AS MEDIDAS PROVISÓRIAS NO CONTEXTO COVID-19

Eduardo Bonfim da Silva
Geordeci Souza
Olga Rios

As Medidas Provisórias (MP) são normas com força de lei, editadas pelo Presidente da República em situações de relevância e urgência. Apesar de produzirem efeitos jurídicos imediatos, elas precisam de aprovação do Congresso Nacional para serem incorporadas definitivamente à legislação.

As MP valem por até 120 dias. Se não forem aprovadas pela Câmara e pelo Senado nesse período, ou se forem rejeitadas, perdem a validade. Depois de ser votado no plenário, o texto da MP, se for alterado, passa a se chamar Projeto de Lei de Conversão (PLV) e precisa ser enviado ao Presidente da República para sanção ou veto. O veto pode ser total ou parcial. Todos os vetos têm de ser votados pelo Congresso. Para rejeitar um veto, é preciso o voto da maioria absoluta de deputados (257) e senadores (41). Se a MP for aprovada sem alterações, é promulgada pelo Congresso.

De 1º de janeiro a 10 de agosto de 2020, foram publicadas pelo Presidente da República 78 MP; e, desse total, 63 (ou 80,7%) destinam-se ao combate dos efeitos da crise decorrente da Covid-19. São medidas que liberam crédito extraordinário, destinam linhas de crédito, criam programas trabalhistas e concedem auxílio a setores específicos.

No total das MP publicadas, constata-se o seguinte balanço: 42 estão em tramitação; apenas 16 foram convertidas em lei e 21 perderam a validade, ou seja, caducaram. É importante ressaltar que os textos que caducaram tiveram força de lei por 120 dias, mas depois as regras simplesmente deixaram de valer.

O fato de não conseguir converter suas medidas em leis, de fato, pode estar relacionado com a fragilidade de negociação do governo no Congresso. Isso porque é preciso o aval de deputados e senadores antes do esgotamento do prazo necessário.

Desde a posse, o governo Bolsonaro tem intensificado o ataque à participação social duramente conquistado na Carta Magna de 1988. Em 11 de abril de 2019, o governo editou o Decreto nº 9.759/2019¹ que determinava a extinção de

todos os conselhos, comitês, comissões, grupos e outros tipos de colegiados ligados à administração pública federal que tenham sido criados por decreto ou ato normativo inferior, incluindo aqueles mencionados em lei, caso a respectiva legislação não detalhe as competências e a composição do colegiado. Segundo o governo, seriam extintos em torno de 700 colegiados. No dia 13 de junho de 2019, o STF, na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 6.121², concedeu uma liminar (decisão provisória) limitando o alcance do decreto que extinguiu todos os colegiados ligados à administração pública federal, como conselhos e comitês em que há participação da sociedade civil. A decisão provisória resguardou tão somente os colegiados previstos em lei. A decisão final é aguardada até os dias de hoje.

A extinção dos colegiados de participação social representa um retrocesso social. Não custa lembrar que esses Colegiados têm o condão constitucional de garantir a participação da sociedade na escolha de prioridades da agenda política, bem como na formulação de políticas públicas, e consolidam a institucionalização da participação da sociedade civil, constituindo-se um espaço de desenvolvimento da democracia deliberativa. Não haverá transparência na aplicação dos recursos públicos sem a participação social.

Em outra ação antidemocrática, o governo tem promovido sucessivos ataques às entidades sindicais e aos direitos da classe trabalhadora. Um exemplo cristalino foi a edição da MP 873/2019³, que revogava a obrigação dos empregadores e da administração pública de descontar em folha as contribuições dos empregados e servidores públicos para suas entidades sindicais; exigindo uma inexequível autorização individual expressa e impondo a cobrança por boleto bancário. Em 28 de junho de 2020, teve sua vigência encerrada, em função de não ter sido convertida em lei.

Em seguida, o presidente editou a MP 905/2019⁴ (11 de novembro de 2019), que criava

1. BRASIL. Decreto nº 9.759, de 11 de Abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. *Diário Oficial da União*. 12 Abr. 2019.

2. BRASIL. Ação Direta de Inconstitucionalidade 6121 de 22 de Abril de 2019. Relator: Min. Marco Aurélio, Repte.(s) Partido dos Trabalhadores. *Diário Oficial da União*. 23 Abr. 2019.

3. BRASIL. Medida Provisória nº 873, de 1º de março de 2019. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre a contribuição sindical, e revoga dispositivo da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. *Diário Oficial da União*. 2 Mar. 2019.

4. BRASIL. Medida Provisória nº 905, de 11 de novembro de 2019. Institui o Contrato de Trabalho Verde e Amarelo, altera a legislação trabalhista, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 12 Nov. 2019.

a Carteira de Trabalho Verde e Amarela. Essa MP estabelecia um novo tipo de contratação válido para jovens de 18 a 29 anos e para desempregados acima de 55 anos. A proposta implicava perdas trabalhistas e previdenciárias, além de retirar direitos consagrados e beneficiar os patrões com redução de encargos. A MP 905/2019 acabou caducando no dia 20 de abril de 2020, ou seja, não foi analisada pelo congresso dentro do prazo legal.

No entanto, o pacote de maldades continuou durante a pandemia. Primeiro houve a publicação da MP 927/2020⁵ que tratava de medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública. Ocorre que não garantia emprego nem renda, e ainda flexibilizava as regras de proteção à Saúde do Trabalhador. Surgiu com o pretexto de 'garantir empregos', mas o que estava claro em seus dispositivos era a edição de mais normas que enfraqueciam as entidades sindicais, tirando-as do processo negocial; e o aprofundamento da precariedade do trabalho e uma clara transferência dos prejuízos econômicos da crise da Covid-19 para a classe trabalhadora, especialmente para os mais pobres. Em 19 de julho de 2020, a MP 927/2020 caducou e, assim, teve sua vigência encerrada.

Depois, foi publicada a MP 936/2020⁶, que instituiu o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda e dispôs sobre medidas trabalhistas complementares para enfrentamento do estado de calamidade pública. Essa MP, além de não garantir a remuneração integral ao trabalhador, já que o cálculo foi baseado no benefício do seguro-desemprego (80%), ainda colocou o trabalhador frente a frente para negociar com seu empregador, sem nenhuma proteção durante o processo negocial. Aproveitando-se da crise gerada pela pandemia do novo coronavírus, o governo colocou em risco o trabalho de milhões de brasileiros propondo essa MP, que autorizou a suspensão do contrato de trabalho e/ou redução da jornada/salário por até 90 dias; e ainda permitiu a negociação de redução de salário sem a participação dos sindicatos, ação referendada pela maioria do STF no julgamento da ADI 6.363 – decisão que põe em risco as garantias dos trabalhadores e põe de lado a função social dos sindicatos como entidades representativas de inúmeras categorias profissionais do País. A MP 936/2020 foi convertida na Lei nº 14.020/2020, de 6 de julho de 2020. Pasmem, o Congresso conseguiu piorar o que já não era bom; e o mais grave, manteve os sindicatos fora de das negociações. Ou seja, contribuíram

também para acabar com a relação de trabalho no Brasil, enfraquecendo ainda mais os direitos dos trabalhadores e reduzindo seu salário.

Ademais, como não bastasse, o Presidente publicou a MP 946/2020⁷ – que extinguiu o Fundo PIS-Pasep (Programa de Integração Social – Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público), instituído pela Lei Complementar nº 26, de 11 de setembro de 1975 – e transferiu o seu patrimônio para o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço. Durante debates no congresso, várias emendas foram aprovadas comprometendo os interesses do governo, tendo o seu líder, no dia da sessão plenária, apresentado requerimento solicitando a retirada de pauta, tendo ele sido aprovado. No dia 4 de agosto de 2020, a MP caducou encerrando assim sua vigência.

São sucessivos os ataques governamentais aos direitos dos trabalhadores e suas entidades de classe, desconstituindo, assim, o pacto social consolidado em nossa constituição.

5. BRASIL. Medida Provisória nº 927, de 22 de Março de 2020. Dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19), e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 Mar. 2020.

6. BRASIL. Medida Provisória nº 936, de 1 de Abril de 2020. Institui o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda e dispõe sobre medidas trabalhistas complementares para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19), de que trata a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2 Abr. 2020.

7. BRASIL. Medida Provisória nº 946, de 7 de Abril de 2020. Extingue o Fundo PIS-Pasep, instituído pela Lei Complementar nº 26, de 11 de setembro de 1975, transfere o seu patrimônio para o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 8 Abr. 2020.





Banksy
Street art
Bristol, Inglaterra.
Fonte: Reprodução Facebook



3

GESTÃO DEMOCRÁTICA E CONTROLE SOCIAL NO SUS: DILEMAS, AVANÇOS E DESAFIOS DA LUTA PELO DIREITO À SAÚDE DOS TRABALHADORES

Coordenação

Debora Lopes de Oliveira & Geordeci Souza

DOI: 10.5935/978-65-87037-01-1.06

PARTICIPAÇÃO SOCIAL E O DIREITO À SAÚDE¹

Maria Inês Souza Bravo
Juliana Souza Bravo de Menezes

*O SUS é nosso, ninguém tira da gente,
direito garantido não se compra e não se vende!*

O brado acima é conhecido por quem vem participando dos atos em defesa da política pública de saúde brasileira, pois tem sido incansavelmente cantado por militantes dos diversos Fóruns de Saúde existentes nos estados brasileiros e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde².

Este texto pretende oferecer subsídios para o fortalecimento da participação popular na atual conjuntura. Vai ressaltar como mecanismo importante os Conselhos de Saúde oriundos do processo de redemocratização da sociedade brasileira dos anos 1980 e inscritos na Constituição de 1988, bem como os Fóruns em defesa das Políticas Públicas.

A sociedade brasileira, na década de 1980, ao mesmo tempo que vivenciou um processo de democratização política superando o regime ditatorial instaurado em 1964, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que persiste até os dias atuais.

As decepções com a transição democrática ocorreram, principalmente, com seu giro conservador após 1988, não se traduzindo em ganhos materiais para a massa da população.

Um aspecto importante a ser ressaltado, nesse período, foi o processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988, que representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país diante da grave crise e das demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social.

A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes.

Com relação à descentralização do poder federal e da democratização das políticas públicas, importantes dispositivos foram definidos no sentido da criação de um novo pacto federativo, sendo o município reconhecido como ente autônomo da federação, transferindo-se para o âmbito local novas competências e recursos públicos capazes de fortalecer o 'controle social e a participação da sociedade civil' nas decisões políticas.

Vianna³⁽²⁰⁰⁹⁾, ao mapear a produção acadêmica recente no Brasil sobre o tema da participação, sinaliza que a maior parte dos estudos analisados compreende a participação social como componente essencial para a preservação do direito universal às políticas de seguridade social, construção da cidadania e fortalecimento da sociedade civil³, relacionando diretamente à concepção da participação como parte do processo de democratização do Estado⁴.

A participação social tem como uma de suas expressões a ideia da sociedade controlando o Estado, ou seja, a proposta é transformar o Estado superando o seu caráter autoritário e socialmente excludente, por meio da presença e organização de segmentos importantes na democratização desse espaço. A fiscalização – ideia tão presente na participação social e no controle democrático das políticas sociais – nasce mais com o intuito de impedir o Estado transgredir do que induzi-lo a agir, pois o Estado precisa ser vigiado, contido, corrigido em suas práticas habituais⁵.

Com o processo de democratização do País, novos sujeitos coletivos entram em cena estabelecendo nova relação Estado-sociedade qualificando o processo de participação. É nesse contexto que surge a 'participação social' que tem como questões centrais a universalização dos direitos sociais, a ampliação do conceito de cidadania e a nova compreensão do papel do Estado.

Historicamente, a categoria 'controle social' foi entendida apenas como controle do Estado ou do empresariado sob as massas. É nessa acepção que quase sempre o controle social é usado na sociologia, ou seja, no seu sentido coercitivo sobre a população. Entretanto, o sentido de controle social inscrito na Constituição é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais⁶.

Essa última concepção de controle social tem como marco o processo de redemocratização da sociedade brasileira com o aprofundamento do debate referente à democracia.

A noção de democracia é concebida por diversos autores como um processo histórico e está relacio-

1. Este texto está pautado no artigo das autoras: Participação Popular e Controle Social na Saúde. BRAVO, M. I. S., et al. (Org.). *Saúde na atualidade*: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. Disponível em: https://www.adufri.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Revista_cader-nos_de_Saude_PAGINA.pdf. Acesso em: 14 nov. 2020.

2. A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, criada em 2010, é composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários e tem por objetivo defender o Sistema Único de Saúde (SUS) público, estatal, gratuito e para todos, e lutar contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos 1980.

3. VIANNA, M. L. T. W. Participação em saúde: do que estamos falando? *Sociologias*. v. 11, n. 21, 2009.

4. A concepção adotada de sociedade civil é na perspectiva gramsciana, sendo considerada como o espaço no qual se organizam os interesses em confronto, sendo o lugar onde se tomam conscientes os conflitos e contradições. É na sociedade civil que se encontram os 'aparelhos privados de hegemonia' que são os partidos de massa, os sindicatos, as diferentes associações, os movimentos sociais, ou seja, tudo que resulta de uma crescente socialização da política. A sociedade civil gramsciana nada tem a ver com o que hoje se chama de 'terceiro setor', pretensamente situado para além do Estado e do mercado. Esta nova concepção de sociedade civil que tem sido muito difundida é restrita, despolitizada e tem equívocos teóricos. SEMERARO, G. *Gramsci e a Sociedade Civil*. Petrópolis: Vozes, 1999.

5. Gramsci é o precursor da concepção de Estado ampliado, com a elaboração da teoria marxista ampliada do Estado. Diversos autores, a partir de suas elaborações, têm contribuído para o debate e produção dessa perspectiva, analisando as sociedades capitalistas avançadas em que se evidenciou a maior complexidade do fenômeno estatal, podendo-se destacar: BRAVO, M. I. S. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas Sociais e Práticas Profissionais*. São Paulo: Cortez/UFRJ, 1996.

6. CARVALHO, A. I. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: IBAM/Fase, 1995. Carvalho trabalha a evolução do conceito controle social, identificando quatro momentos diferenciados: o Estado controlando a sociedade; a sociedade apenas completando o Estado; a sociedade combatendo o Estado; e a sociedade participando das decisões do Estado.

7. INGRAO, P. *As massas e o poder*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1980.

8. PAULO NETTO, J. *Democracia e Transição Socialista*: escritos de teoria e política. Belo Horizonte, Oficina de Livros, 1990.

9. Existem outros mecanismos que também, se acionados, podem e devem ser entendidos enquanto espaços de exercício do controle democrático, a saber: o Ministério Público, os órgãos de defesa do consumidor, como o Procon; os meios de comunicação e os Conselhos de profissionais.

10. BARROS, E. *O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994.

nada com a soberania popular. Nessa concepção, a democracia representativa é considerada uma vitória dos movimentos organizados da sociedade civil, entretanto, é percebida como uma vitória parcial uma vez que, na sociedade capitalista, existe a hegemonia da classe capitalista dominante, havendo um limite interno, pois as principais decisões econômicas são tomadas pelo poder privado. Para Ingraio⁷, a democracia precisa ser ampliada, havendo necessidade de democracia direta, de base, articulada à democracia representativa para se concretizar a democracia progressiva, ou seja, a democracia de massas. Paulo Netto⁸ considera que a democracia de massas – com ampla participação social – deve conjugar as instituições parlamentares e os sistemas partidários com uma rede de organizações de base: sindicatos, comissões de empresas, organizações profissionais e de bairro, movimentos sociais urbanos e rurais, democráticos.

espaços que podem auxiliar os defensores da política pública, na defesa dos seus direitos. Concebe-se o controle social, não somente como uma luta legal por um direito adquirido, mas como a potencialidade e criatividade dos usuários na elaboração da política, já que são estes os que realmente sabem, por perceberem no cotidiano, como deve ser uma política pública e quais as falhas atuais dos serviços.

A partir dos anos 1990, assistiu-se ao redirecionamento do papel do Estado, já no contexto do avanço das teses neoliberais. A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, com a redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e da educação, tende a debilitar os espaços de representação coletiva e controle democrático sobre o Estado, conquistas da Constituição de 1988.

Na atualidade brasileira, considera-se fundamental envolver os diversos sujeitos sociais preocupados com as políticas públicas defendendo a ampliação dos direitos sociais e as conquistas obtidas na Constituição de 1988. Ressalta-se, como fundamental nesse processo, a efetiva participação da sociedade civil, e mecanismos importantes dessa resistência são os Conselhos e Conferências concebidos como espaços de tensão entre interesses contraditórios na luta por melhores condições de vida.

A existência de Conselhos no Brasil não é uma experiência recente, conforme ressaltam diversos autores, cabendo destacar: Raichelis¹¹ e Gohn¹². Destacam-se as práticas operárias do início do século XX e as comissões de fábrica, estimuladas pelas oposições sindicais nos anos 1970 e 1980, como também a ampliação dos movimentos sociais nesse período e sua luta contra o autoritarismo, implantado no País após 1964.

Os Conselhos de Saúde são uma inovação na gestão e apontam para a democratização da relação Estado-Sociedade a partir da inserção de novos sujeitos sociais na construção da esfera pública¹³.

As concepções presentes sobre os Conselhos têm sido problematizadas por diversos autores. Gohn¹⁴ ressalta que os Conselhos, como instrumento da democracia, estiveram e estão presentes no debate entre setores liberais e de esquerda.

A diferença é que eles são pensados como instrumentos ou mecanismos de colaboração pelos liberais; e como vias ou possibilidades de mudanças sociais, no sentido de democratização das relações de poder, pela esquerda¹⁴⁽¹⁰⁷⁾.

Algumas reflexões são possíveis de serem feitas a partir da revisão da bibliografia e da pesquisa realizada por Bravo¹⁴ com relação aos limites e



11. RAICHELIS, R. *Esfera pública e os conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática*. São Paulo: Cortez, 1998.

12. GONH, M. G. Conselhos populares e participação popular. *Serviço Social & Sociedade*, n. 34, 1990.

13. BRAVO, M. I. S., et al. (Org.) *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

14. GONH, M. G. *Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

O controle social é um direito conquistado pela Constituição Federal de 1988, mais precisamente do princípio 'participação popular', e são garantidas duas instâncias formais, que são também espaços de luta: o 'conselho de saúde' e a 'conferência de saúde'.

Destaca-se, entretanto, que esses não são os únicos espaços de ação para o exercício do controle democrático apesar de, sem dúvida, serem mecanismos fundamentais, já que estão previstos em lei federal^{9,10}.

Essas instâncias podem e devem ser parceiras na luta pelo controle social. Ou seja, são instituições/

possibilidades dos Conselhos, tendo por referência a concepção deles enquanto um dos espaços de luta pela conquista da hegemonia.

Considera-se que esses mecanismos são importantes para a democratização do espaço público e não podem ser nem supervalorizados, nem subvalorizados. Algumas questões, entretanto, precisam ser enfrentadas para a ampliação de seu potencial de ação, a saber: falta de respeito pelo poder público das deliberações dos Conselhos, assim como das leis que regulamentam seu funcionamento; burocratização das ações e dinâmica dos Conselhos que não viabilizam a efetiva participação dos representantes; posicionamento dos Conselhos de forma tímida em relação à agenda neoliberal; falta de conhecimento da sociedade civil organizada sobre os Conselhos, bem como ausência de articulação mais efetiva dos representantes com suas bases; contribuição ainda incipiente deles para a democratização da esfera pública; chantagem institucional do poder executivo ao acenar para o prejuízo para a população, caso as propostas apresentadas sejam contestadas pelos conselheiros e falta de soluções jurídicas mais ágeis quanto à necessidade de enfrentamento com o executivo. Outro aspecto a ser ressaltado é a articulação da luta por direitos com o movimento por transformações no plano econômico, superando a visão politicista da política social.

A concepção de Estado participativo é muito recente e se problematiza quando se tem uma conjuntura, que desmobiliza a participação popular e defende o Estado mínimo – ausente nas políticas públicas e sociais, como preconiza o projeto neoliberal.

Nesse contexto, é fundamental, na contracorrente, a defesa da democracia e da participação da sociedade nas políticas públicas.

Nos anos 2000, foram criados e/ou estimulados outros mecanismos de participação para pressionar os Conselhos e fortalecer a luta por saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho. Destacam-se como significativos a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e os Fóruns/Frentes estaduais de Saúde existentes em diversos estados brasileiros.

Considerando que o Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de lutas sociais e patrimônio do povo brasileiro, não se pode apenas ficar observando sua destruição nos diversos estados a partir da implantação da lógica do lucro.

Fiéis às lutas e aos princípios da Reforma Sanitária brasileira que concebeu a saúde como direito de todos e dever do Estado e ampliou a concepção de saúde para melhores condições de vida e trabalho, ou seja, ênfase nos determinantes sociais, a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde se posiciona contra a privatização da saúde e em defesa da saúde pública estatal e universal, procurando articular as lutas no campo da saúde a um outro projeto de sociedade.

Ressalta-se que, na atual conjuntura de crise estrutural do capitalismo, de barbarização da vida social, com mudanças regressivas em todas as dimensões da vida social e com um horizonte ainda mais desfavorável à classe trabalhadora, o desafio que está colocado é ampliar a luta coletiva, fortalecendo as lutas sociais e a organização das classes subalternas, na defesa da emancipação política, tendo como horizonte a emancipação humana, e um novo projeto societário anticapitalista.

CONTROLE SOCIAL NO SUS: MECANISMOS FORMAIS — CONSELHOS E CONFERÊNCIAS, E OUTROS MECANISMOS DE CONTROLE SOCIAL

Ronald Ferreira dos Santos

A democracia participativa se desenvolve a partir da democracia representativa e entende que a participação do povo se dá não somente pela escolha de seus representantes, mas também por outras formas de participação no governo, por meio de plebiscitos, referendos, audiências públicas, Conselhos e Conferências de políticas públicas. Essa formalidade ou

estatuto de nossa legalidade abre a nossa Constituição Federal de 1988¹, quando, no parágrafo único de seu art. 1º, torna pétreo “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”. Essa forma de democracia tenta aproximar o governo do Estado com seus governados, de maneira a entender

1. BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 14 nov. 2020.

melhor seus anseios e necessidades e fazer um governo que atenda a essas demandas. Essa forma de entender a democracia, incorporada pelo SUS no Brasil, permite um maior diálogo e controle das políticas públicas.

Com a Emenda Constitucional (EC) nº 20 de 1998², a ofensiva neoliberal retirou a expressão “Participação da Comunidade [...]” do inciso VII do art. 194 da Constituição, que tratava do caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa da seguridade social, deixando explícita a Participação da Comunidade apenas no inciso III do art. 198 que estabelece as diretrizes do SUS.

O Brasil desenvolveu algumas boas experiências de democracia participativa, como a participação social ratificada pelo SUS, reconhecendo-a como parte estruturante da sua política. O SUS, mais que uma política pública de saúde, é um modelo de desenvolvimento social e político. Outras experiências também são relevantes, como as das áreas da educação, assistência social, alimentação, ambiental, moradia, reforma agrária e direitos trabalhistas, e estão dentro da lógica da compreensão de democracia além da mera representação, mas nenhuma delas conseguiu construir uma rede de participação da comunidade na gestão participativa da política como o SUS.

Para entendermos o conceito de ‘participação social’ incorporado pelo SUS, é preciso termos presente a luta pelo direito humano à saúde protagonizada pelo Movimento da Reforma Sanitária e, também, a compreensão de democracia participativa. Reconhecer a participação social como uma das diretrizes do SUS significa entender que a população local, por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde, contribui para a consolidação do SUS, desde a troca de informações, de debates, experiências, proposições e deliberação até a socialização e a avaliação da política pública. Ou seja, a população torna-se sujeito ativo da política pública de saúde, e não mera receptora ou expectadora. Em outras palavras, o SUS incorpora a concepção de que a participação da comunidade é fundamental para a ampliação da democracia e para a efetivação das políticas públicas de saúde.

A Constituição Federal de 1988 vem sendo atacada desde sua promulgação, o que impôs barreiras para efetivação de políticas públicas que dessem materialidade aos seus apontamentos, como o direito à saúde e ao bem-estar social. Todavia, os mais duros ataques ao Estado Democrático de Direito, preconizado pela Constituição Federal de 1988, foram feitos justamente ao seu caráter democrático e de direito.

O Estado Democrático diz respeito à soberania, à vontade popular e ao respeito às minorias, enquanto

o Estado de Direito significa o acesso ao direito à cidadania por meio de políticas públicas. Dessa forma, ao não respeitar a soberania da vontade popular de uma eleição majoritária e ao instituir a Emenda Constitucional nº 95 de 2016³ (EC 95), que congela os gastos públicos por 20 anos, romperam com nosso contrato social.

Tal investida precisa ser compreendida dentro das disputas de rumos, não só do Brasil, mas também do mundo, não apenas do nível nacional, mas, sobretudo, do nível local, do território onde vivemos – como dizem, “*do global ao local*” –, pois, o que está em disputa é como vivemos e como morreremos, quem vive e quem morre, e a disputa entre a vida e a morte.

As consequências dessas disputas podem ser o avanço civilizacional ou uma tragédia humanitária, pois seus desdobramentos impactam diretamente em vidas humanas. A escolha é: todos têm direito à vida? Alguns podem ser elimináveis? O conhecimento humano, a ciência e a tecnologia impactarão nas relações de produção da vida; no avanço ou na tragédia, no local e no global. É possível ver o espectro da morte cobrir vastos territórios pelo mundo: hoje é a pandemia que abate vítimas inocentes, principalmente os mais vulneráveis, mas é bom lembrar das gaiolas com crianças na fronteira dos Estados Unidos; dos novos navios negreiros no Mediterrâneo; a xenofobia e a intolerância ganhando força no Brasil e no mundo; é a violência como solução de conflitos; é uma brutal e cruel concentração de riqueza no mundo. Diante disso, a defesa da vida passa a ter um caráter civilizatório na contemporaneidade.

Fui eleito presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em dezembro de 2015, o ano se encerra no Brasil em um ambiente bastante conflagrado na política, um cenário de fortes ameaças à democracia e aos direitos do povo, a Presidenta da República está encerrando o seu primeiro ano do segundo mandato com muitas dificuldades de governar, em virtude de uma feroz oposição no Legislativo, nos meios de comunicação e na sociedade; na saúde, também se operam nesse período grandes movimentações, tem-se concluída a etapa nacional da XV Conferência Nacional de Saúde, eleição e renovação da composição do CNS, fechamento do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2016/2019 e aprovação da EC 86⁴, que reduz o financiamento para a saúde.

Nesse contexto, os primeiros meses do ano de 2016 foram decisivos no processo de resistência na defesa do SUS, principalmente pelas iniciativas do CNS; entre elas, o planejamento estratégico do CNS

2. BRASIL. *Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998*. Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências. 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc20.htm#:~:text=C2%A7%201%C2%BA%20%2D%20%C3%89%20veda-da%20a.%C3%ADsica%2C%20definidos%20em%20lei%20complementar. Acesso em: 14 nov. 2020.

3. BRASIL. *Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016*. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 14 nov. 2020.

4. BRASIL. *Emenda Constitucional nº 86, 17 de março de 2015*. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm. Acesso em: 14 nov. 2020.

para o período 2016/2019, que atualizou a missão do CNS e aprovou uma agenda prioritária.

Definiu-se como Missão do CNS: Defender o SUS público, universal e de qualidade, mobilizando a sociedade brasileira em defesa do Estado Democrático e do direito à saúde, e participar da formulação e monitoramento da política nacional de saúde, fortalecendo o caráter deliberativo do controle social.

Outrossim, a agenda política do CNS⁵, tendo como elementos mobilizadores o modelo de atenção pactuado na Constituição de 1988 e o seu financiamento, assim ficou definida: 1) Acompanhamento do PNS, do Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) e dos relatórios de gestão; 2) Ação conjunta com as organizações que atuam no CNS; 3) Fortalecer e qualificar o processo de trabalho da Mesa Diretora, Pleno e Comissões do CNS; 4) Aperfeiçoar a Política de Educação Permanente do Controle Social; 5) Qualificar a participação do controle social na formulação e avaliação das políticas de saúde; 6) Apoiar a implementação da Política Nacional de Educação Permanente no SUS; 7) Defender democracia participativa e representativa; 8) Fortalecer e promover a articulação com os demais órgãos de controle social do SUS; 9) Lutar por financiamento suficiente e alocação eficiente dos recursos financeiros do SUS para garantia do modelo de atenção à saúde, conforme pactuado na Constituição Federal de 1988; 10) Promover a participação dos Conselhos de Saúde na regionalização e na gestão do SUS regional; 11) Definir estratégias específicas em relação à população indígena; 12) Promover a valorização do trabalhador da saúde e a despreciação das relações de trabalho no SUS; 13) Ordenar e regular a formação profissional em saúde, considerando que a ordenação é uma ação estratégica do controle social; 14) Contribuir para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT); 15) Instituir uma Política de Comunicação Social do CNS em defesa do SUS e do direito à saúde; 16) Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico na área da saúde e sua incorporação pelo SUS, com a garantia da proteção do sujeito de pesquisa, controle social; 17) Defender a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Tanto nas deliberações da XV Conferência Nacional Saúde de Saúde quanto no planejamento estratégico do CNS reafirmou-se a necessidade de qualificação e fortalecimento dos Conselhos de Saúde e do sistema de Conselhos como uma demanda urgente. Essa demanda foi consignada no relatório da referida Conferência, e ratificada especificamente na Resolução nº 507 do CNS, de 16 de março de 2016.

No período seguinte, foi possível dar materialidade à construção coletiva da gestão participativa do SUS. Produzimos muito, alguns dos bons exemplos, além da potência que foram, ainda precisam repercutir muito, nos ajudar a acumular mais forças. Realizamos a I Conferência Nacional Livre de Comunicação e Saúde, a II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, a Conferência Nacional Livre de Juventude e Saúde e a I Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, esta última presenteou o SUS, depois de 30 anos, com a Política Nacional de Vigilância em Saúde.

Os desafios são muito grandes: o debate da saúde como direito, que considere a soberania nacional e os interesses do nosso povo e da nossa nação, precisa transformar-se em Soluções que permitam fazer do Direito a garantia do acesso a ações e serviços de saúde. Por meio das representações dos usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores, o CNS foi buscar, na década de 1980, inspiração para ampliar sua contribuição na luta em defesa da vida e do Direito à Saúde e para construir um processo de resistência à onda de retrocessos, assim, convocamos a sociedade brasileira para realizar a nossa '8ª + 8', a XVI Conferência Nacional de Saúde.



Foto: Acervo CNS

Para além do resgate histórico, 33 anos após a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, o controle social tinha e tem a centralidade de seus debates em uma agenda muito próxima daquela de 1986. É por essa razão que o tema central e os eixos escolhidos para a XVI Conferência Nacional de Saúde foram os mesmos, ou seja, o tema central é 'Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS'. Os Eixos temáticos foram: I – Saúde como direito; II – Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); e III – Financiamento adequado e suficiente para o SUS. Entretanto, diferentemente de 1986, a arquitetura institucional do Estado Democrático de Direito está regis-

5. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Reunião Extraordinária do 62º. 2018*. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas-cns>. Acesso em: 13 jan. 2021.

trada na Constituição Brasileira, e o caráter de inovação da participação social na saúde está reconhecido legalmente e no cotidiano do sistema de saúde.

Com mais de 95% de votos, os delegados e delegadas a XVI Conferência Nacional de Saúde apontaram na aprovação do Documento apresentado pela Comissão Organizadora os rumos e os desafios que o controle social terá no próximo período. Tendo como referência que Democracia é Saúde e Saúde é Democracia, conclama todos e todas para a construção de uma jornada de lutas em defesa das liberdades democráticas, dos direitos sociais e do SUS, contra todas as formas de privatização, pelo acesso universal, financiamento adequado, carreira de estado para as trabalhadoras e os trabalhadores da saúde e fortalecimento da participação popular.

Em 2020, o Brasil enfrenta, talvez, o mais dramático momento social, político e econômico de sua história, a pandemia do novo coronavírus colocou a saúde e a

defesa da vida na centralidade de todo do planeta; e, no nosso país, a tragédia ganha dimensões catastróficas, já passamos de 100 mil vidas perdidas, o desemprego amplifica o sofrimento do povo. Ao assumir, a partir da XVI Conferência Nacional de Saúde, a defesa da vida, do planejamento democrático, da ética pública e do controle social como eixos organizativos da política de saúde, em linha com as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS), o CNS tem atuado com todas as forças democráticas para viabilizar o Plano Nacional de Enfrentamento da Pandemia da Covid-19, aplicar dinheiro novo no SUS, fortalecer a atenção primária e a vigilância em saúde, e ampliar o diálogo e a mobilização social. São propostas para as quais o controle social quer dar a sua contribuição na tarefa de fazer prosperar o Pacto Pela Vida, que precisa ampliar muito o lastro político e social de sustentação. Vida, Solidariedade, Saúde e Ciência, SUS, Meio Ambiente, Democracia.

CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

*Eduardo Bonfim da Silva
Geordeci Souza
Olga Rios*

As Conferências de Saúde têm amparo legal no art. 1º, inciso I, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Esse instrumento estabelece a participação da comunidade na gestão do SUS e divide os espaços de participação social em: I – a Conferência de Saúde e II – o Conselho de Saúde¹.

Nesse diapasão, a lei ainda estabelece que a Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (CS)¹.

Ocorreram até 2020, 16 conferências nacionais, sendo que a primeira Conferência que de fato teve a participação efetiva da sociedade foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986.

Pela primeira vez na história do país, a sociedade civil foi convocada e participou de forma ampla de um debate sobre políticas e programas de governo. Também pela primeira vez, obteve-se propostas res-

paldadas social e politicamente. Propostas que se tornariam base para o estabelecimento de um novo modelo de saúde. O evento explicita em seu relatório as diretrizes para a reorganização do sistema. O impacto da Conferência foi tal, que ela ganhou o nome alternativo de Constituinte da Saúde².

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, também mobilizou a realização de conferências temáticas, e a primeira foi de Saúde do Trabalhador (ST), realizada de 1º a 5 de dezembro de 1986.

As Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador (CNST) representaram uma política de governo atenta às demandas da sociedade. Representaram, também, um exercício para um trabalho conjunto envolvendo órgãos governamentais e não governamentais. Esse processo bem-sucedido norteou as políticas e as ações a serem priorizadas e a concretização de propostas inovadoras, em especial no âmbito da formação, capacitação e implementação de políticas e ações no âmbito da ST.

Abaixo, *quadro 1* com as informações de cada conferência relacionada com a ST.

1. BRASIL. 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, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 08 nov. 2020.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. *Para entender o controle social na saúde*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

3. BRASIL. Portaria Interministerial MPS/MS/TEM nº 800, de 3 de maio de 2005. Disponível em: http://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Portaria_800_22092014.pdf. Acesso em: 11 dez. 2020.

Quadro 1. Descrição das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador, temas centrais, eixos, propostas aprovadas e data da Conferência

Ano	Tema central	Eixos	Propostas aprovadas	Nortes da conferência
1989 I CNST	Saúde como Direito do Cidadão e Dever do Estado	Diagnóstico da situação de saúde dos trabalhadores	48	Formulação de propostas e mobilização da sociedade, especialmente dos trabalhadores, garantindo conquistas na Constituição Federal de 1988, tais como os direitos dos trabalhadores (art. 7º) e a inserção da área de Saúde do Trabalhador (art. 200).
		Novas alternativas de atenção à saúde dos trabalhadores	27	
		Política Nacional de Saúde do Trabalhador	18	
1994 II CNST	Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador	Princípios	8	Realizada durante o processo revisional da Constituição foi uma oportunidade de mobilização para garantir as conquistas já obtidas e direcionamento para criação e publicação de uma política para a área de Saúde do Trabalhador, a partir da contribuição dos diversos segmentos representados.
		Organização das ações de Saúde do Trabalhador	22	
		Participação e controle social	8	
		Informação	4	
		Recursos humanos para a Saúde do Trabalhador	4	
		Financiamento	3	
		Legislação	7	
		Desenvolvimento, meio ambiente, saúde e trabalho	3	
Política agrária e Saúde do Trabalhador rural	3			
2005 III CNST	Trabalhar sim! Adoecer não!	Como garantir a integralidade e a transversalidade da ação do Estado em Saúde dos (as) Trabalhadores (as)? A discussão visava avaliar as políticas públicas nacionais, em especial a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho (PNSST). Também, propor modos integrados de ação entre as diversas instâncias públicas vinculadas à saúde, em especial, a otimização da integração das ações interinstitucionais e dos recursos financeiros e técnicos, como estratégias do direito constitucional da universalidade, integralidade e equidade.	159	Convocada pelos três ministérios pilares da Saúde do Trabalhador: Saúde, Trabalho e Previdência Social foi desencadeada pela publicação da primeira versão da PNSST ³ . O tema central 'Trabalhar sim! Adoecer não!', procurou resgatar a positividade do trabalho e desconstruir a relação trabalho/sofrimento comum no imaginário social.
		Como incorporar a Saúde dos(as) Trabalhadores(as) nas políticas de desenvolvimento sustentável no país? Tal eixo propôs a reflexão sobre as transformações no mundo do trabalho e a necessidade de um paradigma capaz de satisfazer as demandas do presente sem comprometer o futuro das novas gerações. Como opção política, implica inverter prioridades e criar, coletivamente, alternativas de desenvolvimento que sejam incluídas, harmônicas com o ambiente e compatíveis com a saúde; ainda, aperfeiçoar os mecanismos regulatórios dos conflitos ambientais e de saúde pelo Estado	101	
		Como efetivar e ampliar o controle social em Saúde dos(as) Trabalhadores(as)? Este eixo contemplou a proposição e avaliação das formas de incorporar a participação popular na formulação das políticas públicas. Fundamenta-se na participação ativa dos trabalhadores que vivem e experimentam os processos de defesa da saúde no trabalho e assumem a posição de agentes coprotagonistas da investigação e da produção do conhecimento com o objetivo de transformar a relação do trabalho com o processo saúde-doença.	81	
2014 IV CNSTT	Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Direito de Todos e Todas e Dever do Estado	O desenvolvimento socioeconômico e seus reflexos na Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora	20	Momento ímpar da Saúde do Trabalhador, pela oportunidade de apresentar e discutir a implementação da PNSTT com os diversos atores e hierarquias, reforçando a dinâmica participativa SUS.
		Fortalecer a participação dos trabalhadores e das trabalhadoras, da comunidade e do controle social nas ações de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora	25	
		Efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), considerando os princípios da integralidade e intersetorialidade nas três esferas de governo	121	
		Financiamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, nos municípios, Estados e União	53	

As quatro Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CNSTT) totalizaram 721 propostas, 93, 68, 341 e 219, respectivamente.

Os passos pós-conferências consistem na definição de agendas de articulação entre representantes da gestão, prestadores, usuários, sociedade civil e movimentos sociais para a viabilização das propostas aprovadas.

O processo de mobilização da sociedade por meio da realização das CNSTT, analisadas em pers-

pectiva histórica, permite concluir que houve muitos avanços nesse campo de conhecimentos e práticas. Porém, ao considerar a dinâmica de transformação do mundo do trabalho, e, nesse contexto, problematizar criticamente a relação saúde-trabalho, pode-se apontar as lacunas que ainda persistem para a produção do cuidado integral nos diversos pontos de atenção da rede de atenção à saúde, e contribuir de maneira decisiva para a garantia do direito à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Eduardo Bonfim da Silva

Geordeci Souza

Olga Rios

A Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT) foi criada pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, com a finalidade de articular as políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS. É subordinada ao CNS, e sua composição é integrada pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil¹

Conforme estabelecido pela Constituição Federal do Brasil de 1988 e pela Lei Orgânica nº 8.080/90, o SUS é descentralizado, com direção única em cada esfera de governo. Nesse sentido, foram criados os Conselhos de Saúde nos âmbitos estaduais e municí-

pais, e nesse mesmo instrumento legal em seu inciso VI, art. 13, estabelece a obrigatoriedade de instalação de CISTT^{1,2}.

A CISTT no âmbito nacional foi instalada pela Resolução do CNS nº 11, de 31 de outubro de 1991³, e conforme regimento do CNS, passa pelo processo de recomposição a cada mandato do CNS, o que correram nos anos de 1999⁴, 2007⁵, 2013⁶, 2016⁷, 2018⁸ e 2019⁹. Desde então, vem trabalhando efetivamente no assessoramento do CNS, fornecendo subsídios para deliberação sobre a formulação da estratégia e controle da execução de políticas públicas de saúde na área da ST.

Na *quadro 1*, apresentamos as resoluções e recomendações do período de 2013-2020.

Quadro 1. Resoluções e recomendações no período de 2013-2020

Documento	Data	R.O.*	D.O.U**	Assunto
Recomendação 033/2020	05/05/20	R.E.64 ^a		Recomenda medidas de transparência na divulgação dos dados estatísticos e notificações compulsórias dos agravos em Saúde do/a Trabalhador/a devido à Covid-19.
Recomendação 032/2020	05/05/20	R.E.64 ^a		Recomenda medidas prioritárias para trabalhadoras e trabalhadores dos serviços públicos e atividades essenciais, nas ações estratégicas do Ministério da Saúde.
Recomendação 016/2020	24/03/20	R.E.64 ^a		Recomenda ao Ministério da Economia, aos Presidentes da Câmara dos Deputados e do Senado Federal e ao Presidente do Supremo Tribunal Federal a adoção de providências em razão da edição da Medida Provisória nº 927/2020.
Recomendação 022/2019	17/05/19	317		Ao Ministério da Economia e ao Ministério Público do Trabalho: Que se obedeça ao processo democrático, participativo e paritário fundamental para evolução das normas regulamentadoras, com a realização de debates e de Audiências Públicas.

1. BRASIL. Lei nº 8.080/GM, 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, DF, 20 Set. 1990. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm#:~:text=%C2%A7%201%C2%BA%20O%20dever%20do.sua%20promo%C3%A7%C3%A3o%20prote%C3%A7%C3%A3o%20e%20recupera%C3%A7%C3%A3o. Acesso em: 09 dez. 2020.

2. BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 14 nov. 2020.

3. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 11, de 31 de outubro de 1991. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_91.htm. Acesso em: 18 jan. 2021.

4. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 296, de 02 de setembro de 1999. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_99.htm. Acesso em: 18 jan. 2021.

5. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 387, de 14 de junho de 2007. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_07.htm. Acesso em: 18 jan. 2021.

Documento	Data	R.O.*	D.O.U**	Assunto
Recomendação 007/2019	15/03/19	315		Ao Presidente e demais parlamentares do Congresso que procedam à devolução da MP 873 ao Poder Executivo.
Recomendação 002/2019	15/02/19	314		Que o Comitê de Gestão e Avaliação de Respostas a Desastres: <ul style="list-style-type: none"> • Crie mecanismos de composição efetiva das instâncias de controle social nas discussões engendradas; • Apresente um plano de ações de políticas públicas e sociais interministeriais de proteção social às populações afetadas pelos desastres ocorridos, que articule as responsabilidades do nível municipal, estadual e federal, com o respectivo acompanhamento por este CNS; • Apresente oficialmente ao público os documentos e relatórios enviados aos órgãos reguladores e ao Poder Judiciário com as medidas adotadas para mitigar crimes dessa natureza; • Que realize planejamento para aumento de recursos humanos nos diversos ministérios e órgãos fiscalizadores; e • Que coordene e incentive a agenda interministerial, envolvendo os Ministérios: da Saúde, do Desenvolvimento Regional, do Meio Ambiente com participação do CNS, para tratar preventivamente de segurança e saúde de calamidades e trabalhadores de barragens.
Recomendação 58/2018	13/12/18	312		Ao Contran e ao Denatran: <ol style="list-style-type: none"> 1. Que suspendam administrativamente, a obrigatoriedade do exame toxicológico 'de larga janela'. 2. Que realize amplo debate com a sociedade, em torno dessa matéria. 3. Que articule a proposição de Projeto de Lei substitutivo ao PL nº 6.187/2016 contendo proposição de revogação do exame nos termos dispostos na Lei nº 13.103, de 02 de março de 2015.
Resolução 603/2018	08/11/18	311	19/12/18	Aprova o relatório da Câmara Técnica CISTT/CNS.
Recomendação 040/2018	11/10/18	310		À Sua Excelência Alexandre de Moraes, Ministro do STF que aprecie com brevidade as razões apresentadas na ADI nº 5.322/2015, que questiona a constitucionalidade da Lei nº 13.103/2015.
Recomendação 021/2018	07/06/18	306		À SVS/MS: Que renove a parceria com o Diesat dando continuidade ao projeto das oficinas de formação, renovando os objetivos e metas e atualizando os valores de financiamento e repasse de acordo com a necessidade.
Recomendação 022/2018	07/06/18	306		Ao MS: Que realize estudo a fim de verificar a viabilidade e possibilidades de inclusão dos motoristas de táxi/aplicativos/ônibus nas campanhas de vacinação.
Recomendação 19/2018	07/06/18	306		Ao Presidente da Câmara dos Deputados: Que suspenda os trâmites do projeto de lei PL 6187/2016 que amplia os exames toxicológicos para as categorias A e B.
Recomendação 014/2018	10/05/18	305		Ao STF: Que declare a inconstitucionalidade dos artigos da Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017 referidos nas 21 (vinte e uma) ADI, que questionam diversos itens da chamada nova CLT.
Recomendação 013/2018	27/04/18	304		À Comissão Especial destinada a proferir parecer ao Projeto de Lei nº 6.299/2002, que: 1. Modifique o texto divulgado no site da Câmara dos Deputados, a fim de garantir as competências do setor da saúde na avaliação de agrotóxicos; 2. Mantenha os critérios de avaliação para os aspectos de carcinogenicidade, mutagenicidade, teratogenicidade, distúrbios hormonais e danos ao sistema reprodutivo. Ao Presidente da Câmara dos Deputados: Que não permita que projetos como esse.
Resolução 555/2017	15/09/17	297		Cria a Câmara Técnica (CT) da CISTT/CNS, com o objetivo de discutir um novo modelo de organização dos Cerests com vistas à correção das assimetrias existentes entre as diversas regiões e em atendimento às realidades locais.
Recomendação 056/2017	10/11/17	299		Que à SVS/MS, MMA, à Defesa Civil e à SES de Minas Gerais: que realizem ações de vigilância em saúde.
Recomendação 053/2017	10/11/17	299		Que à CGSAT/DSASTE/SVS/MS: A efetiva implementação de um canal de comunicação eficiente e transparente entre a Coordenação, o controle social e a Renast em todo Brasil e a imediata revogação da Portaria MS nº 2.022/2017.
Recomendação 040/2017	15/09/17	297		Que à SIT/MT: Republicue a Instrução Normativa nº 133/SIT/MT, de 21 de agosto de 2017.
Recomendação 016/2017	12/05/17	293		Que o CFM: Revogue o Parecer CFM 3/17.

6. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 483, de 7 de agosto de 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2013/Reso483.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

7. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 530, de 8 de julho de 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso530.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

8. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 576, de 21 de fevereiro de 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso576.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

9. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 633, de 11 de outubro de 2019. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2019/Reso633.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

Documento	Data	R.O.*	D.O.U**	Assunto
Recomendação 014/2017	12/05/17	293		Que o Congresso Nacional retire de tramitação da PEC 287/2017 e o PL 6.787/2016 e instale uma CPI apurando a real situação da Seguridade Social, em especial o déficit da Previdência Social.
Recomendação 002/2017	17/02/17	290		Que o presidente do INSS revogue o Despacho Decisório nº 45/Dirsat/INSS, de 07 de novembro de 2016.
Recomendação 013/2015	06/08/15	272		Que o Senado Federal vote e aprove sem ressalvas o PLC nº 130/2011.
Recomendação 008/2015	11/06/15	270		Que a Presidenta da República vete os incisos II e III do § 5º, propostos para alteração do art. 60 da Lei nº 8.213/1991, contidos no PL de Conversão nº 04/2015, referente à MP nº 664/2014.
Recomendação 006/2015	07/05/15	269		Que a rejeição pelo Senado Federal do PL nº 4.330/2004, e o veto integral do PL nº 4.330/2004 pela Presidenta da República, em caso de aprovação pelo Congresso Nacional.
Recomendação 001/2015	28/01/15	265		Ao Governo Federal e ao Congresso Nacional, que revogue as MP 664 e 665.
Recomendação 001/2014	06/02/14	253		Que o governo federal revogue os artigos 52, 53 e 54 da Lei Federal nº 12.873/2013, o Decreto Presidencial nº 8.133/2013, e a Portaria nº 1.109/2013 do MAPA.
Resolução 499/2014	11/09/14	261	11/11/14	O CNS autoriza excepcionalmente a realização das etapas macrorregionais e estaduais em períodos posteriores ao determinado regimentalmente, para participação da etapa nacional da 4ª CNSTT.
Resolução 494/2013	27/11/13	251	24/12/13	Aprova o Regimento Interno da 4ª CNSTT.
Resolução 493/2013	07/11/13	251	21/01/14	Determina que os Conselhos de Saúde nos âmbitos Estadual, Distrital e Municipal promovam a criação da CISTT.

* Reunião Ordinária; ** Diário Oficial da União.

Tabela 1. Quantitativo de resoluções e recomendações da CISTT nacional por ano

ANO	RESOLUÇÕES	RECOMENDAÇÕES	TOTAL POR ANO
2013	3	0	3
2014	1	1	2
2015	0	4	4
2016	1	0	1
2017	1	6	7
2018	3	7	10
2019	1	4	5
2020	0	3	3
TOTAL	10	25	35

A agenda de trabalho permeou outras diversas ações importantes. Destacam-se:

– A realização da IV CNSTT, no ano de 2014, visando discutir a implementação da PNSTT, publicada em 2012.

– Realização de 9 Encontros Nacionais (CIST-TÃO) nos anos de: 2007, 2009, 2010, 2012, 2013, 2015, 2016, 2017 e 2018, com o objetivo de realizar um diagnóstico das CISTT existentes no País e promover a criação de CISTT municipais; conhecer e fortalecer

a troca de experiências entre as CISTT, ampliando a participação social na PNSTT no Brasil.

– O aumento de pautas discutidas no Pleno do CNS de ST, além do mês maio que passou a ser a pauta mais importante com discussão de tema específico na reunião ordinária.

– Foi a primeira Comissão do CNS, que publicou uma Recomendação (Rec/CNS nº 034, de 09 de dezembro de 2009¹⁰), fomentando a criação de CISTT nos estados e municípios dentro dos respectivos

10. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Recomendação CNS nº 034, de 09 de dezembro de 2009. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/reco_09.htm. Acesso em: 19 jan. 2021.

Conselhos de Saúde, reiterando os princípios do SUS e do controle social. Essa recomendação foi atualizada pela Resolução nº 493, de 09 de novembro de 2013^{11,12}, estabelecendo novos parâmetros na organização e nas prerrogativas da Comissão, dentre outros, destacamos:

Funcionamento dentro dos Conselhos de Saúde.

Coordenação por conselheiros de saúde.

Venceu a barreira do regimento próprio da CISTT.

Criação de CISTT mediante resolução.

Publicação da cartilha – Conheça a CISTT.

Continuidade dos Encontros Nacionais (CISTTÃO).

Emergiu a realização de CISTTÓES Estaduais.

Fomentação da criação do plano de trabalho/atividade/ação.

Conhecimento do papel CISTT x Cerest.

Identificação dos atores envolvidos na CISTT.

– A participação das CISTT estaduais nas reuniões da CISTT nacional, com o objetivo de interação, informação e fomento para o aumento da criação da Rede de CISTT em todo o País.

– O mapeamento do perfil de componentes das CISTT Estaduais com o total de 506 participantes – 350 titulares e 156 suplentes; 267 entidades/organizações de representação; identificou-se que não consta em suas composições membros dos sindicatos de trabalhadores da saúde no Amapá, Maranhão, Minas Gerais, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Santa Catarina; foi identificado também em suas composições a ausência de membros dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) nas CISTT do Amapá, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Piauí, Rio de Janeiro, Roraima, Santa Catarina, Sergipe e Tocantins¹³.

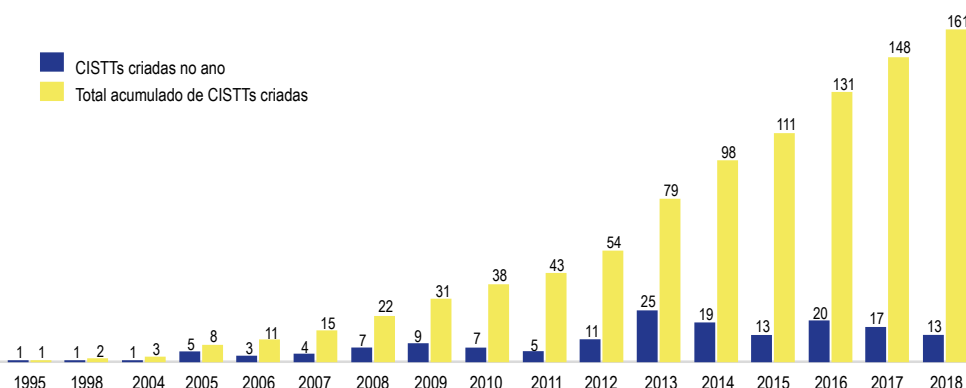
– O significativo aumento de CISTT, saindo de 12 estaduais e 74 municipais em 2007, e passando para 161 municipais e 26 estaduais e 1 do Distrito Federal no ano e 2019, conforme *gráfico 1* abaixo:

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 493/GM, de 07 de novembro de 2013. Que os Conselhos de Saúde nos âmbitos Estadual, Distrital e Municipal promovam a criação da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST, por meio de resolução para assessorar ao Plenário do referido Conselho resgatando e reiterando os princípios do SUS e do controle social, seguindo as orientações. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 Dez. 2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2013/Reso493.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2020.

12. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 493, de 7 de novembro de 2013. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2013/Reso493.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

13. DEPARTAMENTO INTER-SINDICAL DE ESTUDOS E PESQUISAS DE SAÚDE E DOS AMBIENTES DE TRABALHO. *O Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: Práticas territoriais*. São Paulo: DIESAT, 2020.

Gráfico 1. Evolução da criação das CISTT e total de CISTT municipais



Fonte: Diesat 2020¹³.

A Resolução nº 493/2013, nos trouxe ainda uma série de objetivos e finalidades que antes estavam implícitos no alcance normativo das CISTT. Esse ato favoreceu ao avanço da construção de novas CISTT e fortaleceu as já existentes que passaram a desenvolver um papel mais relevante dentro do controle social. Vejamos então, os avanços que a resolução passou a disciplinar:

– Acompanhar e fiscalizar os serviços e as ações realizadas pelos Cerest, observando seus planos de trabalho;

– Participar da construção ou sugerir ações no Plano de Trabalho dos Cerest;

– Articular políticas e programas de interesse para ST cuja execução envolva áreas compreendidas

e não compreendidas no âmbito do SUS;

– Propor às instituições e entidades envolvidas que, no âmbito de suas competências, atuem no sentido de eliminar ou reduzir os riscos à ST;

– Propor e acompanhar a implantação de medidas que objetive a melhoria dos serviços de ST público e privado;

– Integrar as diversas instâncias envolvidas nas ações em ST em torno de um projeto comum, visando à efetivação dos princípios do SUS;

– Avaliar/analisar os projetos e plano de saúde apresentados pela Secretaria de Saúde por meio de seus técnicos, focando nas ações relacionadas à ST, recomendando ao pleno do CS alterações,

complementações que se fizerem necessárias, bem como sua aprovação ou rejeição;

– Acompanhar a implantação/implementação dos projetos e planos de saúde, recomendando ao CS que fiscalize e tome as providências cabíveis caso verifique questões que não estejam de acordo com o aprovado;

– Contribuir para a promoção da Sensibilização e Educação Permanente dos gestores/prestadores, trabalhadores e usuários do SUS sobre a importância da discussão sobre ST; e

– Contribuir para dar conhecimento à sociedade em geral da legislação em ST não só do SUS.

Apesar dos avanços significativos da CISTT/CNS, seja por meio da realização dos CISTTÓES, seja pela realização de conferências nacionais, os desafios apresentados pela conjuntura são cada vez maiores para efetivação do controle social e a consolidação da PNSTT.

Há de destacar que os desmontes da seguridade social, em especial, da legislação de proteção à Segurança e Saúde do Trabalhador, são elementos de imensa preocupação para toda a sociedade diante do enfretamento necessário a ser encampado pelo controle social e o movimento sindical brasileiro.

CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR: CONSTRUÇÃO E RECONSTRUÇÃO DA UTOPIA

Fatima Sueli Neto Ribeiro

José Amadeu Antunes Alvarenga

Arnaldo Marcolino Silva Filho

Ilquias Araujo Lopes do Nascimento

0 controle social

Este ensaio parte de concepções técnico-social do tema, mas se consubstancia no relato vivido e pensado dos autores. Sem o compromisso teórico, reflete as emoções da vivência. Cada autor segundo seu olhar, gênero, etnia e singularidade.

Controle social nos remete às estratégias do poder instituído em determinar nossos gostos, nossas opções de lazer etc. A partir dos anos de 1980, passou a ser entendido como a estratégia do cidadão controlar o Estado, popularizado a partir do Movimento da Reforma Sanitária. Para tanto, faziam-se necessários: um *locus* privilegiado para planejar as ações que o estado deveria executar; poder para vetar ou aprovar recursos; e o debate contínuo entre as forças que compõem os principais interessados em saúde. Esse espaço foi denominado CS.

Participação social reside na capacidade de a participação garantir diálogo, mas não a intervenção. Controle social pode ser entendido como a participação dos diferentes atores sociais com a finalidade de aprimorar conhecimento sobre a política de saúde, participar de sua implementação e de sua defesa. As políticas públicas precisam ser controladas, pois nenhum direito conquistado é definitivo, precisa ser retroalimentado. Trata-se de uma estratégia para

entender, inclusive as demais políticas públicas como educação, moradia etc. Instâncias garantidas pela Constituição Federal.

A área da ST, mesmo antes da regulamentação do SUS, já se articulava com o movimento sindical. A participação do saber operário em todas as etapas de planejamento, execução e avaliação das ações da área faz parte do conceito da ST, sem o trabalhador o campo é outra coisa. Na vivência do controle social, a responsabilidade dos atores da ST é a de manter a indignação contra a exploração e a opressão.

0 Conest/RJ

Algumas experiências foram emblemáticas. Liderado pelo Programa Estadual de Saúde do Trabalhador do SUS, o Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador no Estado do Rio de Janeiro (Conest) foi criado em 1990, antes mesmo do Conselho Estadual de Saúde, com representantes das Secretarias Estaduais de Saúde e de Ação Social, Delegacia Regional do Trabalho, pensadores engajados da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), militantes sindicais, municípios e Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat); com a finalidade de traçar dire-

trizes, acompanhar a execução e avaliação das ações no campo da ST, por dentro da máquina pública de saúde, definindo a política para a área.

A sua singularidade se deu: no protagonismo de um colegiado interinstitucional e intersindical; sua composição bipartite: poder público e representantes dos trabalhadores; ausência de financiamento e sua atuação que previa transformações nos processos produtivos, mudanças tecnológicas, protagonismo do poder executivo e promoção da saúde^{1,2}. A proibição do jateamento de areia no estado do Rio de Janeiro em 1991 e em 2004 em todo País é um exemplo.

O Consest trouxe para a sociedade a visibilidade das ações técnicas do Estado, garantindo sua real isenção. Firmou-se como referência no saber companheiro das ações, denunciando e enfrentando o patronal, em alguns momentos, o próprio Estado quando cúmplice da violência contra o trabalhador.

A descontinuidade do Consest foi atribuída ao retraimento dos sindicatos, esvaziamento técnico, ausência de articulação intrasetorial com as vigilâncias, o modelo Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) que não levou em conta esta estratégia e o papel de uma coordenação estadual que não valorizava as ações de vigilância e sem respaldo ao controle social. Em 2010, foi substituído pela Comissão Intersetorial de Segurança e Saúde do Trabalhador, em um modelo ainda mais conservador do que a Comissão proposta pela Renast, seguindo o modelo tripartite, sem autonomia e submetida ao Conselho Estadual de Saúde.

A Plenária Municipal de Saúde do Trabalhador do Município de São Paulo

No período de vigência do Plano de Assistência à Saúde (PAS) da Prefeitura de São Paulo, foi implementado um processo de experiências privatizantes da gestão pública, sob a forma enganadora de cooperativas de trabalho. Nesse período, toda a estrutura local de saúde foi desmantelada, mas, pelo modelo articulado com os sindicatos dos trabalhadores, foi possível que a área de ST se configurasse como um nicho de resistência ao modelo anti-SUS³.

A forte presença do movimento sindical que se organizou no final dos anos 1980 em um Fórum InterSindical na Zona Norte do Município de São Paulo agregou os Conselhos Gestores dos Programas de ST, e passou a se chamar Plenária dos Conselhos Gestores e se organizou em conjunto com técnicos dos Centros de Referência em ST e grupos interessados na área. Essa instância de controle social garantiu a continuidade dos

Programas de ST na vigência do PAS durante os governos Maluf/Pitta – 1993 a 2000⁴.

A Plenária de Conselhos Gestores realizou a I e a II Conferência Municipal em ST em 1997 e 1999, além de diversas outras iniciativas de abrangência nacional. A sua característica principal é a completa independência do poder público, seja em financiamento, organização ou inserção nas estruturas formais, já previstas no SUS. A sua legitimidade se estende a todas as ações nacionais que demandavam participação social.

Com momentos mais potentes ou mais estruturantes, ainda permanece atuante, articulada com vários movimentos sociais, Movimento Negro, Sem Teto, além do SUS na Rua, e mantém a estrutura audaciosa e ímpar de atuação externas às instâncias do poder público em atividades do verdadeiro controle social do Estado brasileiro.

Fórum Intersindical Saúde-Trabalho-Direito

Entre 2005 e 2012, o vácuo de organização do movimento social no campo de ST no estado do Rio de Janeiro foi ressentido e incomodando os que viveram a pujança de ações do Consest.



A experiência democrática e resolutiva do Consest suscitou a criação do Fórum Intersindical, que se iniciou com demanda por formação pelo Sindicato dos Metalúrgicos (RJ) em 2012, e que foi maturado no grupo de pesquisa Direitos Humanos e Saúde, composto de diversas instituições que se reuniam semanalmente. O curso intersindical foi ampliado para outros sindicatos e deslanchou a partir de 2015. A composição do Fórum Intersindical ocorre com representações de sindicatos e associações de trabalhadores, Cerest e universidades, para debater, resistir e transformar a aviltante realidade do trabalho.

1. VASCONCELLOS, L. C. F., et al. A construção e a institucionalização da saúde do trabalhador no sistema único de saúde. In: VASCONCELLOS, L. C. F., et al. (Org.) *Saúde, Trabalho e Direito: Uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. RJ: Educam, 2011. p. 423-452.

2. RIBEIRO, F. S. N., et al. Saúde do Trabalhador no Brasil nos anos 1990 e 2000, do período da audácia ao desbribo. *Revista Em Pauta*, v. 23, n. 11, p. 39-63, 2013.

3. SILVA FILHO, A. M., et al. A Plenária Municipal de Saúde do Trabalhador de São Paulo. In: VASCONCELLOS NETO, R., et al. *Caderno de Relatos de Experiências em Saúde do Trabalhador*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 21-26

4. SANTOS, A. P. M. B. *Implementação de uma comunidade ampliada de pares: o Fórum Intersindical de formação em saúde – trabalho – direito para a ação em saúde do trabalhador*. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

Santos⁴ descreve o Fórum como uma comunidade de pares para a democratização de saberes, formação e discussão das relações saúde-trabalho-direito e para a ação em ST. Consolidou-se a partir da participação dos atores interessados e constitui uma fonte de conhecimento, gerado pela troca de saberes; estabelecendo vínculos; possibilitando a transformação dos atores na relação entre seus participantes.

São conhecimentos transmitidos de uma forma rica e simples de comunicação, que exercem influência na vida e nas relações interpessoais no ambiente de trabalho. Fica impossível não perceber as injustiças e o descumprimento das obrigações das empresas, nada mais passa despercebido.

Desenvolve-se em diversas frentes, unindo o espaço acadêmico e social, articulando ações conjuntas e gerando textos populares. Cabe a preocupação da continuidade desse modelo de articulação e produção teórica para além do esforço dos organizadores atuais.

0 modelo vigente

No plano nacional, a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (Cist) foi uma das primeiras comissões formadas após a instalação do CNS com objetivo de assessorá-lo, todavia, sem poder deliberativo ou resolutivo. Vasconcellos e Ribeiro¹ discutem que embora a Cist se configure como um espaço rico de reflexão política, é restrito pela baixa repercussão de suas análises e representação de suas bases. A relação hierárquica com o Conselho dificulta, inclusive, a sua transparência. Apenas nos períodos em que a presidência foi exercida por Olga Estefania (1995-1999) a Cist divulgava para a sociedade os debates e, assim, exercia a sua transparência e discussão social. No *site* que abriga a Cist atualmente consta apenas a sua composição.

Uma crítica crescente ao formato de Conselhos refere que a instância de controle social vem sendo considerada como parte do processo de burocratização do governo. Essa passagem de movimentos reivindicatórios para instâncias burocráticas de participação consultiva tem reflexos importantes para ações contundentes em todos os níveis de atenção.

Ainda que esteja claro que a defesa do SUS pelo movimento sindical é uma necessidade e foi imperioso na construção do controle social, esta defesa e a ocupação dos espaços de CS não são uma realidade atual. Lacaz (2019)⁵ descreve o verdadeiro divórcio entre o caminhar do movimento da reforma sanitária e o movimento sindical de ST.

Ao fim e ao cabo

Essas experiências suscitam reflexões. A composição do CS reúne entre os usuários os sindicatos e movimento social, mesclando experiências e organizações distintas. Entender as demandas dos usuários e se unir na luta comum aproximam atores diferentes em uma mesma direção; mesmo que signifique renunciar às próprias demandas pela luta dos outros componentes. Nesse processo, estruturam-se metas comuns. O movimento de mulheres, negros e demandas de territórios locais foram bandeiras que fortaleceram o CS do município de São Paulo e retroalimentaram a Plenária na direção de ocupar os espaços de controle social.

Um balanço inicial permite identificar três aspectos fundamentais para o CS: a premência da unificação das centrais sindicais em metas comuns; as lutas por saúde do movimento social devem ser unificadas com as demandas sindicais; e os movimentos não precisam de 'formação' para organizar as suas demandas, eles têm suas próprias prioridades, e o SUS deve acolher estas demandas, e não se organizar em modelos de atenção diferente delas. Cabe lembrar que a burguesia tem no Estado, enquanto órgão de dominação de classe por excelência, o aparato privilegiado no exercício do controle social.

A luta ao final é pela defesa do SUS. Os sucessos foram notados nas experiências em que o movimento sindical se associou aos movimentos sociais e na aliança com profissionais de saúde. São instâncias que se auxiliam e configuram a ocupação técnica e social do CS, significa aprender com o outro. A força reside nessa ação conjunta, contrariando muitas forças, mas fazendo alianças bem maiores.

O desigual efeito da pandemia de Covid-19 entre os grupos sociais vem sendo ocultado em estatísticas generalistas. As dificuldades com equipamentos necessários para casos graves ofuscam a ausência de medidas para atenção básica. A apologia da vacina como estratégia salvadora do modelo desigual, reconhecido como 'normal', tornou a sua busca uma panaceia que tem desrespeitado os protocolos em nome da ganância do lucro que essa vacina-mercadoria vai render; enquanto as causas ligadas à destruição ambiental e à ausência de atenção integral são completamente silenciadas. As medidas de ST se restringem a Equipamentos de Proteção Individual (EPI), porquanto mudanças de organização do trabalho dos profissionais de saúde não entram no debate.

Mesmo as medidas de prevenção são elitistas por pressupor que todos possuem casas, espaços para isolamento, estudantes com acesso à internet, traba-

5. LACAZ, F. A. C., et al. Movimento da Reforma Sanitária e Movimento Sindical da Saúde do Trabalhador: um desencontro indesejado. *Saúde debate*, v. 43, n. 8, p. 120-132, 2019.

lhadores que não precisam trabalhar etc. Enquanto o desemprego explode, as corporações globais levaram ao limite a uberização do trabalho, alcançando profissionais liberais, professores e todas as categorias que se interpõem entre a burguesia e o proletariado. Ricardo Antunes alerta que o receituário para pós-pandemia das corporações é um obituário da classe trabalhadora.

Neste novo contexto histórico, o neoliberalismo associado ao capital financeiro e ao patriarcado tentam superar a crise por meio da intensificação das tecnologias de informação e de novos modelos de organização social perigosos para o trabalhador, porquanto ignora a distopia e propaga a facilidade e a modernidade pautadas no isolamento progressivo dos trabalhadores (trabalho em domicílio), quebra das relações humanas presenciais necessárias em atividades como saúde e educação, contraposto por consultas remotas e aulas a distância. Esse isolamento dificulta a identificação de valores comuns, a formação de grupos e a organização de movimentos de resistência.

Assim, a pandemia evidencia que um novo modo de vida é imperativo para nosso tempo. Alternativas ao capitalismo tóxico devem ser outro modo de viver, de produzir, de consumir e de conviver.

A dimensão dos danos decorrentes do trabalho reverbera em todas as estruturas do SUS, mas independentemente da patologia e de como será acolhida no SUS, é o trabalho que causou os agravos; e essa transversalidade dos danos ainda está por ser construída e reafirmada diariamente. A ênfase da estrutura do SUS em patologias e ciclos de vida, e não em determinantes, não auxilia nas ações e na vigilância. Este pode ser um caminho para recriar o SUS, sob as prioridades e demandas ditadas pelos movimentos sociais, e não pela lógica acadêmica de especialidades médicas.

Boaventura Santos lembra que o tempo dos intelectuais de vanguarda acabou. Estes devem

aceitar-se como intelectuais de retaguarda, atentos às necessidades e às aspirações dos cidadãos comuns, e saber partir delas para teorizar e organizar a sociedade e o SUS.

‘Todo Poder Emana do Povo’ é um princípio constitucional que deve inspirar a lutar por um Brasil justo, harmonioso, equânime, respeitando todas as formas de Vida.

O horizonte é uma construção e reconstrução diária. Pequenos avanços oxigenam a luta. A constância de movimentos perde e ganha participantes, a sobrevida do SUS reside também em despertar para outros caminhos.

Cabe reiterar o papel da educação para cidadania, um instrumento de transformação importante. Outrossim, o conhecimento que faz progredir e enxergar o outro, a ter, perceber e sentir na pele o que é empatia, ver além do ego, além do salário no final do mês. Esse conhecimento é fundamental para que gerações futuras não deixem de lutar por saúde, principalmente no trabalho.

Às centrais sindicais, cabe a função de organizar a sociedade e atuar associados aos profissionais de saúde, posto que são os que tornam a política de saúde realidade.

Mais do que nunca, o protagonismo do controle social exige envolvimento, compromissos, utopia; e a decisão de defender essa utopia sem flexibilizar princípios. É uma estrada que cobra pedágios altos, seja no plano familiar, na permanente angústia da luta e nas pequenas vitórias. Não é fácil, não é leve, mas faz a vida valer a pena.

Dedicatória

Este texto é dedicado à memória de alguns companheiros que foram fundamentais para o material descrito: Jorginho, Salvador, Marcel Caldas, Celina, Ângela, Paquetá e Lobão.



CONTROLE DEMOCRÁTICO E SAÚDE DO TRABALHADOR: A EXPERIÊNCIA DO CONSELHO GESTOR DO CEREST — POLO DUQUE DE CAXIAS-RJ

Cláudia Gouveia dos Santos

Debora Lopes de Oliveira

A Saúde do Trabalhador não se faz sem os trabalhadores!

Eis o nosso ponto de partida para discutir a experiência do Conselho Gestor do Cerest Duque de Caxias, que abrange os municípios de Duque de Caxias, Magé, São João de Meriti e Queimados, pertencentes à Região da Baixada Fluminense, que integra a Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Assim, a forma como as ações de ST se desenvolveram no município expressa a sua implicação com o princípio da participação social tendo no trabalhador o sujeito histórico central. A contextualização dessa experiência permite entender a criação desse Conselho no marco de uma estratégia de gestão democrática da política de ST gestada em um determinado território no contexto da implantação da Renast.

A ST em Duque de Caxias, enquanto campo de intervenção na saúde pública, tem início em meados dos anos de 1990 como desdobramento das ações realizadas pelo Programa Estadual de Saúde do Trabalhador (PSTrab) e do Conest que foram cruciais para a construção desse campo no âmbito do SUS no estado do Rio de Janeiro, dando visibilidade e criando estratégias políticas para o enfrentamento da 'questão da ST', como parte das expressões da questão social gestadas na relação entre capital e trabalho. O processo de estruturação dessas ações ocorre sob o signo do protagonismo dos trabalhadores, evidenciada na estreita relação que se estabeleceu entre os técnicos envolvidos nas ações e os trabalhadores representados pelos sindicatos. Uma relação horizontal, na qual o 'saber operário' foi fundamental para a desconstrução de um saber tecnicista, acrítico e apartado dos reais interesses dos trabalhadores. Dessa forma, a participação dos trabalhadores se torna a 'pedagogia do agir em ST', uma perspectiva derivada de uma construção coletiva que reconhece no trabalhador o seu eixo central. Assim, se a ST não se faz sem trabalhador, aqueles que estão atuando no campo precisam compreender que o agir em ST exige uma escolha pelo lado do trabalhador, visão que só é possível quando essa ação é gestada de forma democrática.

Seguindo essa premissa, essa história é entrelaçada com os sindicatos, seus movimentos, suas demandas e seus saberes. Aprendemos mais que ensinamos com os químicos, petroquímicos, petroleiros, metalúrgicos, bancários, comerciários, alfaiates e costureiras, profissionais da saúde e da educação, informais, e com tantos que por ora não conseguimos nominar. Aprendemos que é no coletivo que a ST se dá: ela é luta, é peleja cotidiana, que exige articulação e força para avançar. Aprendemos a importância de os trabalhadores ocuparem os espaços do controle social por dentro e por fora do estado.

Como visto, a história da ST em Duque de Caxias é anterior à Renast, aspecto determinante na escolha do município como polo para a implantação do Cerest de abrangência regional.

A Renast e a habilitação do Cerest Regional colocaram um novo desafio no horizonte: criar uma estratégia de controle social que pudesse abarcar a participação dos trabalhadores na gestão do Cerest. Se antes as ações eram desenvolvidas no âmbito municipal, com a Renast, o contexto se torna mais complexo por vários aspectos; entre eles, a inexistência de um ente regional de controle social. Quanto a isso, foi preciso ter criatividade e ousadia para romper com o instituído e pensar uma alternativa que conjugasse os esforços para instituir uma prática coerente com os princípios que norteiam a ST de forma regionalizada.

A instituição da Renast configura-se por trazer em seu escopo de atuação a garantia de estruturas de controle social. Além dos mecanismos de controle social previstos na Lei nº 8.142/90¹ – Conselhos e Conferências –, a Renast, em suas portarias, estabeleceu que tal controle deveria se dar por meio de mecanismos, como: Conselho Gestor do Cerest e da CISTT².

A proposta dos Conselhos gestores está inserida no contexto de constituição de um novo modelo de assistência à saúde, que vem em contraposição a um modelo marcado pela rigidez, pelo tecnicismo e pelo autoritarismo, característicos da hegemonia médico-curativo, guiado por interesses mercantis e

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8142, 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, DF, 28 Dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 08 nov. 2020.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1679, 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. Brasil, DF, 19 de setembro de 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13614.html>. Acesso em: 08 nov. 2020.

centralizador de poder. Na construção desse novo modelo, é dada importância aos atores sociais envolvidos com as questões da saúde em nível regional, em que o conceito de território adquire importância enquanto território econômico, político, cultural e epidemiológico.

Nesse contexto, a redefinição das práticas de ST e a organização do serviço devem se realizar em consonância com a especificidade e conhecimento da realidade local – tanto no referente ao perfil produtivo e quadro epidemiológico quanto à configuração dos sujeitos políticos. O planejamento das ações sanitárias deve ocorrer no nível local, em uma relação horizontalizada entre os diversos sujeitos sociais (direção da unidade, profissionais de saúde e trabalhadores), por meio da construção de um espaço no qual a diferença ao nível do saber coloca as questões da ST num patamar de discussão mais democratizado.

Dessa forma, o Conselho Gestor é responsável pelo controle direto das ações do Cerest. Ele é um órgão colegiado que possui caráter permanente, deliberativo e fiscalizador. É composto de forma paritária por representantes da direção do Cerest, dos trabalhadores de saúde e dos trabalhadores da área de abrangência da unidade.

A equipe do Programa de Saúde do Trabalhador (PST) do município de Duque de Caxias, responsável pela implantação do Cerest, em parceria com o setor de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) – Agência Duque de Caxias –, contava com um Fórum dos Trabalhadores Formais e Informais, que reunia diversas instituições e entidades envolvidas com a questão da ST (sindicatos, associações, INSS, Subdelegacia Regional do Trabalho, universidades, entre outros). Com o propósito de discutir coletivamente a estratégia de controle social, a questão foi compartilhada nesse espaço, o debate apontou para a necessidade da criação de uma instância de caráter deliberativo e de abrangência regional que pudesse se configurar como um espaço de gestão democrática regional no âmbito das ações do Cerest. A proposta foi estruturada a partir da experiência local dos Conselhos Gestores de Unidade atrelados ao Conselho Municipal de Saúde de Duque de Caxias.

Em 2005, foi realizado do I Seminário sobre o Controle Social Regional na Saúde do Trabalhador dos municípios de Duque de Caxias, Magé, São João

de Meriti e Queimados com o intuito de fomentar a participação dos sindicatos, entidades, associações e os Conselhos de Saúde dos municípios tanto no debate quanto na estruturação do Conselho Gestor. A eleição dos conselheiros ocorreu em uma plenária chamada pelo Conselho Municipal de Saúde de Duque de Caxias realizada no Sindicato dos Petroquímicos de Duque de Caxias (Sindiquímica) em 14 de julho, e a I Conferência Regional de Saúde do Trabalhador ocorreu em 26 e 27 de setembro do mesmo ano no município de Queimados, em que foi instituído oficialmente o Conselho Gestor.

Conforme definido no Regimento Interno do Conselho Gestor do Cerest³ – Polo Duque de Caxias –, cabe a este discutir, identificar, acompanhar, avaliar, deliberar e fiscalizar a formulação e execução das ações do Cerest nos limites da sua competência. A composição é paritária formada por 16 membros, englobando todos os municípios da área de abrangência, sendo 50% representantes do segmento dos usuários (entidades e movimento dos trabalhadores, preferencialmente); 25% de representantes do

segmento dos gestores/prestador de serviços (coordenação dos PSTs dos municípios e, no caso do município sede, pela Direção do Cerest); e 25% de representantes dos trabalhadores de saúde (Sindicatos/Associação

dos trabalhadores de saúde), que no município sede, cabe aos trabalhadores do Cerest. O mandato dos conselheiros é de dois anos, quando é realizado o Encontro Regional de Saúde do Trabalhador e a homologação dos representantes eleitos nos municípios, por meio da realização de Encontros Municipais de Saúde do Trabalhador. A publicação dos representantes eleitos é feita mediante Boletim Oficial do município-polo, por intermédio do Conselho Municipal de Saúde.

Cabe destacar que a articulação com o Conselho Municipal de Saúde de Duque de Caxias permitiu legitimar as demandas dos trabalhadores e ofereceu sustentação as ações do PST e posteriormente do Cerest por meio do Conselho Gestor. No decorrer desse processo, as CISTT municipais passam a ser uma estratégia importante para o controle social na ST; dessa maneira, houve o incentivo para que cada município organizasse a sua CISTT no âmbito dos Conselhos Municipais de Saúde como mais uma forma de fortalecer as ações.

*Atenção, Tudo é perigoso
Tudo é divino maravilhoso
Atenção para o refrão
É preciso estar atento e forte
Não temos tempo de temer a morte.
(Caetano Veloso e Gilberto Gil)*

3. CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DUQUE DE CAXIAS. Regimento Interno do Conselho Gestor de Duque de Caxias. Duque de Caxias, 2005. Disponível em: https://transparencia.duquedecaxias.rj.gov.br/arquivos/fundos_municipais_20181023131224.pdf. Acesso em: 08 nov. 2020.

4. VASCONCELLOS, L. C. F. Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

A experiência do Conselho Gestor do Cerest nos permite afirmar que a constituição de Conselhos deliberativos e paritários representa um avanço na democratização da relação Estado– sociedade, visto que contribuem para uma nova concepção de esfera pública caracterizada pelo reconhecimento do direito de todos à participação da vida pública com vistas à socialização da política e do poder.

No caso da ST, conforme aponta Vasconcellos⁴, o controle social, diferentemente de outras áreas da saúde pública, vincula-se à própria concepção da área, sua origem, vida e trajetória. Isso significa dizer que a participação das representações dos trabalhadores é condição indispensável para sua existência. Qualquer distanciamento entre o pensar e o agir político inviabiliza o processo.

Diversos são os desafios que limitam o potencial democratizante dos Conselhos Gestores: os ideários neoliberais de contrarreforma do Estado, de desregulamentação dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural e o aumento do trabalho precarizado; a inibição da esfera pública e o ataque ao patrimônio público – universal da saúde –; Além, das dificuldades oriundas da falta de reconhecimento do campo da ST enquanto ação do SUS, o que tem impossibilitado a efetivação da Política de Saúde do Trabalhador.

Nesse cenário, as principais dificuldades enfrentadas pelo Conselho Gestor do Cerest são: a inexpressiva participação dos movimentos dos trabalhadores nos espaços do controle social do SUS, que em parte está associada ao fato de, no movimento sindical, a questão de a saúde estar secundarizada na agenda de reivindicações. Por outro lado, observa-se que, em parte dos municípios, os Programas Municipais de Saúde do Trabalhador não investem na mobilização e no diálogo com o movimento dos trabalhadores; a fragilidade das CISTT, nos municípios que abrangem o Polo Duque de Caxias; a falta de compromisso dos gestores municipais da sede e da área de abrangência com as ações de ST.

Apesar das dificuldades apresentadas, considera-se que a experiência do Conselho Gestor do Cerest do Polo Duque de Caxias tem possibilitado um aprendizado democrático, no sentido de construção de uma nova cultura política, com a prevalência do compromisso da gestão da unidade com a transparência da coisa pública, com o cumprimento das deliberações do Conselho, com a participação dos conselheiros na formulação e planejamento das ações de ST na região, com o fomento à participação dos trabalhadores através dos sindicatos e associações.

Algumas das estratégias que podem contribuir para o fortalecimento do controle social no âmbito do Cerest: a articulação do Conselho Gestor com os Conselhos Municipais de Saúde por meio do investimento nas CISTT municipais; fortalecimento das CISTT municipais; formação permanente dos conselheiros de saúde e membros das CISTT para um agir comprometido com os princípios do SUS e da ST.

A gestão democrática da política de saúde, e nela imbricada a ST, requer que possam ser buscadas estratégias de fomento à participação dos trabalhadores nas instâncias de controle social, porém, isso só será realidade quando houver uma incorporação orgânica da ST no SUS sustentada pelos interesses da classe trabalhadora. A experiência demonstra que as diversas formas de controle social podem e devem coexistir e confluir para o fortalecimento das ações. Nesse sentido, é preciso romper com as disputas pelo terreno político do controle social e avançar na construção coletiva de alternativas à barbárie social, ao desmonte dos direitos sociais e trabalhistas que incidem sobre a forma de viver e morrer da classe trabalhadora.

Este texto é uma homenagem aos trabalhadores(as) que fazem parte da história da ST em Duque de Caxias e do Conselho Gestor do Cerest. Em especial, à memória do nosso companheiro Salvador Alves de Oliveira.

O CONTROLE SOCIAL E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL COMO EXPRESSÃO DA LUTA DE CLASSES

*Daniele Correia
Eduardo Bonfim da Silva*

O exercício de controle social toma forma nos diversos segmentos da sociedade brasileira com dual significado ao longo da história. Em períodos ditatoriais, o controle social se materializava

a partir do Estado exercendo o controle sobre o conjunto da sociedade, compreendendo o exercício das funções clássicas de dominação do Estado burguês. A partir da década de 1980, a

redemocratização do Estado brasileiro traz um novo e inverso significado ao cunho controle social, apreendido como participação social institucionalizada nas políticas públicas.

Em linhas gerais, no cenário democrático, o controle social apresenta-se como um mecanismo estabelecido de participação da sociedade na formulação, execução e gestão dos recursos de planos, programas e projetos que atendam às expressões da questão social. As esferas da saúde foram pioneiras nas ações de controle social em consequência da efervescência política do final da década de 1970. Nesse período, o Movimento da Reforma Sanitária congregou movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta contra a ditadura com vistas à mudança do modelo ‘médico-assistencial privatista’ para uma mudança estrutural na sociedade a partir de um sistema nacional de saúde universal. Por saldo concreto, temos o advento do SUS.

Institucionalizada em 1990 nas Leis Federais nº 8.080/90¹ e nº 8.142/90², o controle social, nele contido parte da participação social, objetiva avaliar e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas de governo e por meio dos Conselhos que são instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, com composição paritária entre os representantes dos segmentos dos usuários, que congregam setores organizados, na sociedade civil e nos demais segmentos (gestores públicos, filantrópicos e privados e trabalhadores da saúde), e que objetivam o ‘controle social’.

Desse modo, o controle social pressupõe participação da sociedade e envolve a capacidade que os movimentos sociais organizados na sociedade civil têm de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da maioria da população. Podemos inferir que o controle social acontece no frigor da disputa entre as classes sociais em uma dada correlação de forças na disputa por um projeto de sociedade. É importante as classes subalternizadas criarem consensos de consciência de classe, protagonizando mudanças estruturais da lógica de sobreposição de interesses da classe dominante para o conjunto social.

O controle social e a participação social nas instâncias do campo da ST são de suma importância e representam uma arena de disputa em que se apreende o processo saúde-doença articulado ao processo de produção e reprodução social. Desse modo, tratar da saúde dos trabalhadores é tratar da expressão do conflito capital *versus* trabalho.

A criação do Diesat, entidade intersindical, é resultado da organização dos trabalhadores e do novo sindicalismo da década de 1970; em que foram realizadas as primeiras Semanas de Saúde do Trabalhador (Semsats), nas quais diferentes sindicatos, trabalhadores e profissionais de saúde debatiam as péssimas condições de trabalho, os altos índices de acidentes e doenças profissionais, o não reconhecimento de doenças relacionadas ao trabalho, além da desumana assistência à saúde aos trabalhadores.

O Diesat articula-se com as instâncias do controle social e da participação social no sentido de fortalecimento de ações no campo da ST e da política de saúde brasileira. Ações estas que se tornaram marco referencial e histórico de atuação na luta dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e vida. Destacamos algumas ações contributivas.

Na década de 1980, é conhecida a consolidação das ações do Diesat, período que suscitou o surgimento de secretarias de saúde em vários sindicatos em todo o Brasil, influenciando profundamente a pesquisa nas universidades, o trabalho de formação sindical, utilizando o método do modelo operário italiano, princípio que dá protagonismo ao trabalhador ao identificar e avaliar os fatores e os efeitos nocivos da sua própria condição e realização do trabalho.

Desde seu surgimento, realizou as Semsats com participação maciça de sindicatos e profunda análise dos temas estudados e debatidos no que tange às questões de trabalho e saúde, com conclusões que forneceram subsídios para a ação sindical. A partir dessa atividade, publicou-se o primeiro livro, ‘De que adoecem e morrem os trabalhadores’, publicado em 1986 sobre a saúde dos trabalhadores com enfoque sindical – abordando aspectos físicos, contaminações, poeiras, acidentes, previdência, trabalho infantil, gênero e saúde mental –, sendo referência para universidades, inclusive no âmbito internacional. Nesse mesmo ano, o Diesat integrou a comissão organizadora da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador com questões sintetizadas no temário central – Saúde como Direito, Reformulação do Sistema de Saúde e Financiamento do Setor, propiciando um avanço significativo no rumo de uma nova Política Nacional de Saúde.

Nos anos 1990, com a crise financeira e consequência das políticas neoliberais e da abertura econômica implementados no Brasil, desencadeia-se o aumento do desemprego e da informalidade, além de processos de terceirização. Como resultado, houve diminuição do número de trabalhadores sindicalizados nos sindicatos e, automaticamente, perda de filiados

1. 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*. 19 Set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 08 dez. 2020.

2. 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*. 28 Dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 08 dez. 2020.

no Diesat, levando à redução de atividades. Além disso, as centrais sindicais passam a construir suas próprias estruturas de assessoria; e, ainda assim, o Diesat influenciou no surgimento dos PSTs, que se tornaram, a posteriori e com a legislação do SUS, os Cerest, dentro da rede do SUS.

Fabio Rodrigues Pozzebom/Agência Brasil



Mesa da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Por meio do Diesat, surgiu o movimento nacional em defesa da seguridade social pública e de qualidade, impedindo a iniciativa do governo FHC de privatizar o Seguro de Acidente de Trabalho (SAT). Desde então, foram retomados os ciclos de eventos contando com a colaboração de especialistas e membros do Conselho Científico, que colaboraram com o debate sobre as profundas mudanças ocorridas e a perda de direitos dos trabalhadores, perspectivas para a saúde dos trabalhadores no Brasil, o aumento e subnotificação do número de acidentes de trabalho, a preocupação sobre a previdência social pública e o financiamento da seguridade social.

Entre as recentes ações do Diesat em consonância com o controle social, destacamos o 'Projeto de Articulação e Qualificação do Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora' com a parceria da CISTT/CNS e da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT)/Ministério da Saúde, apresentando-se como mecanismo de qualificação da atuação do controle social, de todos os entes federativos, para execução profícua da PNSTT.

Os encontros se utilizaram de problematização de conteúdos e tempestade de ideias com objetivos.

Processos produtivos e os impactos à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

1. Os processos produtivos do território e seus impactos à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

2. O campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora enquanto prática contra- hegemônica e de luta entre capital e trabalho.

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

1. Conceituando Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, diferenciando das abordagens de medicina do trabalho e da saúde ocupacional.

2. A PNSTT como elemento estratégico de atuação do controle social.

3. A Vigilância em Saúde do Trabalhador como estratégia para aferição dos processos saúde-doença.

O papel do controle social na Saúde do Trabalhador

1. O histórico do controle social no Brasil.

2. As instâncias do controle social na ST.

3. Objetivos, finalidades e atribuições da CISTT.

A articulação dos sujeitos políticos locais foi precedente e fundamental para a realização das oficinas, de modo a já configurar uma parte do processo formativo uma vez que a interlocução local para as ações em ST compunha também o objetivo desse projeto. As atividades tiveram como prerrogativa métodos que privilegiaram a construção e o uso de conhecimentos, ao invés de apenas a transmissão de informações teóricas. Desse modo, os atores sociais tornam-se sujeitos ativos de seu processo de formação enfatizando a qualificação com situações-problema que demandem a utilização de saberes adquiridos, em um outro tipo de relação teoria-prática, utilizando-se da pedagogia expositiva dialogada.

Essa metodologia possibilitou uma aproximação do contexto social de seus territórios, suas determinações sociais, bem como dos processos produtivos que incidem no processo saúde-doença, a fim de traçarem um plano de trabalho possibilitando delinear potencialidades, fragilidades e necessidades para fim de ações futuras. Nos permite também reconhecer a atuação do controle social institucionalizado no campo da ST, ao passo que muitos participantes não compunham as CISTT. Por outro lado, provoca esses atores a uma transformação a partir da criação das CISTT.

Outro marco atual, é a atuação no Programa Nacional de Banimento do Amianto (PNBA) com o Ministério Público do Trabalho (MPT), juntamente com a Associação Brasileira dos Expostos ao Amianto (Abrea) na realização de importantes seminários internacionais socializando a luta contra o uso do amianto e suas implicações à saúde. Trazendo uma abordagem sociojurídica que deu subsídios ao banimento do amianto no Brasil, ocorrido em 2017, e uma abordagem da ST, suscitando a preocupação do diagnóstico, assistência à saúde pelo SUS e a vigilância em saúde dos expostos.

Embora o processo tenha caminhado para a judicialização, por meio de um longo e árduo processo que chegou ao Supremo Tribunal Federal para a inconstitucionalidade do uso do amianto, constatamos que o propulsor das conquistas foi a organização dos trabalhadores, em uma efetivação de controle social e de participação social.

Consideramos ser de extrema relevância a continuidade do processo formativo no campo da ST. Há ainda muito a avançarmos na apropriação conceitual, técnica e política do campo, para efetivarmos ações que incidam sobre os conflitos de interesse postos na relação entre capital e classe trabalhadora.

Os processos produtivos cada vez mais informalizados, em um cenário de contrarreforma trabalhista e da previdência social, com o SUS sendo asfixiado diuturnamente, nos traz o desafio de mantermos vivas as ações de controle social e de participação em ST, em uma prática que construa novas relações sociais e de trabalho que não adoeça e mate a classe trabalhadora.

Por fim, destacamos que o controle social acontece no frígido da disputa entre as classes sociais. A classe trabalhadora, quando protagonista, transforma e sobrepõe a lógica dos interesses da classe dominante para o conjunto social.

A CUT EM DEFESA DO SUS E DE SUAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Madalena Margarida da Silva Teixeira

O Brasil é uma das democracias mais jovens no mundo, e tem passado por um momento histórico no qual seus sistemas de representatividade política e da própria gestão pública estão sendo questionados e a população tem exigido cada vez mais atitudes íntegras em relação à administração pública.

A Constituição Federal de 1988¹, conhecida como Constituição Cidadã, garantiu a participação e o controle social da administração pública brasileira, além de expressar avanços nos mecanismos de participação do processo decisório nos âmbitos municipais, estaduais e federal, de modo a possibilitar a interlocução da sociedade com o estado por meio da ocupação dos espaços criados para esses fins.

O controle social das políticas públicas de saúde foi definido pela Lei nº 8.142/90², resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde, que representou e representa uma vitória significativa para a sociedade³. Com base nesse marco legal, foram criados os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços para o exercício do controle social do SUS. Nesses espaços, a população expressa suas necessidades de ações, programas e políticas públicas de saúde a serem desenvolvidas e implementadas pelos municípios, estados e governo federal, no sentido de atender suas demandas e necessidades de atenção à saúde, desde atenção básica até a alta complexidade.

Desde sua institucionalização em 1990, o SUS tem passado por inúmeros ataques que inviabilizam

seu funcionamento e dificultam sua proposta de garantir atenção à saúde gratuita, equânime e integral à população em detrimento da retirada de direitos, que favorece e privilegia a crescente participação dos planos de saúde na lógica da mercantilização e privatização da saúde, tendo o direito à saúde como mercadoria.

Atuação da CUT no controle social do SUS e de suas políticas públicas

Atuar na defesa do SUS como direito humano à vida é dever de toda a sociedade e representação dos interesses da classe trabalhadora nos espaços de controle social das políticas públicas, em particular do SUS. Tem sido realizada por diversas organizações da sociedade civil organizada, entre elas, a Central Única dos Trabalhadores (CUT). A CUT, desde que foi criada no início dos anos 1980, tem atuado para que seja garantida à população um serviço de saúde público, integral e de qualidade, que implique a melhoria das condições de vida e de trabalho.

Na luta por uma política pública, integral e gratuita, a CUT tem-se constituído uma referência importante e tem atuado para o fortalecimento da participação da classe trabalhadora nos espaços de controle social, orientando, promovendo e fortalecendo a atuação das entidades filiadas na defesa do SUS, compreendendo que este é um modelo de atenção à saúde que traz em si um projeto de sociedade, um

1. BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 14 nov. 2020.

2. BRASIL. 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, DF: 31 Dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 08 nov. 2020.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/diretrizes_mjolo.pdf. Acesso em: 06 ago. 2020.

modelo de desenvolvimento, que se expressa em valores e princípios civilizatórios como igualdade, integralidade e democracia, articulando cuidados individuais e coletivos em toda dimensão da vida das pessoas, configurando-se na maior política pública de inclusão social em curso no País.



Foto: Acervo CNS
 Marcha na 16ª Conferência Nacional de Saúde.

A voz da classe trabalhadora representada pela CUT se faz presente em diversos espaços do controle social, a exemplo dos Conselhos de Saúde e suas subcomissões, em que os(as) representantes da CUT tem defendido a revogação da EC 95 e aprovação da PEC 01/15 que amplia em 10% a receita corrente bruta para a saúde; o fortalecimento do SUS e seu financiamento; a ampliação e fortalecimento do controle social do SUS; a garantia do direito humano a vida; contra a privatização dos serviços de saúde; pelo fim da gestão privada dos serviços públicos de saúde; pela melhoria das condições de trabalho e de estrutura do serviço público de saúde; pela valorização dos trabalhadores da saúde pública; contra a transferência de recurso público da saúde para o setor privado dos planos de saúde e seguros, seja de forma direta ou indireta; pela implementação e fortalecimento de políticas de atenção à Saúde dos(as) Trabalhadores(as) entre outras bandeiras de luta.

O controle social é um processo de participação democrática que precisa ser garantido, protegido e fortalecido. Nesse sentido, considerando o atual cenário em que o SUS enfrenta inúmeros ataques com a falta de financiamento e um governo alinhado com os interesses do capital, faz-se necessário reafirmar a importância do SUS e de suas políticas, sensibilizando a população e a classe trabalhadora sobre seu importante papel para a garantia do direito humano à vida por meio do acesso a todos os serviços de saúde

público, gratuito e de qualidade, bem como ampliar e fortalecer os espaços de controle social em todas as esferas de governo.

A CUT, além participar dos Conselhos de Saúde e suas comissões, tem contribuído para organização, articulação e realização de diversas Conferências de Saúde, mobilizando trabalhadores e trabalhadoras para participar das etapas nacional, municipais e estaduais. Como exemplo: XV Conferência Nacional de Saúde com o tema 'Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro' realizada em 2015; II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres em 2017, com o tema central 'Saúde das mulheres: Desafios para a integralidade com equidade', a qual teve como objetivo propor diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres; I Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde, que discutiu estratégias de democratização do acesso a informações sobre o SUS, considerando a relevância dos direitos à saúde e à comunicação, identificados como pilares da democracia; I Conferência Nacional de Vigilância em Saúde e XVI Conferência Nacional de Saúde, realizada em agosto de 2019, tendo como tema 'Democracia e Saúde'; Conferências livres em saúde da mulher e vigilância em saúde. Atuou intensamente também na realização das Marchas em Defesa do SUS.

A CUT, durante o seu XII Congresso realizado em 2015, reafirmou a luta pelo SUS dizendo que

O movimento de luta pelo SUS é histórico e segue resistindo bravamente aos diversos ataques neoliberais, como referência por uma sociedade igualitária, equânime, integral e que assegura o controle social através da participação da comunidade, portanto não podemos permitir a ingerência do capital estrangeiro na saúde pública brasileira. Saúde não é mercadoria. Devemos seguir resistindo na defesa de um SUS 100% estatal, universal, e de qualidade para todo o povo brasileiro⁵.

Em 2019, durante o XIII Congresso realizado em 2019⁴, a CUT reafirmou seu compromisso na defesa e pelo fortalecimento do SUS, ampliação da participação das trabalhadoras e dos trabalhadores nos Conselhos de Saúde e suas subcomissões, nas três esferas de gestão. Para isso, a Central definiu em seu plano de lutas que irá promover e realizar parceria para formação de conselheiras/os de saúde, nas três esferas de gestão, bem como construir uma estratégia CUTista para atuação nos espaços de controle social das políticas públicas de saúde.

4. CONCUR. 13º Caderno de Resoluções. 2019. Disponível em: <https://sp.cut.org.br/acao/caderno-de-resolucoes-do-13-concut-1e15>. Acesso em: 09 dez. 2020.

5. CONCUR. 12º Caderno de Resoluções. 2015. Disponível em: <https://www.cut.org.br/acao/12-congresso-nacional-da-cut-12-concut-13-a-16-10-2015-8405>. Acesso em: 09 dez. 2020.

A POLÍTICA DE SAÚDE NA ATUALIDADE: NOVOS CONTORNOS DA CONTRARREFORMA¹

Maria Inês Souza Bravo
Juliana Souza Bravo de Menezes

1. BRAVO, M. I. S., et al. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. *SER Social*, v. 22, n. 46, 1. 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/issue/view/1915/400. Acesso em: 08 dez. 2020.

Este texto tem como objetivo analisar a política de saúde na atualidade, de modo a apontar os novos contornos da contrarreforma que tem sido implementada em ritmo acelerado.

Os processos de privatização e de retrocessos nas políticas sociais não começam nos governos de Temer e Bolsonaro, mas se aprofundam neste contexto. Tais retrocessos se inserem no quadro social, econômico e político sintonizado com processos observados mundialmente, e se concretizam com as mediações relacionadas com as condições de inserção do Brasil no cenário político-econômico mundial e ao seu particular desenvolvimento histórico.

Desde a década de 1990, segundo Behring (2003)², vivencia-se no Brasil o processo de contrarreforma do Estado, resultando em inflexões no campo das políticas sociais, impactando a saúde pública e o conjunto da Seguridade Social. Essas mudanças estão em consonância com as orientações de transformações no mundo do trabalho, por meio da reestruturação produtiva³ e de redefinição das funções e responsabilidades do Estado com vistas à inserção do Brasil na economia mundializada⁴.

Ao analisar o contexto atual de crise estrutural do capital, pode-se afirmar que a saúde tem sido um espaço de grande interesse de grupos econômicos em sua busca por lucros e em seu movimento para impor a lógica privada nos espaços públicos. Dessa forma, o caráter público e universal da saúde, tão defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária dos anos 1980 e pelos lutadores da saúde, vem sendo ameaçado.

A eleição do Partido dos Trabalhadores (PT) para Presidência da República trouxe discussões, contradições e dilemas postos desde as respectivas campanhas eleitorais e que se agudizaram no decorrer dos mandatos, na medida em que foram apresentadas propostas de contrarreformas e ajustes no mesmo sentido das verificadas em governos anteriores neoliberais.

O projeto de conciliação de classes utilizado pelo PT, que favoreceu os interesses do grande capital, implementando algumas escassas e tímidas reformas sociais, encerrou o seu ciclo com o processo de *impeachment* e afastamento de Dilma Rousseff da pre-

sidência da república em 2016. As classes dominantes não identificavam o PT como autêntico representante do projeto do grande capital, sendo necessária uma alternativa que garantisse o fortalecimento da ortodoxia neoliberal.

Assume de maneira ilegítima Michel Temer, representando os setores mais conservadores e reacionários da sociedade brasileira. O governo de Temer tratou-se de uma restauração conservadora de um projeto político ultraneoliberal, assumidamente pró-capital, que visava resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do País e aprofundar sua dependência do capital internacional.

A partir de 2019, com o governo Bolsonaro, tem-se o aprofundamento das contrarreformas iniciadas no governo anterior, verificando-se a aceleração e a intensificação das políticas que contribuem com o desmonte do Estado brasileiro.

O peso da crise da acumulação é transferido para os trabalhadores. Dessa forma, tem-se a retirada dos direitos conquistados pela classe trabalhadora por meio de lutas históricas, como as contrarreformas (Trabalhista, da Previdência Social, Terceirização Irrestrita, Novo Regime Fiscal – que congela por 20 anos os gastos públicos, entre outras), bem como ameaças às liberdades democráticas.

Pode-se considerar como três características básicas do atual governo: extremo liberalismo econômico; temor das mobilizações e desprezo pela participação da maioria, ou seja, pela democracia com ataques às instâncias de participação e controle social.

No início do mandato do governo Bolsonaro, assumiu o Ministério da Saúde Luiz Henrique Mandetta. Filiado ao Partido Democratas (DEM), foi secretário municipal de saúde de Campo Grande (MS) e deputado federal por dois mandatos.

Durante cerimônia de transmissão do cargo de Ministro da Saúde, o novo titular da pasta afirmou que “*queremos e vamos cumprir um desafio constitucional. Saúde é um direito de todos e dever do Estado. Não tem retrocesso, não tem volta da nossa máxima constitucional. Mas não existem verdades absolutas a não ser as constitucionais*”, publicado

2. BEHRING, E. R. *Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.

3. HARVEY, D. *Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. São Paulo: Loyola, 1993.

4. CHESNAIS, F. *A mundialização do capital*. São Paulo: Xamã, 1996.

5. G1. Cada centavo economizado na Saúde irá para assistência da população, diz novo ministro. G1, 02 jan. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/01/02/novo-ministro-da-saude-luiz-henrique-mandetta-assume-cargo-em-cerimonia-em-brasilia.ghtml>. Acesso em: 18 jan. 2021.

em reportagem do G1 de 2 de janeiro de 2019⁵. Defendeu o princípio da equidade e enfatizou que este não pode ser relativizado em favor de um conceito de integralidade que inspira ações judiciais individuais que desrespeitam os direitos coletivos. Ao mesmo tempo, disse que deseja “*um sistema privado forte*” e “*solidário*”. Afirmou ainda que o ministério da saúde tem um orçamento muito grande e “*cada centavo*” economizado ao longo de sua gestão irá para a assistência à saúde da população, tendo como foco a atenção básica.

Se, por um lado, a afirmação de que não haverá retrocessos na máxima constitucional do direito de todos e dever do Estado na saúde pode ser avaliada positivamente, por outro, a defesa de um setor privado forte e a não proposição de mais recursos orçamentários para o SUS são preocupantes, pois não contribuem para o fortalecimento do SUS e seu componente público e estatal.

A seguir, serão colocadas diversas propostas que foram apresentadas e executadas pelo Ministério no início da gestão.

A revisão da política de saúde para a população indígena, o que foi alvo de críticas por parte de representações indígenas; a carreira de Estado para médicos, e não para os demais trabalhadores da saúde; a informatização das informações do setor de saúde no País; o fortalecimento das Santas Casas e um ‘choque de gestão’ nos seis hospitais federais e nos três Institutos vinculados ao Ministério da Saúde, localizados no Rio de Janeiro.

Outra medida foi a reformulação do Programa Mais Médicos com o discurso de torná-lo ‘mais técnico e menos político’. O que de fato aconteceu foi o desmonte dele com a saída dos médicos cubanos deixando amplas regiões brasileiras descobertas de assistência médica.

Com relação à Política de Saúde Mental e à Política de Álcool e Drogas, em abril de 2019, Bolsonaro anunciou o Decreto nº 9761/2019, que estabeleceu uma ‘nova’ Política Nacional de Drogas, que tem como objetivo a construção de uma sociedade protegida do uso de drogas lícitas e ilícitas a ser alcançada por meio da promoção da abstinência e do fortalecimento de Comunidades Terapêuticas como locus de cuidado, tratamento e promoção da saúde, entre outros aspectos. A citada política desconsidera a Política de Redução de Danos e o modelo de atenção em saúde que privilegia serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), na perspectiva da reforma psiquiátrica e da saúde pública e estatal consubstanciada no SUS.

A preocupação com a chamada eficiência dos hospitais está presente na proposta de Reforma do SUS explicitada no documento do Banco Mundial denominado ‘Propostas de Reformas do Sistema Único

de Saúde Brasileiro’, apresentado na Câmara dos Deputados no dia 4 de abril de 2019, em audiência pública requerida pelo ex-ministro de Temer, Ricardo Barros. Uma das premissas do Banco Mundial é de que “*há espaço para o SUS obter melhores resultados com o nível atual de gasto público*”, como se não houvesse necessidade de maior financiamento ou de revogação da EC 95. Defende a cobertura universal de saúde, em substituição ao termo universalidade como princípio do SUS, e deixa nítida, a cada recomendação, a concepção de cobertura universal como um pacote básico de serviços e estratégia de focalização, afastando a perspectiva da atenção básica ampla de acesso universal

O Ministério da Saúde passou por mudanças na sua estrutura, sendo criadas duas Secretarias: Atenção Primária à Saúde e Tecnologia da Informação – Departamento de Saúde Digital. Essa última Secretaria com o objetivo de estimular teleconsultoria, tele-diagnóstico, tele-educação. Foi extinta a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e suas pautas foram transferidas para um departamento de gestão interfederativa vinculado à Secretaria Executiva. Avaliamos que o fim de tal Secretaria significa uma perda de espaço da participação social. Já a Secretaria de Atenção à Saúde foi reformulada, priorizando a especialização e a criação de um Departamento de Certificação e Articulação com Hospitais Filantrópicos e Privados, estabelecendo contratualização com o setor privado. Também foi reestruturado o Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Aids e Hepatites Virais, que passou a se chamar Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, juntando ao departamento doenças como hanseníase e tuberculose. Tal junção vem sendo criticada por entidades ligadas à luta no âmbito das IST, as quais temem retrocessos ou perda de espaço da estratégia brasileira contra o HIV/Aids, que é referência mundial, e ressaltam que não houve diálogo com os movimentos sociais.

Merece destaque a proposta apresentada pelo presidente Jair Bolsonaro na solenidade comemorativa dos 100 dias de governo, ocorrida em 11 de abril de 2019. O Decreto nº 9.759/2019, que extingue diversos conselhos e colegiados da administração pública federal, estabelecendo novas diretrizes para estes. Bolsonaro declarou nas redes sociais que foi uma forma de “*economia, desburocratização e redução do poder de entidades aparelhadas politicamente usando nomes bonitos para impor suas vontades, ignorando a lei e atrapalhando propositalmente o desenvolvimento do Brasil*”, conforme reportagem da

Folha de São Paulo. O governo não valoriza a existência de Conselhos e outros colegiados de participação social e exercício do poder popular que objetivam aproximar a população do poder decisório sobre políticas sociais e públicas, de modo que as decisões não sejam delegadas exclusivamente a técnicos e gestores.

No que se refere à participação social, em que pesem as medidas regressivas apontadas acima, houve avanços na convocação e organização da XVI Conferência Nacional de Saúde, espaço democrático de avaliação sobre a situação de saúde e de proposição de diretrizes para a política nacional de saúde. Nessa Conferência, também denominada de 8ª + 8, o tema Democracia e Saúde retomou a perspectiva histórica e a mobilização popular presente na VIII Conferência Nacional de Saúde. Esse avanço, entretanto, decorreu da articulação do CNS com diversos movimentos sociais e de sua autonomia ante o governo. O governo, entretanto, teve muito pouca participação no financiamento da Conferência.

Em março de 2020, a OMS declara que a disseminação do novo coronavírus (Covid-19) em todos os continentes se caracteriza como uma pandemia. Em 14 de agosto de 2020, o mundo chega a 20.730.456 de casos confirmados, e a doença causou 751.154 mortes. O Brasil, nessa data, ultrapassa 104.201 mortes por Covid-19 e 3.164.785 casos, sendo o segundo país mais afetado no mundo, perdendo apenas para os Estados Unidos⁶.

Até o momento, o governo teve dois ministros na pasta da saúde: Luiz Henrique Mandetta, médico e com vínculo com a Unimed e com as Filantrópicas, teve sua gestão no período entre janeiro de 2019 e abril de 2020; e Nelson Teich, médico e empresário do setor. A troca do primeiro pelo segundo se deu devido à divergência no enfrentamento da pandemia da Covid-19. Teich teve uma passagem relâmpago no Ministério (de 17 de abril a 15 de maio de 2020), afastando-se da pasta também por discordar acerca do uso da cloroquina. Após a saída de Nelson Teich, Eduardo Pazuello assume, interinamente, o Ministério da Saúde.

A subnotificação, a ocultação dos dados da pandemia e a militarização do Ministério da Saúde são problemas que provocam o total descontrole da Covid-19 no País. Desde a saída dos dois ministros da área técnica da saúde, o comando do Ministério da Saúde se encontra militarizado. Com um ministro interino, General do exército à frente da pasta, vem avançando em uma política que promove o negacionismo, a censura e o obscurantismo. Não existe um comando nacional para o combate à pandemia no Brasil, nem mesmo um Plano com diretrizes orientadoras⁷.

A situação da pandemia no País tem se agravado devido à ação do Presidente da República que, com grupos de empresários, tem incentivado a população a desobedecer às medidas de distanciamento e isolamento social recomendadas pela OMS⁸. O governo federal tem empreendido esforços para estabelecer uma falsa normalidade em nome do lucro, negando a ciência e banalizando as milhares de mortes que ocorreram no País.

Na atualidade, diversos prefeitos e governadores também vêm flexibilizando o distanciamento social. O sistema de saúde vem mostrando seu limite de atendimento. Ainda que o vírus atinja diferentes estratos sociais, os dados mostram que a tragédia é maior para aqueles com menor poder aquisitivo da classe trabalhadora.

Apesar do atual contexto de dificuldades e complexidade, lutas, resistências e mobilizações estão ocorrendo. Mesmo não podendo se reunir e fazer manifestações, alguns atos criticando a política do governo ocorreram respeitando o distanciamento social, bem como os painéis que expressam um descontentamento. Movimentos de esquerda vêm, em várias *lives*, denunciando o governo, e textos têm sido veiculados nas mídias sociais. Na saúde, antes mesmo da pandemia, a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde⁹ e seus diversos Fóruns estaduais têm cumprido um importante papel crítico.

Nesta conjuntura de barbárie social e retirada de direitos, permanece como tarefa necessária e fundamental a luta contra todas as formas de privatização da vida, procurando articular as lutas no campo da saúde a um novo projeto societário.

6. Tais informações estão disponíveis em: <https://covid19.who.int>.

7. FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. *Vida acima dos lucros: Enfrentar a pandemia é possível e necessário já!* 2020. Disponível em: https://www.facebook.com/108112879306321/posts/3034693216648258/?s_fnsn=wiwspwa&extid=IFy7i-Pe34i2QnJGg. Acesso em: 09 ago. 2020.

8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disponível em: <https://covid19.who.int>. Acesso em: 14 ago. 2020.

9. Esta Frente é um importante mecanismo de articulação dos movimentos contra-hegemônicos na saúde. Tem o caráter anticapitalista e suprapartidário, e tem articulado a ela 23 Fóruns de Saúde estaduais, além de entidades, movimentos sociais, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários, que objetivam defender o SUS público, estatal, gratuito e para todos, além de lutar contra a privatização da saúde e pelos princípios da Reforma Sanitária dos anos 1980.



O PAPEL DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE NA LUTA PELO DIREITO À SAÚDE DOS TRABALHADORES

CNS – Mesa Diretora Gestão 2018/2021

Usuários: Fernando Zasso Pigatto, André Luiz de Oliveira, Moysés Longuinbo Toniolo de Souza e Vanja Andréa Reis dos Santos

Profissionais de saúde: Elaine Junger Pelaez e Priscilla Viégas Barreto de Oliveira

Gestores e prestadores de serviços: Neilton Araújo de Oliveira e Jurandi Frutuoso Silva

Discutir saúde da trabalhadora e do trabalhador em uma conjuntura de globalização mundial afetada pelo neoliberalismo econômico e financeirização de mercados e da força de trabalho coloca-nos as contradições que envolvem a relação entre capital e trabalho e as determinações no processo saúde-doença, com inúmeros desafios para garantia da dignidade e condições justas e efetivas de saúde para essa classe social que representa a base da economia.

No contexto atual, no qual o trabalho com toda sua dinamicidade se configura em organização social e estabelece suas bases ideológicas e políticas estruturais, todo o ‘mundo do trabalho’ – visível e invisível – foi estruturado com base no argumento capitalista de que, para o progresso de nossa sociedade, era necessário ter trabalho com condições específicas de garantia da dignidade humana, para que as pessoas conseguissem alcançar os ideais de desenvolvimento socioeconômico da humanidade, enquanto civilização.

No entanto, o debate da saúde da trabalhadora e do trabalhador no decorrer da história ganhou corpo e avançou político-legalmente com a inserção em políticas públicas, com a adoção do conceito ampliado de saúde na perspectiva do direito universal. Essa perspectiva se alinha ao crescimento de coletivos de trabalhadoras e trabalhadores civilmente organizados e ampliação da participação social na defesa da saúde e proteção social e do trabalho, o que reflete e é refletido por uma ampla mobilização de diferentes setores da coletividade.

Nesse sentido, o movimento que firmou as bases da redemocratização brasileira nos anos 1970 e 1980 foi primordial para o “aprofundamento democrático que formatou as bases institucionais para uma maior participação sócia”¹⁽¹⁰⁾ com a população presente de forma legítima, podendo atuar na definição da execução de políticas públicas em atenção às demandas reais e concretas da população².

Cabe apontar, então, a previsão constitucional da participação da comunidade na deliberação da política pública de saúde³, o que se dá institucionalmente por meio da incidência ativa e atuante em Conselhos e Conferências de Saúde, conforme Lei nº 8.142/1990⁴. Essa prerrogativa fortalece a atuação de trabalhadoras e trabalhadores nas ações da saúde da trabalhadora e do trabalhador, bem como a presença da comunidade nesses diálogos e deliberações, por meio de sua organização coletiva.

A partir do marco da participação social, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, a pauta da saúde da trabalhadora e do trabalhador tem sido assumida pelo CNS em sua organização, e assim pôde incorporar o assunto em suas resoluções, recomendações e moções aos governos que passaram.

Ademais, por meio de sua CISTT, conduz a discussão sobre a Rede de Cerest, importante estratégia de acompanhamento dessa área específica da Vigilância em Saúde, trazendo importantes análises para o conjunto da CISTT nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Todo esse campo de atuação permite o aprimoramento da PNSIT, com base no diálogo do controle social do SUS objetivando a proteção da classe trabalhadora nos aspectos da sua dignidade e direitos sociais adquiridos ao longo do tempo.

Dessa forma, e também por intermédio da estrutura da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT), o CNS desenvolve o tema do Trabalho & Saúde, com centralidade na formação, como área estratégica de sua discussão, visto que dedicar um foco para a dignidade e qualidade das relações de trabalho nos ambientes de saúde torna-se fundamental em períodos de emergência em saúde, mas principalmente no cotidiano da prática da saúde, em todas as linhas de cuidado e suas complexidades.

No entanto, é importante colocar que o controle social é exercido em um espaço de disputas, que reproduz as questões conjunturais de políticas

1. BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 14 nov. 2020.

2. SILVA, S. P. Democracia, políticas públicas e instituições de deliberação participativa: Visões sobre a experiência brasileira. *Texto para Discussão*, 2018. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32202. Acesso em: 08 dez. 2020.

3. Constituição Federal de 1988, Seção II Da Saúde, art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (...) III – participação da comunidade.

4. BRASIL. 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, DF. 31 Dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8142.htm. Acesso em: 08 nov. 2020.

neoliberais em curso no Brasil que viabilizam projetos de esvaziamento do Estado, e que na saúde se dão por meio de contrarreformas, que, segundo Simionatto e Luza⁵⁽²¹⁸⁾, “caracteriza-se pela eliminação ou redução das conquistas das classes subalternas, perspectiva inerente ao neoliberalismo e às condições postas pelo capitalismo na atualidade”.

Desde a década de 1990, essas contrarreformas envolveram não somente aspectos econômicos, mas também uma reconfiguração da relação entre Estado e Sociedade, com ataque sistemático aos direitos conquistados pela classe trabalhadora, como favorecimento do empresariado, valorização da filantropia, juntamente com a privatização, terceirização – e hoje até quarteirização –, parcerias público-privadas, fundações, sendo todos esses dispositivos utilizados como formas de enfrentamento da questão social⁵.

Outrossim, diante dessas questões que se colocam, resgatando o mote da VIII Conferência Nacional de Saúde que coloca a Saúde como Direito do Povo e Dever do Estado, além do entendimento da determinação social na saúde, o CNS tem o importante papel político de produção e promoção de argumentos e propostas, como canal institucionalizado de interlocução entre sociedade e poder público, a partir de convergências construídas em meio ao seu caráter conflitivo.

No âmbito da Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador, desde a I CNST, realizada de 1º a 5 de dezembro de 1989, que se discutia a perspectiva de uma PNSTT em um foro de debates eminentemente político, uma vez que a saúde da trabalhadora e do trabalhador envolve fatores sociais, econômicos e políticos, “no âmbito de uma proposta abrangente de Política Nacional de Saúde”⁷⁽²⁾, o que significava, de acordo com o Relatório Final da I CNST

Condições dignas de vida; pleno emprego; trabalho estável e bem remunerado; oportunidade de lazer; organização livre, autônoma e representativa de classe; informação sobre todos os dados que digam respeito direitos. Portanto, no plano do direito, o DIREITO À SAÚDE precisa expressar, também, DIREITO AO TRABALHO, DIREITO À INFORMAÇÃO, DIREITO À PARTICIPAÇÃO, DIREITO AO LAZER⁷⁽²⁾.

Especialmente este ano, diante do grave contexto de crise sanitária mundial e, particularmente, alinhada à crise política no Brasil, a pandemia do novo coronavírus trouxe ainda mais desafios à defesa da saúde da classe trabalhadora. Não bastasse o subfinanciamento crônico do SUS que se consolida em desfinanciamento (principalmente com a instituição da EC 95/2016), a contrarreforma trabalhista e a contrarreforma previdenciária que atacam de morte direitos, além de golpear os aspectos que envolvem a saúde e segurança de trabalhadoras e trabalhadores.

O CNS não ficou alheio a esse contexto; e, além de campanhas, notas públicas e Recomendações a diferentes instâncias, entidades e órgãos, divulgou, em 23 de março de 2020, a Carta Aberta a autoridades brasileiras no enfrentamento ao novo coronavírus⁸ que já elencava um conjunto de ações necessárias à atenuação do temerário cenário que se configurava, que incluiu atuação na classe trabalhadora, visando o zelo pela Seguridade Social e pela vida das pessoas.

O CNS, portanto, tem assumido com veemência a defesa intransigente de condições de vida que viabilizem o acesso à saúde, no seu conceito amplo, com acesso à educação de qualidade, moradia digna, saneamento básico, água potável, entre outros direitos. Contrário a tudo que represente a precarização da vida e dignidade de todas as pessoas, o CNS tem se colocado na luta por uma sociedade mais justa, solidária e equânime.

5. SIMIONATTO, I., et al. Estado e sociedade civil em tempos de contrarreforma: lógica perversa para as políticas sociais. *Textos & Contextos*, v. 10, n. 2, p. 215-226, 2011.

6. COHN A., et al. *Relatório da 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília, DF: CNST, 1989. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/relatorio-1a-conferencia-nacional-saude-trabalhador>. Acesso em: 21 ago. 2020.

7. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DOS TRABALHADORES *Relatório Final*. Brasília, DF: 1989. Disponível em: http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/1a_conf_nac_saude_trabalhador.pdf. Acesso em: 18 jan. 2021.

8. Ver em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1074-carta-aberta-do-cns-as-autoridades-brasileiras-no-enfrentamento-ao-novo-coronavirus>



Essa luta também representa a defesa de financiamento adequado do SUS, que se configure como público-estatal, de acesso universal e atenção integral. O que não representa uma visão romântica, mas, sim, a partir da compreensão dos limites impostos em uma sociedade capitalista que vê na precarização da vida e superexploração das pessoas a manutenção da ordem social.

Dito isso, é importante resgatar a missão do CNS, debatida e construída coletivamente, e apresentada no Planejamento Estratégico Participativo 2019-2021, aprovado pelo pleno do CNS na 323ª Reunião Ordinária ocorrida em 8 de novembro de 2019:

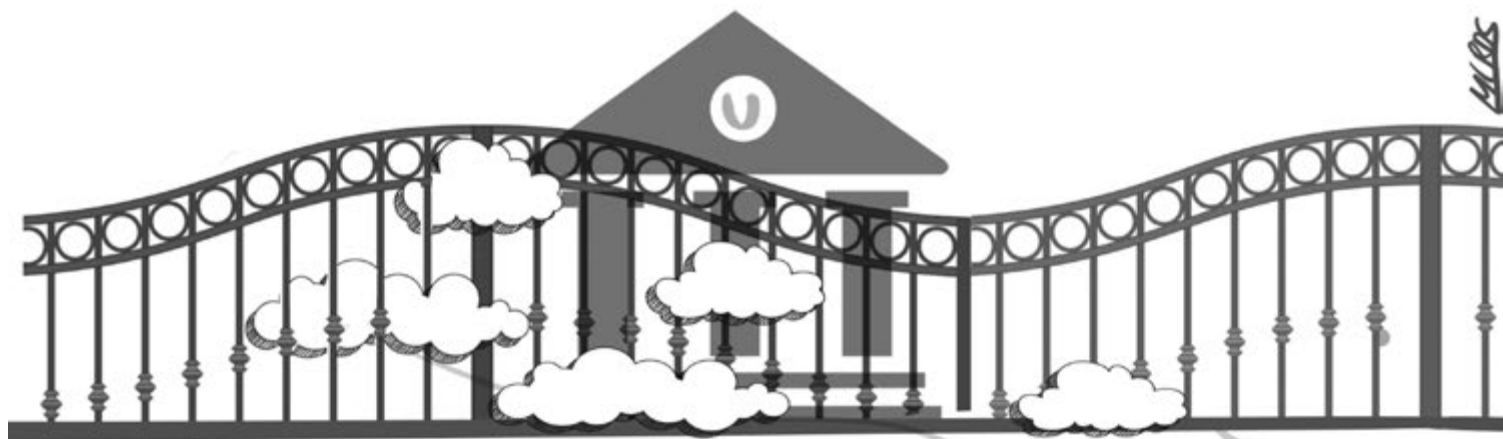
Defender o Sistema Único de Saúde público, integral, gratuito, universal e de qualidade, mobilizando a sociedade

brasileira em defesa do Estado Democrático e do direito à saúde, e participar da formulação e monitoramento da política nacional de saúde, fortalecendo o caráter deliberativo do controle social⁷.

Por fim, é preciso reafirmar fortemente que os direitos sociais constitucionalmente incorporados não surgiram naturalmente ou por acaso. Foram resultado de muito ‘sangue, suor e lágrimas’ de pessoas que doaram literalmente suas vidas para garantir o que ficou estabelecido. Fruto da construção pela democracia, que sempre teve em seu bojo a disputa entre a resistência popular e as reações conservadoras, o que coloca a participação social em um caminho marcado por tensões, conquistas, retrocessos e transformações – e que precisa se colocar constantemente como espaço de Resistência e Enfrentamento.

Foto: Acervo CNS





4

PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO ATÉ QUANTO E PARA QUEM?

Coordenação

Maria Cristina Strausz & Jandira Maciel da Silva

DOI: 10.5935/978-65-87037-01-1.07



PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO ATÉ QUANTO E PARA QUEM?

Maria Cristina Strausz
Jandira Maciel da Silva

‘O céu é o limite!’. Com este antigo ditado popular, abrimos este Bloco, buscando desenvolver algumas reflexões em torno da provocativa pergunta que o intitula. Assim, partimos da premissa de que não existe limite de qualquer natureza para a produção de conhecimento em Saúde do Trabalhador (ST), esta compreendida como campo da saúde coletiva, historicamente comprometida com a luta pela saúde da classe trabalhadora. Assumimos esta premissa, considerando as seguintes questões: 1) a centralidade do trabalho, espaço sócio-histórico de construção do sujeito individual e coletivo, na determinação do processo saúde-doença dos indivíduos e das coletividades; 2) a permanente reestruturação dos processos de trabalho, que cada a cada dia intensifica a superexploração sobre a classe trabalhadora, determinando o surgimento de novos riscos e de novos padrões de sofrimentos e de adoecimentos; 3) a necessidade de continuarmos avançando na consolidação do reconhecimento do processo saúde-doença e sua relação com o trabalho; 4) os desmontes das políticas de proteção social, aumentando vulnerabilidades e desigualdades em saúde; e 5) a necessidade de produzir conhecimentos implicados com as demandas e necessidades dos(as) trabalhadores(as).

Em relação à produção do conhecimento, a ST é um campo de diálogo de saberes, que articula diferentes áreas, em uma dimensão que vai à raiz da determinação social com os aportes da sociologia, da economia, da política, das várias áreas do direito, das engenharias, das ciências sociais e da saúde. Em função dessa configuração interdisciplinar, considerando o campo acadêmico, sua produção científica é divulgada por meio dos periódicos não só do campo da saúde coletiva, como enfermagem, psicologia, serviço social, epidemiologia, como também por intermédio das diversas disciplinas que compõem o campo da ST – ergonomia, engenharia de produção, sociologia, entre muitas outras. Há também uma vasta produção em livros publicados por editoras que possuem validação científica.

Como área do conhecimento científico em saúde, a ST foi institucionalizada no âmbito da pós-graduação em saúde coletiva, com formação crescente de especialistas, mestres e doutores. Seus estudos buscam compreender o processo saúde-doença a partir da investigação do processo de trabalho como processo social, que privilegia a subjetividade dos atores envolvidos.

No âmbito da pós-graduação, após anos de construção de um sistema de valorização do acesso a partir da autorização de novos programas, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) alterou, em 2019, o seu sistema de classificação dos periódicos. Esse novo sistema é baseado no chamado Qualis Único, que estabelece uma única classificação de referência para cada periódico. Isso gerou o rebaixamento da classificação de vários periódicos da área de saúde coletiva. A forma monocrática como foi determinado o novo sistema acabou por gerar diversas manifestações, tanto por parte de programas de pós-graduação como entre os editores científicos de revistas do campo da saúde coletiva e da própria Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)¹.

Uma vez que o peso maior da avaliação dos programas está na produção científica, o resultado direto desse rebaixamento se refletirá em dois cenários:

- 1) enfraquecimento dos programas por subfinanciamento, podendo levar ao descredenciamento; ou
- 2) redução do número de docentes credenciados nos programas, a partir do estabelecimento de pontos de corte para credenciamento cada vez mais altos, a fim de manter uma nota elevada, com reflexos no número de matrículas e, conseqüentemente, a elitização da educação.

Do ponto de vista dos periódicos da área de saúde coletiva, estes têm como características, entre outras, a divulgação de estudos e pesquisas, análises, reflexões e relatos de experiências que contribuem para a formulação, planejamento e avaliação de políticas para o Sistema Único de Saúde (SUS). A nova forma de avaliação poderá comprometer a própria sobrevivência das revistas que se mantiverem em seus propósitos de contribuir para a difusão de conhecimento científico produzido e dirigido ao setor saúde².

Por isso mesmo, a produção do conhecimento em ST não deve ser restrita aos periódicos científicos, mas, sim, direcionada à classe trabalhadora, por meio de uma linguagem acessível e de meios de comunicação abrangentes.

A produção compartilhada de saberes tem sido uma forma de incorporação do saber da experiência dos(as) trabalhadores(as) ao saber técnico-científico e vice-versa, como uma via de mão dupla.

¹ RIZZOTTO, M. L. F. et al. The new Capes' criteria for the classification of journals and the repercussion in the field of public health. *Saúde debate*. v. 43, n. 122, p. 649-656, 2019.

A produção técnica desenvolvida no âmbito das instâncias de ST do SUS tem sido fundamental, no sentido de fornecer orientações à Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast).

A produção derivada da formação em ST, na forma de projetos de intervenção ou planos de ação, tem sido uma prática pedagógica importante para o desdobramento da formação nos serviços.

A incorporação das tecnologias de informação e comunicação propiciaram outras possibilidades para a construção de redes e intercâmbio de experiências e informações técnico-científicas para a ST, como: *Blog Multiplicadores de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat)*, Renast online, Programa Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador (Pisat), Fórum de Acidentes de Trabalho, Webcesteh, Observatório de SST, Observatório em Saúde do Trabalhador – Osat/BH.

Finalizamos dizendo que a pandemia de Covid-19 nos trouxe a oportunidade de expandir as trocas de saberes, a partir de webinars, *lives*, e outros recursos de internet, abertos a participação ampliada de estudiosos, profissionais e movimentos sociais e sindicais. Uma grande contribuição tem sido o Sistema de Informações Geográficas – SIG Saúde do Trabalhador da Rede Rute, que tem em propiciado a comunicação a distância entre todos esses atores que atuam em ST.

Neste Bloco, apresentamos 11 textos que trazem diferentes abordagens da produção do conhecimento em ST, organizado da seguinte forma:

A – Produção de conhecimento e gênero em tempos de pandemia de Covid-19 – texto de Luciana Gomes, Regina Helena Simões Barbosa e Eliana Guimarães Félix;

B – Produção compartilhada de conhecimento, em que foram trazidas três experiências:

– Partilha de saberes e renovação da tradição operária na reedição do MOI, por Katia Reis, Gideon Borges, Leticia Masson, Renato Bonfatti e Mariana Nada;

– A produção do conhecimento em Saúde do Trabalhador no setor mineral, por Murilo da Silva Alves, Georgina Maria Vêras Motta, Marta de Freitas e Livia de Oliveira Borges;

– Reflexões sobre a produção de conhecimento para ação no campo da Saúde do Trabalhador: experiência com pescadoras artesanais no Brasil, por Carlos Minayo Gomez e Paulo G. L. Pena.

C – Produção técnica derivada da formação:

– A formação como estratégia para ação de Vigilância em Saúde do Trabalhador: até quando? Por Ana Maria Cheble Bahia Braga e Simone Santos Oliveira;

– A importância da formação em saúde do trabalhador na implantação da política nacional de saúde do trabalhador e trabalhadora no Tocantins: relato de experiência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Ceresst-TO), por Gisele Akemi Carneiro e Magna Dias Leite.

D – Produção Técnica da Renast:

– A produção de conhecimento para estruturar a prática da Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) no estado de São Paulo, por Simone Alves do Santos;

– Alguns apontamentos sobre a produção de conhecimento sobre saúde do trabalhador no âmbito da rede de serviços do SUS, por Andrea Garboggini Melo Andrade; Jacira Azevedo Cancio; Leticia Coelho da Costa Nobre; Rita de Cássia Peralta Carvalho e Suerda Fortaleza de Souza.

E – Comunicação e difusão do conhecimento em ST:

– A experiência do Programa Integrado de Saúde Ambiental e do Trabalhador, Pisat/ISC/UFBA, na produção de informação epidemiológica sobre agravos à saúde relacionados ao trabalho, por Vilma de Souza Santana e Cleber Cremonese;

– A comunicação e a difusão do conhecimento em saúde do trabalhador a partir da experiência do *blog* Multiplicadores de Visat, por Isabella Maio e Luciene Aguiar;

– Plataforma Renast online: uma ferramenta para apoio à formação e integração da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, por Augusto Campos.

São muitas as formas de produção de conhecimento no campo da ST e não poderíamos esgotá-las aqui. Esses são exemplos importantes de articulação entre trabalhadores(as), academia e serviços para que se atinja a finalidade maior da ST, que é a incorporação dos(as) trabalhadores(as) como sujeitos da produção de conhecimento para a transformação dos seus processos de trabalho.

Desejamos a todos uma boa leitura.



PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO E GÊNERO EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19

Luciana Gomes
Regina Helena Simões Barbosa
Eliana Guimarães Félix

As exigências crescentes em torno da produtividade acadêmica, que vêm impulsionando docentes, pesquisadoras e pesquisadores a um ritmo intenso de trabalho, somadas a condições de trabalho cada vez mais precarizadas, são uma questão anterior à pandemia. Tal situação, que repercute na saúde física e psíquica de docentes universitários, é vivenciada de forma diferenciada por homens e mulheres.

Especialmente na última década do século XX, as políticas científica e educacional que orientam os processos de trabalho e a produção científica nas instituições públicas de ensino e pesquisa passaram a ser incentivadas, inclusive por meio de financiamento, por agências internacionais, como Banco Mundial, que têm como um de seus objetivos conectar as instituições educacionais, e de saúde, ao mercado e, mais amplamente, transformar educação em mercadoria, negociada, inclusive, na Organização Mundial do Comércio¹².

No trabalho acadêmico, esses processos instalam e promovem acirrada competição entre pares e fragmentação dos processos de produção do conhecimento, tornando os grupos de pesquisa cada vez mais especializados, corporativos e concorrentes entre si³. Os efeitos danosos dessa política, inclusive sobre a saúde dos próprios pesquisadores, vêm sendo percebidos e analisados^{4,5}. Nesses processos de trabalho, os pesquisadores são incentivados a serem ‘protagonistas’ na viabilização do trabalho de pesquisa, o que inclui obter e gerenciar financiamentos externos⁶.

Quando a pandemia de Covid-19 se anunciou, nos vimos diante de um ‘mercado do conhecimento’ que vem causando inúmeros problemas de saúde física e psíquica, além de um sofrimento difuso inominável, proveniente de um mal-estar relacionado com a competitividade entre pares. Porém, é imprescindível considerar os diferenciais de gênero presentes nesse problemático processo de trabalho e que provocam diferentes impactos entre homens e mulheres.

Para analisar criticamente essa questão, propomos os conceitos de divisão sexual do trabalho e da dialética entre as esferas da produção e da reprodução na sociedade capitalista^{3,7-9}. Nesse modo, o mundo da produção,

da esfera pública, é designado aos homens; e o mundo doméstico, a esfera da reprodução social, às mulheres.

À reprodução social, cabe reproduzir os trabalhadores, tanto no sentido biológico quanto em termos de esforço diário para que possam se recuperar o suficiente para trabalhar novamente no outro dia. Diz respeito à compra ou confecção de alimentos e roupas, cuidados com a saúde, moradia, sono, cuidado infantil ou de idosos, limpeza, recreação – tudo o que é essencial para sustentar os trabalhadores e seu trabalho^{10,11}.

O capitalismo se apropriou do patriarcado para otimizar seus interesses mercantis, o trabalho de reprodução foi designado às mulheres, em nome da “natureza”, transformando-o em um ato de amor e do dever materno⁷ e, portanto, não precisaria ser remunerado, já que nem era visto como trabalho. Foram as lutas feministas dos anos 1970 que postularam a inseparabilidade entre as esferas produtiva e reprodutiva, exigindo que o trabalho doméstico fosse considerado trabalho e, como tal, remunerado⁸.

As mulheres passaram a integrar, crescentemente, a força de trabalho remunerada, o que não significou uma maior igualdade de gênero; ao contrário, a força de trabalho feminina foi apropriada pelos segmentos produtivos mais precarizados e mal pagos¹², sendo que permaneceram como responsáveis pelo trabalho doméstico, acumulando duplas ou triplas jornadas de trabalho.

Contudo, há um recorte de classe e raça nessa situação, pois as mulheres dos segmentos médios e altos sempre delegaram as funções domésticas para mulheres pobres, a maioria negras, configurando a consubstancialidade entre classe, gênero e raça¹³. Esse acúmulo de trabalho, produtivo e reprodutivo, é sustentado pela ideologia de gênero, que naturaliza o trabalho doméstico como trabalho feminino. Esses valores (ainda) estão profundamente arraigados na maioria das sociedades humanas.

No que diz respeito às hierarquias profissionais, nas profissões de maior prestígio social e que exigem alto grau de escolaridade e longo processo de formação, como a carreira de professor universitário/

1. SANTOS, A. F. T. Entre a cooptação e a repressão: capital e trabalho nas reformas educacionais latino-americanas. In: GOMES, C. (Org.). *Temas do Ensino Médio*: Rio de Janeiro: EPSJV; Fiocruz, 2004. p. 49-64.
2. RIZZOTTO, M. L. F. *O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Campinas: Unicamp, 2000.
3. SIMÕES-BARBOSA, R. H. A teoria da práxis. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, p. 9-26, 2010.
4. LUZ, M. T. Prometeu acorrentado. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 15, 2005.
5. SOUZA, K. R., et al. Cademetas de saúde e trabalho: diários de professores de universidade pública. *Cad. Saúde Pública*, v. 34, n. 3, 2018.
6. RAMÍREZ-GÁLVEZ, M. Apresentação. Algumas considerações sobre a cultura da avaliação. *Mediações*, v. 14, n. 1, 2009.
7. HIRATA, H. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de Pesquisa*, v. 37, n. 132, p. 509-609, 2007.
8. FEDERICI, S. *O ponto zero da revolução*. São Paulo: Elefante, 2019.
9. GIFFIN, K. M. Nosso corpo nos pertence. *Cad. Saúde Pública*, v. 2, 1991.
10. GORDON, R. O futuro pode ser feminino, mas a pandemia é patriarcal. In: ROQUETA, M., et al., (Org.). *Coronavírus, gênero e a luta de classes*. Brasil: Terra sem Amos, 2020.
11. BHATTACHARYA, T. Teoria da reprodução social e porque precisamos dela para entender a crise do coronavírus. In: Roqueta M., et al. (Org.). *Coronavírus, gênero e a luta de classes*. Brasil: Terra sem Amos, 2020.
12. BRITO, J. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 195-204, 2000.
13. KERGOAT, D. O trabalho, um conceito central para os estudos de gênero? In: MARUANI, M., (Org.). *Trabalho, logo existo*. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2019.

14. PLATAFORMA LATTES. *Por liderança e sexo*. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/web/dgp/por-lideranca-e-sexo>. Acesso em: 20 ago. 2020.

pesquisador, as mulheres passaram a adentrá-las mais recentemente, sendo que, hoje, já compõem uma parcela importante dessa profissão altamente valorizada. Porém, observa-se, assim como ocorre entre outras categorias profissionais, que os homens ocupam em maior número os cargos de direção e na liderança de grupos de pesquisa no País¹⁴.

Os critérios de avaliação desse tipo de trabalho, no contexto da atual divisão sexual do trabalho, não foram alterados e adaptados para as necessidades de vida das mulheres, como a gravidez, o puerpério e o período de licença maternidade. Mulheres com filhos pequenos têm uma atribulada rotina de trabalho, que envolve o cuidado em suas várias facetas, desde as tarefas de rotina até os complexos aspectos afetivo-relacionais, que envolvem criar, educar e preparar os filhos para o enfrentamento da vida. Conciliar todas essas demandas com o trabalho intelectual, que exige disciplina, foco e concentração, não é fácil para a maioria das mulheres que corajosamente se dedicam a essa exigente carreira profissional.

Recente pesquisa desenvolvida com professoras universitárias do Rio de Janeiro revelou esses conflitos. Nessa profissão, a carreira materna e o trabalho doméstico entram em confronto com a acadêmica, especialmente quando os filhos são pequenos⁵. Ademais, a pesquisa apontou para as dificuldades de realização profissional das professoras, que se desdobram para responder a todas as demandas e se desgastam, física e psicologicamente, ao perceberem que não conseguem alcançar a contento todos os seus objetivos. Como consequência, torna-se frequente muitas mulheres se cobrarem, e se culparem, pelo pouco tempo dedicado aos filhos⁵.

No contexto da pandemia do novo coronavírus, era esperado que a situação de confinamento social agudizasse os aspectos da sobrecarga de trabalho, agravados pela fusão entre o ambiente de trabalho e a vida doméstica, sabidamente gerador de tensões e desgastes. Os registros de violência contra as mulheres no período da pandemia revelam preocupante aumento desses índices, que já eram inadmissíveis anteriormente. O convívio forçado em um ambiente confinado certamente contribuiu para o aumento dos conflitos, especialmente aqueles relacionados com a divisão sexual do trabalho.

Com o isolamento social, passou-se ao trabalho remoto, o que significou mudanças não só no processo de trabalho, que precisou ser completamente adaptado ao meio digital, aos novos prazos, ao domínio de tecnologias de comunicação e internet, como também à necessidade de ajustes profundos nas rotinas, sobrepondo o tempo do convívio familiar ao tempo do trabalho.



Foto: Reprodução Facebook

As novas rotinas impuseram novos papéis que precisaram ser assumidos, além de sobreposição de tarefas, como acompanhar filhos pequenos nas aulas remotas e criar estratégias para estimular as crianças a enfrentarem esse desafio, o que exige criatividade para propor atividades que as deixem menos entediadas e ansiosas, manter a rotina dos cuidados cotidianos, desde preparar a comida, alimentar, dar banho, brincar, educar, colocar para dormir, dar carinho e amor, ficar em permanente estado de alerta, monitorando suas atividades e atendendo a suas necessidades, no mesmo espaço e tempo em que desempenham as atividades de trabalho, como ministrar aulas, participar de reuniões virtuais, orientar alunos, fazer pesquisa, produzir artigos etc. O peso do trabalho doméstico e o de cuidados de crianças, que antes podiam ser compartilhados com empregadas domésticas, babás, escola, creche, ajuda de familiares ou amigos, agora voltam-se para as mulheres, em jornadas muitas vezes intermináveis e marcadas por interrupções frequentes por parte das crianças, que precisam de atenção e que, em um espaço confinado, não se adequam facilmente a cumprir protocolos de tarefas e horários.

Reflexos dessas paradoxais e extenuantes jornadas têm sido identificados, entre as pesquisadoras, por meio da redução da submissão de artigos às revistas científicas. Já nos primeiros meses da pandemia, editores de revistas científicas americanas de diversas áreas de conhecimento identificaram padrões incomuns de gênero, em que as mulheres submeteram até 50% menos artigos, comparando com o ano anterior, ao passo que houve aumento nas submissões feitas por homens, com a mesma comparação^{15,16}.

Em levantamento sobre a produtividade acadêmica brasileira, realizado pelo Movimento Parents in Science¹⁷, durante os meses de abril e maio de 2020, com a participação de, aproximadamente, 15 mil cientistas, entre dis-

15. FLAHERTY, C. *No Room of One's Own*. *Inside higher ed*, 2020. Disponível em: <https://www.insidehighered.com/news/2020/04/21/early-journal-submission-data-suggest-covid-19-tanking-womens-research-productivity>. Acesso em: 20 ago. 2020.

16. KITCHENER, C. *Women academics seem to be submitting fewer papers during coronavirus*. *The Lily* - Washington Post. 24 abril de 2020. Disponível em: <https://www.thelily.com/women-academics-seem-to-be-submitting-fewer-papers-during-coronavirus-never-seen-anything-like-it-says-one-editor/>. Acesso em: 01 maio 2020.

17. PARENT IN SCIENCE. *Produtividade acadêmica durante a pandemia: Efeitos de gênero, raça e parentalidade*. Levantamento do Movimento Parent in Science durante o isolamento da Covid-19. Disponível em: <https://www.parentinscience.com>. Acesso em: 01 ago. 2020.

centes de pós-graduação, pós-doutoranda(o)s e docentes/pesquisadores, concluiu-se que a produção mais afetada foi a das mulheres com filhos em idades até 12 anos, sendo um pouco mais alta para as mulheres negras do que para as brancas. Os homens com filhos nessa faixa etária também foram afetados. Outrossim, em caminho oposto, a submissão, por homens, especificamente aqueles sem filhos, foi a menos afetada, o que permite supor que a pandemia do novo coronavírus agudizou as desigualdades de gênero no trabalho acadêmico.

Todos esses dados evidenciam o quanto o trabalho de reprodução social se tornou mais intenso e penoso para as mulheres na pandemia, a ponto de estar impactando concretamente na sua produção acadêmica – o que possivelmente se desdobrará em repercussões negativas na sua carreira e em consequências para a saúde, em especial a saúde mental. Já se sabe que a intensificação do trabalho de pesquisadores pode resultar em palpitações, angústia, desânimo, irritação, cansaço, frustração, vontade constante de chorar e sentimento de culpa por não terem tempo para a família, especialmente os filhos⁵. Contudo, neste momento da pandemia, pode-se supor que, diante da mobilização subjetiva para realizar a conciliação do trabalho acadêmico com o trabalho doméstico, do esforço cognitivo, físico e afetivo que é empreendido e, ainda assim, não conseguir se manter no patamar de produção anterior, deva causar frustração, desânimo, irritabilidade, culpa em relação ao tempo que não se dedicou aos filhos ou à família, o que pode levar à sensação de menos-valia e insegurança. Desse modo, se nada for mudado, o trabalho pode tomar um rumo patogênico e, no limite, levar à desestabilização e à descompensação psíquica¹⁶.

Esse quadro reforça a necessidade premente de adotar o enfoque crítico de gênero para analisar o mundo do trabalho, o que implica, no que diz respeito ao trabalho acadêmico, rever os critérios de avaliação na carreira docente/pesquisador(a), para que essas disparidades não se ampliem.

Na pandemia, voltamos a clamar pelo debate que reconheça as várias dimensões do trabalho das mulheres, revalorizando-se o trabalho do cuidado, fundamental para a preservação da vida humana e sem o qual nossa sobrevivência não seria possível. Impõe-se, neste momento pandêmico, a problematização do trabalho sob a ótica da produtividade e do lucro, que exclui a valorização de outras dimensões da vida fundamentais para o ‘viver bem’¹⁸. É preciso ampliar/ultrapassar o entendimento dessas questões para transformá-las em políticas públicas de proteção e de intervenção sobre o trabalho das mulheres. É fundamental transformar a divisão sexual de trabalho, incluindo os homens no trabalho doméstico em uma perspectiva de companheirismo e igualdade. Se concordamos com Federici⁹, de que é inconciliável a superação das desigualdades de gênero sob o capitalismo patriarcal e racista, devemos integrar e fortalecer as lutas dos povos para superar este sistema social cada vez mais incompatível com a sobrevivência humana.

Encerramos este breve ensaio com a convicção de que os vigorosos movimentos de mulheres que vêm se manifestando na última década, reivindicando outro mundo possível baseado na igualdade, fraternidade e solidariedade, é inadiável. Estamos diante de impasses sociais e ambientais que exigem nosso firme engajamento.

18. CARVAJAL, J.P. Uma ruptura epistemológica com o feminismo ocidental. In: HOLLANDA, H. B. (Org.). *Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais*. RJ: Bazar do Tempo, 2020.

CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE DO TRABALHADOR: PARTILHA DE SABERES E RENOVAÇÃO DA TRADIÇÃO OPERÁRIA NA REEDIÇÃO DO MOI

*Gideon Borges dos Santos
Katia Reis de Souza
Leticia Pessoa Masson
Renato Bonfatti
Mariana Nada*

Um dos mais interessantes desafios na construção do conhecimento em Saúde do Trabalhador é fazê-lo numa perspectiva participativa. Entre os obstáculos a serem vencidos, a equivalência dos sa-

beres sobre a relação trabalho, saúde e ambiente elaborados a partir da experiência protagonizada pelos trabalhadores e aqueles produzidos pelas regras científicas e acadêmicas tem-se colocado como questão

fundamental. Evidentemente, esse princípio não é o único pressuposto para apoiar práticas de atenção, formação e Visat, posto que a teoria deve estar bem acompanhada de uma ação que promova mudanças significativas no processo de trabalho. Ademais, desse ponto de vista metodológico, envolver trabalhadores e cientistas na construção de um projeto comum exige também recursos apropriados e esforço coletivo de maneira que o protagonismo dos trabalhadores não seja insidiosamente envolvido pela tradição científica.

Destarte, na contramão da hegemonia positivista de produção de conhecimento de hierarquizar saberes acadêmicos e aqueles produzidos a partir das experiências dos trabalhadores, a obra de Ivar Oddone¹ e colaboradores é exemplar. O livro 'Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde', cuja reedição brasileira foi recentemente lançada pela Hucitec Editora, oferece ao leitor pistas luminosas sobre o protagonismo dos trabalhadores na construção do conhecimento.

Nessa linha de interpretação, importa destacar uma palavra-chave frequente no livro que resume muito bem, do ponto de vista concreto e simbólico, o valor do seu patrimônio teórico e metodológico. Trata-se da "experiência", a criação de um sentido, ao mesmo tempo, histórico, existencial e epistemológico, que, ao lado de outras palavras, tais como "diálogo", "coletivos", "socialização", entre outras, configuram um repertório potencialmente pedagógico do campo da ST em defesa da vida²⁽¹³⁾

Do ponto de vista do conteúdo, o livro nos ensina o processo pelo qual os trabalhadores se defendem das adversidades, riscos de agravos e mortes provocados pelo trabalho, em uma perspectiva coletiva da saúde. Quanto ao traço metodológico, a obra descreve um modelo de experiência democrática que cria sentidos comuns e condições práticas para participação, envolvimento e adesão dos trabalhadores no processo de produção de conhecimento sobre o trabalho e a saúde, na perspectiva não apenas de sua compreensão, mas também de sua transformação.

Sem dúvida, o livro 'Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde' ou, simplesmente MOI — Modelo Operário Italiano —, modo como ficou conhecido no Brasil, aproximou-nos de uma experiência que concilia teoria e prática; objetividade e subjetividade e suscita a partilha de saberes entre intelectuais, trabalhadores e estudantes, integrando as esferas da ciência e do trabalho, apontando também para a incorporação da discussão sobre território e meios de vida, de forma mais ampla²⁽¹²⁾.

Diversos pesquisadores brasileiros foram convidados para elaborar manuscritos, com base em experiências de pesquisa inspiradas na obra e sobre as possibilidades e desafios da construção de conhecimento em ST na perspectiva participativa. "A ideia era que os textos encomendados relatassem experiências e reflexões inspiradas pelo MOI, bem como levantassem questões relacionadas ao nosso tempo e à realidade brasileira"²⁽¹²⁾. A Hucitec Editora, em conjunto com os organizadores, prontamente viabilizou o que foi necessário para a realização desse empreendimento. Em síntese, promoveram-se espaços de diálogo e formas de comunicação (virtuais e presenciais) para integração entre os autores (nacionais e internacionais) por meio de diferentes estratégias pedagógicas, a saber: oficina de autores brasileiros com a participação de autores internacionais; trocas sucessivas de mensagens entre organizadores e autores do Brasil, Itália, Portugal e França durante todo o processo de reedição do livro; revisão dos textos, em perspectiva colaborativa, entre organizadores e autores; e ciclos de debates organizados por grupos de autores dos capítulos.

Todos os novos capítulos foram produzidos por grupos de autores, envolvendo uma razoável diversidade de experiências, formações, inserções profissionais e contato com a obra de Oddone e colaboradores e uma rica interlocução sobre os temas abordados. Os textos, embora bastante diferentes, conectam-se de modo interessante e estão ancorados direta ou indiretamente em pesquisas e ações com trabalhadores e seus territórios de trabalho e de vida e visam compreender e contribuir para a transformação das situações nocivas de trabalho. Trazem, ainda, pistas sobre reflexões epistemológicas, possibilidades metodológicas e sobre os desafios enfrentados no País para colocá-las em prática. Frisam, assim, a partir do MOI:

1 – a importância da elaboração de uma linguagem em comum com esses protagonistas, que possibilite a construção de um conhecimento novo sobre a relação saúde-trabalho;

2 – a importância de que essa construção possibilite um desenvolvimento mútuo e formativo desses protagonistas e dos próprios pesquisadores e da ciência;

3 – a importância de reconhecer o outro e seu saber como legítimos.

A ideia central era pôr em prática o postulado existente no próprio aporte do MOI, segundo o qual o conhecimento é socialmente construído e os seus produtos, como textos e livros, devem ser coletivamente validados. Assim, foi fundamental o contato inicial com uma das autoras da primeira edição do livro na Itália, Alessandra Re, que nos empolgou com seu

1. ODDONE, I., et al. *Ambiente de trabalho*. 2. ed. revista e ampliada. SP: Hucitec, 2020. v. 1. 291 p.

2. SOUZA, K. R., et al. Apresentação da segunda edição brasileira e agradecimentos. In: ODDONE, I., et al. *Ambiente de trabalho*. 2. ed. revista e ampliada. SP: Hucitec, 2020. v. 1. p. 1-13

entusiasmo, ao saber do projeto de reedição do livro em língua portuguesa e, com Marianne Lacomblez, escreveu um belíssimo prefácio, além da leitura cuidadosa e contribuição aos manuscritos. No prefácio, as autoras trouxeram ricas informações sobre o contexto da emergência do movimento e da elaboração do Modelo, como o contato entre as experiências italiana e brasileira a partir de 1979, acrescidas de novas reflexões e reafirmações de pontos decisivos da obra, como, por exemplo: a importância da construção de uma linguagem de interface para o diálogo entre especialistas e trabalhadores; e da análise das atividades de trabalho e sua validação com os trabalhadores.

Yves Schwartz³ foi convidado a elaborar o posfácio e brindou-nos com um texto primoroso, em que faz uma ‘costura’ dos oito novos textos, alinhavada por uma questão que o intriga: por que o MOI encontrou terreno fértil no Brasil, apesar de condições e história tão diferentes do contexto europeu? Assim, explora a singular apropriação feita no País comentando e apresentando ao leitor, à maneira de um mosaico, as contribuições trazidas por esses textos para ajudá-lo a encontrar pistas para a questão. Por fim, aponta a releitura do MOI como um auxílio na luta pela democracia em nossas sociedades.

O que se observa atualmente no cenário brasileiro é uma clara ameaça aos princípios democráticos capilarizada pelo afastamento do cidadão nas decisões políticas do País. Além disso, de modo equivalente, acentuam-se perdas de direitos e seguridade sociais, flexibilização e precariedade das relações de trabalho, desemprego, informalidade que, em decorrência da extensão da vulnerabilidade imposta aos trabalhadores, ampliam os agravos e as mortes pelas situações adversas de trabalho.

Outrossim, em que pesem os esforços dos movimentos populares no presente, verificam-se retrocessos sociais e políticos sem precedentes na história da democracia do mundo ocidental, como a chegada ao poder de governos de extrema-direita e o crescimento de grupos neofacistas no mundo. Também por isso defende-se a atualidade do MOI, considerando seu caráter emancipatório e sua vocação para multiplicar atores, autores e ampliar cenários de lutas sob o protagonismo dos próprios trabalhadores²⁽¹³⁾.

No MOI, encontram-se importantes parâmetros políticos-metodológicos contra essas ameaças, pois, quando o trabalhador participa do processo de construção do conhecimento, ele não apenas viabiliza a criação de um conceito ampliado de saúde como também, ao fazê-lo, fortalece o dispositivo vida comum e fortalecimento da experiência democrá-

tica. Saúde e democracia são práticas que guardam semelhanças entre si porque ambas se definem pela participação de todos, e não apenas pelo plantel de especialistas. De maneira semelhante à democracia, o estabelecimento das condições adequadas de saúde e segurança é algo que depende também de uma reflexão aprofundada sobre o ambiente e processos de trabalho, que todo trabalhador tem o direito de reclamar para si.

Embora consigamos enxergar diversos limites no uso e na apropriação de conceitos e ferramentas do MOI em nossa realidade, podemos destacar do seu capital simbólico e social alguns princípios e expressões que diferenciam a ST de outras áreas, como a saúde ocupacional e a medicina do trabalho. São eles: “Não-delegação”; “Saúde não se vende, se defende”; enraizamento sindical nos locais de trabalho; democracia; elaboração de mapas de riscos com a participação dos trabalhadores; integração entre o ambiente interno de trabalho (o chão de fábrica) e o território externo, do seu entorno, para fortalecimento de uma “consciência ecológica”; e a formação de trabalhadores para contestação crítica da nocividade de seus postos de trabalho de modo que o ponto de vista de quem trabalha tenha protagonismo na reformulação das suas condições de trabalho²⁽¹³⁾.

Um desafio contemporâneo é a mais absoluta incapacidade dos indivíduos de enfrentar e conviver com aquilo que se mostra divergente pela ausência efetiva de espaços de criação social, nos quais a sociedade possa refletir e dissolver seus próprios problemas. O MOI nos ensina a revitalizar espaços de trabalho mais democráticos como disposição humana para agir em conjunto e refletir sobre temas da ST. Esta foi, de fato, a perspectiva adotada na reedição do livro: reapresentar e recontar sua história, imbuídos do espírito participativo, de maneira que o nosso projeto, pela forma e conteúdo, pudesse expressar a lição ensinada por Oddone e colaboradores.

Importa, portanto, considerar a preservação da história e da memória de luta dos movimentos de trabalhadores levada a efeito com a (re)edição do MOI. É fato que existe uma memória de aprendizado do passado a partir da própria experiência coletiva que precisa ser contada e renovada. Sem dúvida, o MOI pode ser interpretado como memória de experiências de produção compartilhada de conhecimento sobre a relação trabalho e saúde. Trata-se de uma história social, em seu sentido mais amplo, parte importante do movimento internacional de lutas da classe trabalhadora. Para Hobsbawn⁴, existe uma conexão entre as lutas empreendidas pela classe operária e as ideias

3. SCHWARTZ, Y. Posfácio. In: ODDONE, I. et al. *Ambiente do trabalho*. 2. ed. revista e ampliada. SP: Hucitec, 2020. v. 1. p. 1-13

4. HOBSBAWN, E. J. *Mundos do trabalho*. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

nelas implícitas que precisam se tornar patrimônio teórico e base política de novas ações vitais. Segundo o mesmo autor, existe uma relação orgânica entre teorias construídas pelo movimento operário e a ação política, como partes indissociáveis. Essa ação, como afirma o Manifesto de Marx, é fundamental à conformação da mudança histórica e social^{5,6}.

O MOI, como parte da historiografia dos movimentos operários, confirma o preceito filosófico presente no materialismo histórico de que a história operária se preocupa tanto em mudar quanto em interpretar o mundo^{4,7}. Assim, o aporte do MOI possibilita criar um mundo no qual os trabalhadores possam ensinar sua própria história, em conciliação

com a teoria, de modo que a história operária floresça como nunca.

Então, vida longa à tradição operária internacional e todo seu espírito revolucionário de produção de conhecimento alinhado com a ação e a transformação social²⁽¹³⁾.

Por fim, assegura-se com Hobsbawm⁴ a importância dos processos históricos de produção de conhecimento que possibilitem a emancipação e a transformação subjetiva das pessoas para que acreditem que aquilo que desejam e sonham somente pode ser alcançado com a construção de mudanças sociais. Isso se daria por meio de uma participação política mais ampla e de lutas coletivas ensejadas no cotidiano, tal qual o MOI e seu legado no Brasil possibilitam.

PRODUÇÃO COMPARTILHADA DE CONHECIMENTO: A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO SETOR MINERAL

Murilo da Silva Alves
Georgina Maria Vêras Motta
Marta de Freitas
Livia de Oliveira Borges

Na mineração, assim como nas demais atividades econômicas, a ST vivencia significativa vulnerabilização diante da reestruturação produtiva, flexibilização e perda dos direitos trabalhistas, precarização das condições de trabalho, novos modos de adoecer, sustentados na apropriação do conhecimento pelo patronato e pelo Estado, e a fragmentação sindical^{1,2}. Com o intuito de se contrapor a essa realidade, surgem as alianças. Movimentos populares e sindicais, trabalhadores, agentes institucionais e profissionais de saúde têm-se mobilizado para construir alternativas de enfrentamento por meio da produção de conhecimento, visando a proteção, segurança e ST, instrumentalização de modos de resistência, formação e intervenção possíveis, buscando alternativas no trabalho e no campo social, em que o saber do trabalhador seja incorporado.

Entre as experiências está a articulação dos movimentos sindicais/populares e a universidade, que reconhece o potencial emancipador das resistências (saberes, conhecimento, estratégias, táticas e modos de fazer) infiltradas no campo real do trabalho e que

permite a defesa da saúde, como campo político do trabalhador. Entre as articulações, destacamos a da Confederação Nacional dos Trabalhadores do Setor Mineral (CNTSM) em parceria com a Federação Internacional dos Mineiros (FIM)³, que elaboraram o primeiro curso específico sobre segurança, higiene e saúde na mineração na Escola Sindical 7 de Outubro⁴, em 1994.

Embora o principal resultado tenha sido a participação dos sindicatos na elaboração da nova NR 22 – Segurança e Saúde Ocupacional na Mineração –, a criação de secretarias de ST, realização de treinamentos e campanhas, como a do Índice de Acidentes e Doença Zero (IADZ), inclusão de itens de segurança e saúde nas convenções coletivas, bem como as parcerias com entidades nacionais e internacionais, universidades e órgãos públicos para desenvolvimento de pesquisas e formação foram e continuam sendo resultados da inclusão do tema ST no cotidiano do sindicato. O debate sobre o Marco Regulatório da Mineração aproximou as entidades sindicais e os movimentos sociais para discutirem a saúde dos trabalhadores e das populações impactadas pela mineração.

5. HOBBSBAWN, E. J. *Sobre História*. São Paulo: Companhia das letras, 2005.

6. MARX, K., et al. *Manifesto comunista*. São Paulo: Boitempo, 2010.

7. MARX, K. *O Capital*. São Paulo: Boitempo, 2013.

1. ANTUNES, R. *O privilégio da servidão*. SP: Boitempo, 2018.

2. SANTOS, B. S. *Para um novo senso comum*. v. 1. São Paulo: Cortez, 2000.

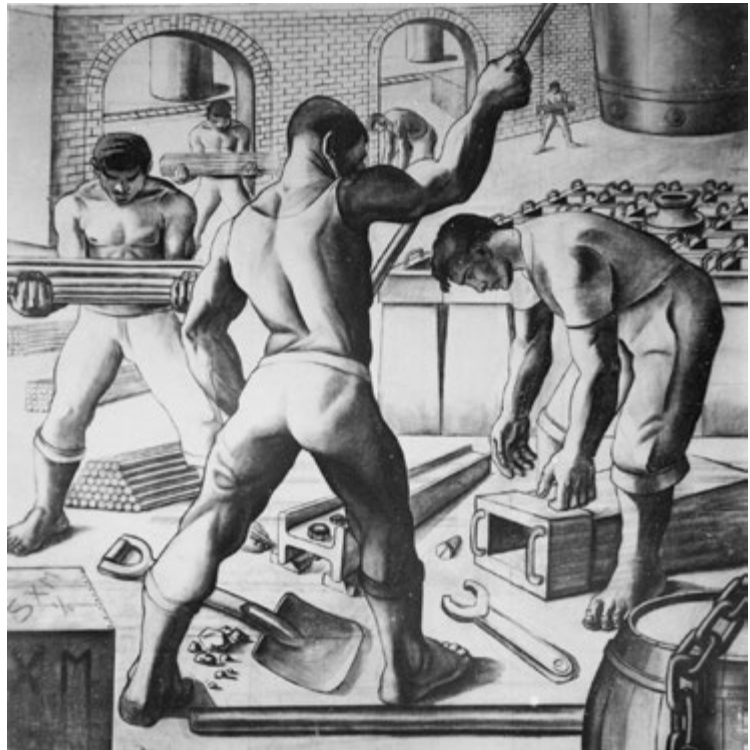
3. A FIM se fundiu com a International Federation of Chemical, Energy, Mine and General Workers' Unions (ICEM), em 1995.

4. Diante da necessidade de lutar contra as péssimas condições de trabalho e de vida e reorganizar o movimento sindical e popular em Minas Gerais, algumas entidades sindicais progressistas, com o apoio e a solidariedade de movimentos de base, intelectuais e os metalúrgicos italianos, criaram, em 1983, a Escola Sindical 7 de Outubro, a primeira escola sindical da CUT. Ao longo dos seus quase 40 anos, a Escola Sindical fortalece o sindicalismo cidadão, formando, qualificando e requalificando os trabalhadores e trabalhadoras dos meios urbano e rural, e os militantes dos movimentos sociais para desenvolver suas potencialidades e lutar por melhores condições de trabalho e por uma sociedade justa, democrática, sustentável e solidária.

O Movimento pela Soberania Popular na Mineração (MAM) realiza uma dessas articulações com reuniões regionais e nacionais dos professores, pesquisadores/as, estabelecendo parceria com as comunidades atingidas pela mineração. Desenvolve cursos de formação, inclui os trabalhadores na produção compartilhada como o 'Dicionário crítico da mineração', assim como atividades em parceria com outros movimentos, como os sindicais e o Grupo de Trabalho de Mineração do Projeto Brasil Popular (GT-mineração/PBP), que propõe a construção de um novo modelo de política mineral. Uma dessas iniciativas foi a oficina realizada em 2019 pelo GT-mineração/Minas do PBP, com a participação de militantes, trabalhadores, membros da comunidade e de universidades e que contemplou um eixo sobre saúde e mineração, com propostas voltadas à saúde e condições de vida nos territórios afetados pela mineração: promoção de saúde, ações específicas de saúde para a população do entorno de áreas mineradas e ações específicas em ST⁵.

O projeto 'Conexões de saberes sobre o Trabalho/UFMG' é um dos exemplos de pesquisa e extensão das universidades com o movimento sindical no setor mineral, desenvolvendo dispositivos de conhecimento a partir da experiência do trabalho real, por meio de saberes investidos nas renormalizações, essenciais para a ST. Outro exemplo é a parceria do Laboratório de Estudos sobre Trabalho, Sociabilidade e Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (LETSS/UFMG) e os Cerest/BH e de Contagem que desenvolveram ações de apoio técnico a esses profissionais para o acolhimento à população afetada pelo rompimento da barragem de Fundão em Mariana/MG, voltadas aos atendimentos e registros de adoecimentos psíquicos no Centro de Atenção Psicossocial (Caps) de Mariana, pareando conhecimentos no atendimento a partir da Visat.

Temos, ainda, a constituição de observatórios, fóruns, ações coletivas que auxiliam a elaboração dessa rede compartilhada de saberes, como o Fórum Sindical e Popular de Saúde e Segurança do Trabalhador e da Trabalhadora de Minas Gerais (FSPSST), constituído por representações sindicais, instituições governamentais, pesquisadores da área, grupos de pesquisa de universidades e militantes, que têm articulado o debate social a partir da construção de vínculos entre diversos movimentos sociais. De suas atividades, constam, por exemplo, o Seminário sobre saúde mental e trabalho para a Conferência Estadual de Saúde/MG, assim como a Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador/BH, ações de pesquisa e extensão realizadas com o LETSS/UFMG.



O debate sobre a frágil relação trabalhador/mineração/territórios apresenta reflexões e propostas de ações conjuntas em prol da ST, manifestos também em eventos simbólicos de cooperação e solidariedade de classe que retomam o saber coletivo nas lutas, como o Dia do Trabalho e o Dia Internacional em Memória às vítimas de acidente e doenças do trabalho.

Existem várias dessas experiências no Brasil, porém, seria impossível elencá-las todas. A construção compartilhada do conhecimento pode ocorrer de formas variadas, permite compreender o processo e as condições de trabalho-saúde e estabelecer condições para a realização de mudanças organizacionais, políticas e sociais.

Muitos desses saberes do 'fazer' são utilizados como proteção na identificação antecipada de riscos, e o compartilhamento do vivido com a análise do trabalho é parte do conhecimento-emancipação⁶. A experiência do trabalhador como ponto central nessa construção de saberes, herança do Movimento Operário Italiano no Brasil, e das construções coletivas dos movimentos sindicais⁶, nas abordagens psicossociológicas, é elemento dos processos de intervenção para emancipação dos trabalhadores no real do trabalho⁷.

C. Portinari – Ferro, 1938
Carvão sobre papel kraft
280 cm x 248 cm
Palácio Gustavo Capanema,
Rio de Janeiro.

5. As propostas do relatório final da oficina intitulado 'Comunidades atingidas e territórios afetados pela mineração: realidades e resistências' foi publicado no livro 'Mineração: realidades e resistências' da editora Expressão Popular.

6. ODDONE, I., et al. *Redécouvrir l'expérience ouvrière*. Paris: Editions sociales, 1981.

7. BORGES, L. O., et al. *Psicossociologias do trabalho*. In: BORGES, L. O., et al. (Org.), *Psicossociologias do trabalho: temas contemporâneos*. Curitiba: Editora CVR. [2021]. No prelo.

REFLEXÕES SOBRE A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO PARA AÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR: EXPERIÊNCIA COM PESCADORAS ARTESANAIS NO BRASIL

Carlos Minayo Gomez
Paulo Gilvane Lopes Pena

Este artigo discorre sobre um trabalho de formação realizado com pescadores artesanais em diversos territórios brasileiros, sob as premissas do campo da ST. A perspectiva metodológica adotada entende que a transmissão de conhecimentos tem como finalidade a transformação da realidade abordada. Esses conhecimentos são o resultado da interlocução entre o saber sistematizado no meio acadêmico e os saberes provenientes das experiências de vida, trabalho e saúde dos próprios pescadores.

Essa categoria tradicional tem por base um riquíssimo patrimônio cultural de saberes sobre a natureza, porém, desconhece a noção de doenças e acidentes do trabalho enquanto problemas de saúde relacionados com o trabalho. Trata-se de uma das grandes categorias profissionais do País, conforme o último dado institucional disponível, indicando a existência de 853.231 pescadores artesanais registrados em 2012¹, embora possa alcançar 1,5 milhão de pessoas vivendo da pesca, conforme estimativas extraoficiais.

O processo de trabalho em que esses trabalhadores estão inseridos se caracteriza pelo não assalariamento, em regime produtivo de economia familiar de subsistência, com uso de embarcações de médio e pequeno porte, a remo, vela ou motorizados. Com esse domínio técnico e cultural, asseguram a capacidade de autoemprego, embora tenham sua produção explorada pela figura do atravessador. Existe uma divisão social do trabalho em que predominam os homens na pesca em mar aberto, sendo que, nas atividades de mariscagem, predominam as mulheres, inclusive com a presença do trabalho precoce de crianças e adolescentes².

As condições de vulnerabilidade social e econômica em que vivem esses trabalhadores os obrigam a se expor a graves riscos de doenças e acidentes relacionados ao trabalho, porém, invisíveis nas estatísticas dos serviços públicos de saúde e previdência social. Soma-se a isso, a precariedade de acesso aos serviços de saúde do SUS, o que redundará na ausência de diagnóstico, tratamento, reabilitação e encaminhamento previdenciário para os acometidos por

doenças e acidentes do trabalho (vide: documentário ‘Mulheres das Águas’, <https://www.youtube.com/watch?v=P62sFliw7K8>). Cabe lembrar que os pescadores artesanais são enquadrados como segurados especiais no sistema previdenciário e, com isso, têm direito ao Seguro de Acidentes do Trabalho (SAT) e aos respectivos benefícios, sendo necessário a emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), como a qualquer assalariado segurado. No entanto, desconhecem esse direito e não têm acesso aos serviços do SUS em condições de executarem procedimentos de nexos e emissão de CAT para aqueles inscritos como segurados especiais³.

Diante desse quadro, desenvolvemos um amplo processo de formação e educação em saúde das trabalhadoras na pesca artesanal no País, por meio de projeto com a Universidade Federal da Bahia, o Ministério da Saúde (MS), o Movimento de Pescadores e Pescadoras Artesanais (MPP) do Brasil e a Comissão da Pastoral da Pesca, no período de 2014 a 2018. A metodologia referenciou-se nas premissas da educação popular nas atividades de pesca litorânea em mar aberto, lagos e rios, além da mariscagem. Teve como foco a formação de agentes multiplicadoras nos territórios e a participação nas instâncias do controle social do SUS. Foram realizadas oficinas em 11 estados do País, com a participação de 450 mulheres, sendo 40 para cada oficina, com duração de uma semana. Aconteceram no Pará na região Norte; em todos os estados do Nordeste; em Minas Gerais, no Espírito Santo e no Rio de Janeiro na região Sudeste; e no Rio Grande do Sul, em Santa Catarina e no Paraná na região Sul.

As atividades em cada oficina discutiam temas como: significado da noção da saúde para as pescadoras; conceitos e práticas de vigilância em saúde e a Visat; processos de trabalho na pesca artesanal e riscos para a ST; doenças e acidentes relacionados ao trabalho da pesca; direito à saúde e à assistência integral no SUS; direitos previdenciários relacionados ao SAT e ao segurado especial; SUS/Controle Social; Política Nacional de Saúde Integral das Populações

1. NOGUEIRA, L. S. M. *Segurança e saúde dos pescadores no estado do Pará*. São Paulo: Fundacentro, 2017.

2. PENA, P. G. L., et al. Saúde dos pescadores artesanais e desafios para a Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 19, n. 12, p. 4689-4698, 2014.

3. BRASIL. Previdência Social. *Manual de instruções para preenchimento da comunicação de acidente do trabalho – CAT*. 1999. Disponível em: <http://www.contagem.mg.gov.br/arquivos/comunicacao/preenchimentodecat-insjs11-20191210033146.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2020.

do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) e Saúde da Mulher. Na última parte de cada oficina, houve a elaboração, pelas próprias pescadoras, de Plano de Ação que conduziu a atuação no âmbito local, regional e nacional para o enfrentamento dos problemas discutidos e referenciadas na melhoria das políticas públicas.

A metodologia, como já foi referido, baseou-se nos princípios da educação popular que enfatiza a necessidade de articular saberes tradicionais com conhecimentos técnicos e legais para fundamentar as ações de melhoria das condições de vida, trabalho e saúde. A ideia foi aportar teoria aos fatos e às experiências de vida e de trabalho das pescadoras, fundindo e ampliando os seus saberes de forma sistematizada, em que as reflexões pudessem resultar em ações concretas no cotidiano do mundo da pesca. O objetivo foi qualificar as lideranças de mulheres pescadoras para que atuassem na construção de políticas de saúde, no âmbito da saúde integral das populações do campo, florestas e das águas, em particular na sua relação com o funcionamento do SUS, com a participação na gestão da saúde, na saúde do trabalhador e da trabalhadora e direitos previdenciários.

O pressuposto fundamental foi o conceito ampliado de saúde, definido na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Esses direitos têm como condicionantes as formas de organização social da produção.

O foco principal do curso proporcionou aportes teóricos e metodológicos para que as pescadoras e pescadores artesanais tenham condições de agir organizadamente visando à melhoria de suas condições de vida, trabalho e saúde, sob as seguintes perspectivas estratégicas:

- Subsidiar reflexões e fortalecer práticas do movimento das mulheres pescadoras, especialmente com a finalidade de capacitá-las para ações de gestão participativa e controle social do SUS.

- Desenvolver subsídios educacionais para fortalecer a garantia do direito à saúde das trabalhadoras artesanais visando à: promoção de condições dignas de trabalho; prevenção de doenças e de acidentes do trabalho; e garantia de diagnóstico, tratamento e reabilitação de portadores de doenças do trabalho e sequelas desses agravos.

- Proporcionar conteúdos teóricos e legais para dar suporte às ações que visem à efetivação dos direitos previdenciários dos pescadores e pescadoras.

- Atuar no reconhecimento das doenças e acidentes do trabalho nos serviços do SUS e da Previdência Social.

- Fortalecer ações e proposições para assegurar condições de proteção ao ambiente e ao território de pesca artesanal de forma sustentável, como condição essencial para fomentar sua saúde.

O processo pedagógico se encaminhou à formação das pescadoras participantes com vistas a se tornarem multiplicadoras das ações transformadoras. A perspectiva estratégica foi a formação para ação transformadora das organizações do trabalho, como base pedagógica intrínseca à relação entre pensamento e ação, teoria e prática, sendo as pescadoras 'sujeitos insubstituíveis' da melhoria de suas condições de vida.

As atividades educativas em saúde foram realizadas processualmente, envolvendo inicialmente: 1) o levantamento das condições de vida, trabalho e saúde na pesca artesanal; 2) a sistematização, discussão e difusão de experiências das pescadoras artesanais na melhoria das condições de trabalho, ambiente e saúde; e 3) a sua participação em instâncias de controle social do SUS, assim como nas práticas organizacionais em defesa dos interesses das populações das águas.

As políticas públicas constituíram referências para a reflexão sobre as demandas apresentadas pelas pescadoras na formulação das suas problemáticas, como: 1) a PNSIPCFA; 2) as políticas de saúde, em especial, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT); 3) a política previdenciária; 4) as políticas relativas à saúde da mulher; 5) os aspectos legais e normativos que envolvem essas políticas; e 6) as políticas relacionadas à economia solidária.

Os resultados foram expressivos, e podem ser resumidos da seguinte forma:

1. Do ponto de vista do conhecimento, pela primeira vez nessa profissão, ressignificou-se parte de modalidades de sofrimento, adoecimento, mutilações e mortes naturalizadas no mundo da experiência, para qualificá-las na noção de doença ou Acidente de Trabalho (AT). Essa categoria de agravos era desconhecida até então, e essa mudança desvelou direitos para esses trabalhadores, como direito à saúde; direitos previdenciários relativos ao SAT; notificação de agravos ocupacionais; emissão da CAT e direito à participação no controle social do SUS por meio das conferências de saúde.

2. No âmbito da ação, entre outras, pela primeira vez, pescadoras artesanais se elegeram delegadas para participarem da XVI CNS, em 2019, e conseguiram aprovar duas proposições relativas à saúde dos tra-

balhadores pescadores artesanais no País. Além do mais, diversas lideranças de pescadoras e pescadores artesanais começaram a participar de conselhos municipais de saúde de regiões com territórios pesqueiros, sendo que três delas chegaram aos conselhos estaduais de saúde, e uma delas foi indicada para o Conselho Nacional de Saúde, como suplente.

3. Sistematizaram informações sobre o processo de trabalho, atividades, jornadas de trabalho e riscos para saúde. Surpreenderam-se ao calcularem suas exaustivas jornadas de trabalho, que variavam de 80 horas a 110 horas por semana, envolvendo atividades na captura do pescado ou marisco, deslocamento, transporte, beneficiamento e comercialização, produção e manutenção de artefatos para pesca, além da exaustiva jornada dos trabalhos domésticos para as mulheres. Ademais, não dispunham de férias remuneradas, descanso semanal, e era frequente o trabalho na infância e tardio, mesmo após a aposentadoria. Tais condições se expressavam em extremas vulnerabilidades para os processos de agravos relacionados ao trabalho.

4. Iniciaram ações para desvelar a invisibilidade epidemiológica relacionada às doenças e acidentes do trabalho nessa categoria, tanto para o SUS como para a Previdência Social, a exemplo da existência de quadro epidêmico de Lesões por Esforços Repetitivos (LER) ou Distúrbios Musculoesqueléticos (DMS) em pescadores artesanais/marisqueiras disponível na literatura^{4,5}. A ausência dessas informações ocorria não apenas pela falta de acesso aos serviços de saúde dessa categoria de trabalhadores extremamente vulnerável, em lamentável estado de pobreza, mas, sobretudo, pela ausência de investigações nos serviços de saúde que estabelecessem nexos entre o processo de adoecimento e as condições de trabalho, considerando tecnologias médicas, sociais e epidemiológicas.

4. BARRETO, M. C., et al. Prevalence and Work-Related Factors Associated with Lower Back Musculoskeletal Disorders in Female Shellfish Gatherers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 16, p. 857-872, 2019.

5. FALCÃO, I. R., et al. Prevalência dos distúrbios musculoesqueléticos nos membros superiores e pescoço em pescadoras artesanais/marisqueiras em Saubara, Bahia, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 20, p. 2469-2480, 2015.

5. Organizaram atividades para agir contra a subnotificação e o não reconhecimento das doenças e acidentes do trabalho em ações como: formação de grupos nas comunidades de pescadores para orientarem o preenchimento de CAT específica para o segurado especial na Previdência Social; solicitação do registro no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) para atendimentos de acidentes nos serviços de urgência do SUS e de doenças do trabalho nas Unidades de Saúde da Família; recurso ao Cerest para suporte de nexos e registros. Frequentemente, afogamentos, intoxicações causadas por animais aquáticos peçonhentos, acidentes em barcos, entre outros, eram tratados e registrados como agravos comuns, e não ocupacionais.

6. Relataram a ocorrência de gravíssimos acidentes com motores de barco, provocando escarpamento de mulheres pescadoras nos estados da Bahia, de Pernambuco e de Santa Catarina, portanto, muito além do que era conhecido na literatura anteriormente como um fenômeno da região Norte.

7. O câncer de pele foi referido nas oficinas como importante risco para pescadores artesanais, especialmente para as pessoas de pele branca. Existe a prática de uso de chapéus e roupas longas em algumas regiões, mas não é uma medida de prevenção suficiente. Há necessidade de distribuição de protetor solar para pescadoras e pescadores expostos cotidianamente ao sol, como parte de políticas públicas voltadas à proteção da saúde desse grupo de trabalhadores, uma vez que eles não possuem condições financeiras a aquisição desses produtos.

8. As oficinas desvelaram fatos desconhecidos, como o risco de intoxicação crônica pelo chumbo. Trata-se do hábito ocupacional dos pescadores utilizarem a técnica tradicional de preparar e colocar diversos pesos e dispositivos de chumbo na rede de pesca, denominado tarrafa, e, no momento de lançar na água, prendem o chumbo entre os dentes.

9. Também, verificaram que as regiões alagadiças, manguezais, rios e lagos levam os pescadores a uma exposição excessiva às picadas de mosquitos, podendo, em momento de desespero, levá-los ao uso de óleo diesel e querosene na pele como repelente. Tais relatos resultaram na demanda ao SUS de distribuir repelentes para pescadores, principalmente diante do crescimento das epidemias da dengue, chikungunya e zika.

10. O resultado principal de cada oficina constituiu na elaboração e consolidação de um Plano de Ação, em sintonia com a Articulação Nacional de Pescadoras (ANP), visando à inserção da saúde na

Foto: Pedro Devant/Socom. Acre



agenda política. O Plano de Ação consolidado envolveu práticas de políticas de saúde e produção de material educativo. As propostas mais relevantes do ponto de vista da formação e da transformação das práticas destacadas em cada momento das oficinas serviram para organizar o planejamento das atividades, particularmente nas comunidades de pescadoras envolvidas na dinâmica do projeto.

O elenco de atividades acima sintetizado constituiu-se em informações da mais alta prioridade

em saúde pública, muitas desconhecidas pelos sistemas de vigilância epidemiológica do SUS. Assim, as experiências aqui retratadas fundamentam a importância da produção de conhecimentos compartilhados para ação, seja para pescadoras e pescadores artesanais, seja para outras categorias não assalariadas, como agrícolas, artesãs, tradicionais ou não, que necessitam de políticas de saúde eficazes para garantirem o direito universal à atenção à saúde.

A IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR NA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E TRABALHADORA NO TOCANTINS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO CEREST-TO

*Gísele Akemi Carneiro
Magna Dias Leite*

A ST no Tocantins há 18 anos foi estruturada principalmente pelos processos formativos do campo da ST. Este breve relato apresentará os cursos que qualificaram os técnicos do Cerest-TO, a rede SUS e o controle social do estado entre 2006 e 2019, os projetos de intervenção exitosos e os principais desafios na implementação da PNSTT no estado.

A promoção da formação e a capacitação em ST para profissionais de saúde do SUS é descrita na PNSTT como competência à direção nacional, estadual, municipal do SUS, assim como cabe ao Cerest o apoio à projetos de intervenção e pesquisas científicas em parcerias com universidades, escolas e/ou centro formadores.

Pode-se afirmar que o marco dos processos formativos no Tocantins se deu em 2006 com o Curso Básico em Vigilância em Saúde do Trabalhador (CBVisat) que abordou as questões metodológicas e a prática das ações. Contudo, para desenvolver projetos de intervenção, vigilância e implantação de serviços, fez-se necessário o investimento em outros cursos de formação na área, que proporcionassem competências e compreensão da com-

plexidade do campo da ST. Com essa finalidade, foram destinados investimentos para formação nos níveis de qualificação e aperfeiçoamento, especialização e mestrado.

Pretende-se, aqui, apresentar reflexões sobre os cursos de formação como estratégia de implementação da PNSTT, no sentido de demonstrar os desafios e perspectivas no âmbito da Visat, da Atenção Integral e da participação do controle social.

Formação e implementação da Visat

A Visat objetiva a promoção da saúde e redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos¹.

O processo de formação em Visat promove a descentralização de ações e amplia a capacidade do SUS em desenvolver intervenções sanitárias sobre os relacionados ao trabalho. O curso CBVisat (2006, 2010) e multiplicadores (2014/2015), ambos da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) prepararam

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 Dez. 2009

a equipe do Cerest-TO, Vigilância Sanitária (Visa) estadual e sindicatos para realizar inspeção sanitária em ST e promover cursos/capacitações no estado.

No período de 2009 a 2011, foram realizados cinco cursos (40 horas) de Formação em Visat para Visa municipais. Nestes, participaram 71 fiscais de 48 municípios. Posteriormente, de 2014 a 2016, realizaram-se quatro cursos (40 horas) CBVisat, com 56 fiscais em 34 municípios. Considera-se como resultado importante a inserção das Visa municipais em todas as ações de Visat (inspeção) realizadas pelo Cerest-TO, estruturação das Visa com equipamentos/mobiliários repasse de recursos por meio de projeto. Destaca-se a introdução das ações de Visat na implantação do sistema de informação da Visa estadual como forma de monitoramento.

Cabe salientar que a vigilância de agravos teve seu início em 2006 a partir de curso sobre os Protocolos do MS. Outros marcos de destaque foram os cursos de especialização EAD em ST pela Fiocruz-RJ em 2008 e Epidemiologia em ST pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC-BA) 2014, que ampliaram a capacidade da equipe em desenvolver análises de situações de saúde, produção de informação e implantação de fluxos de notificação e investigação. Isso contribui para a estruturação da vigilância epidemiológica em ST no estado.

Assistência integral à Saúde do Trabalhador

A equipe do Cerest-TO não recebeu uma capacitação específica com esse tema, entretanto, foi abordado em todos os cursos de protocolos, especialização e mestrado. Contudo, vale destacar o curso de Agravos e Saúde Mental relacionado ao trabalho (2010), que estruturou uma rede de atuação entre estados da região Norte do País, desenvolveu cursos para a intrasetorialidade (SUS) na intencionalidade de inserir fluxo de diagnóstico, notificação e tratamento de transtornos mentais relacionados ao trabalho na rede Capes.

Desde 2015, há um planejamento de curso sobre ST na Atenção Primária (AP) com recursos da Escola Técnica do SUS (ETSUS). Apesar dos esforços dos Cerest em implementar programas de AP por meio de projetos-piloto e identificar problemas e desafios pelas pesquisas durante Mestrado Profissional (MP) (Fiocruz e Universidade Federal do Tocantins – UFT), não houve avanços significativos em relação à estruturação de serviços. Nesse contexto, é imprescindível um processo formativo que promova a atenção integral e desenvolva projetos de intervenção nos territórios.

Formação para o controle social em ST

Formação para controle social em ST proporcionou a transformação social dos atores locais (público e controle social), o fortalecimento da Visat, o empoderamento (emancipação) dos atores sociais, a participação nos conselhos de saúde e Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT). Priorizou-se, na maioria dos cursos e pesquisas, a participação do controle social, com destaque para CBVisat, Curso de ST para Controle social da Ensp/Fiocruz em 2010 (45 alunos) que tiveram como objetivo a preparação do controle social para desenvolver a Visat. Pode-se dizer que os alunos que mais se envolveram com o Cerest nas ações de Visat foram representantes do trabalho rural (povos tradicionais e indígenas). Houve aumento de denúncias sobre condições precárias e acidentes de trabalho e a formação de uma rede de apoio do controle social. Contudo, ainda, há fragilidades, precarização das situações dos trabalhadores nos ambientes e o coletivo de boa parte das organizações dos trabalhadores é incipiente.

Investigação de Acidente de Trabalho

Os métodos para investigar AT partiu dos cursos CBVisat, 2006/2010, e especialização de ST e Ecologia Humana em 2008, o que possibilitou instituir o serviço de investigação de acidentes fatais.

Após oito anos, o Cerest-TO participou, em 2015/2016, do curso Análise e Prevenção de Acidentes pela Faculdade de Saúde Pública-SP, em que foi introduzido o Método de Avaliação de Pessoas (Mapa) para análise e investigação de acidentes, o que resultou na inserção das investigações nos planejamentos de saúde e na realização do curso do Mapa em Tocantins para os técnicos do Cerest estadual e regionais, vigilâncias e intersetorialidade, que culminou na formação de um comitê intersetorial de prevenção e AT. Os cursos de investigação de acidente ajudaram a aperfeiçoar as estratégias e análises de Visat, provocando na equipe a racionalidade problematizadora e investigativa. Vale mencionar uma pesquisa realizada por técnico do Cerest-TO no MP – Fiocruz-RJ sobre vigilância de AT grave e fatal no Tocantins que proporcionou melhora na qualidade da informação, proposição de método de Visat-AT.

Cursos e projetos de intervenção participativos e de base territorial

Cabe destacar aqui o curso MP na área da Visat, Ensp/Fiocruz (2012/2014) e a especialização em Promoção, Vigilância, Ambiente e Trabalho Fiocruz/DF (2018/2019) que incentivaram projetos de intervenção em Visat.

Nessa dinâmica, os projetos de intervenção iniciados nesses cursos tiveram como sujeitos principais os trabalhadores da agricultura familiar do projeto de fruticultura irrigada São João em Porto Nacional e os atores sociais na gestão participativa de Visat do município da Lagoa da Confusão. Ambos iniciados em 2012 durante atividade do mestrado e se estenderam até 2019, em que foram resgatados para apreciação científica em novas pesquisas e continuidade aos projetos.

Os projetos de intervenção, por meio das pesquisas, apresentaram como a principal intencionalidade o desenvolvimento da Visat de forma participativa e a promoção da transformação local no sentido de resolução dos problemas para a promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças relacionadas ao trabalho. Como principais resultados, destacam-se a introdução da Visat nos territórios, a compreensão da categoria trabalho como determinante em saúde, a visibilidade dos problemas para Ministério Público estadual e do Trabalho.

A pesquisa-intervenção iniciada no MP (2012-2014) no território Lagoa da Confusão convocou a participação social para criação de um plano de vigilância participativa em ST para o município com realização de audiência pública sobre agronegócio, criação da Visat participativa, capacitação técnica da secretaria municipal de saúde e controle social e cumprimento do Plano Básico Ambiental. Segundo Leite e Souza², quando se adota a participação social como ferramenta coletiva de um processo educativo-pedagógico, tem-se a transformação do conhecimento e da realidade, pois cada discussão coletiva passa a ser estratégia de intervenção.

Como salientado, a intencionalidade de implantar a Visat de forma territorial e participativa foi alcançada no âmbito de outra pesquisa desenvolvida no MP (2012/2014), com os trabalhadores da agricultura familiar do projeto São João em Porto Nacional. A pesquisa possibilitou maior visibilidade do território, com destaque para autoridades da saúde do município e do estado, ampliação dos debates sobre aspectos relacionados com os determinantes da saúde e o trabalho como categoria central. Explorou-se o uso de videogravação nas práticas de Visat, buscando a ampliação dos debates sobre saúde-trabalho-adoecimento a partir da confrontação das imagens. A videogravação é um recurso metodológico complementar nas práticas da Visat e contribui para a participação dos trabalhadores na compreensão de suas atividades de trabalho³.

Entre 2014 e 2018, os projetos de intervenção proporcionaram a inserção do apoio institucional do

Ministério Público Estadual e do Trabalho, a realização do curso de vigilância territorial e participativa, envolvimento da rede SUS municipal, ações de Visat no agronegócio e agricultura familiar. Em 2019, houve a continuidade dos projetos de intervenção na Lagoa da Confusão e em Porto Nacional por meio de outro curso de especialização em ST (Fiocruz-DF) com fortalecimento da rede local em ST, a partir da reorganização social coletiva com apoio da vigilância em saúde e AP.

Considerações finais

A maioria dos cursos enfatizaram o conhecimento e a implementação da Visat uma vez que o Cerest estadual está vinculado à área de Vigilância, o que impactou principalmente na estruturação de serviços de vigilância de agravos e doenças relacionados ao trabalho e de ambientes e processos de trabalho. Entretanto, é preciso investimento para a atenção integral à ST, principalmente para AP.

Projetos de intervenção aliados a recursos científicos e processos de aprendizagem de forma participativa e de abordagem territorial se configuram em uma proposta concreta de transformação de uma 'realidade'.

As ações de Visat foram compreendidas como componente das ações de vigilância em saúde, responsabilidade do SUS em intervir nos processos e ambientes de trabalho, e inserção na prática sanitária de transpor o objeto produto/consumidor para o processo/trabalhador/ambiente. Entretanto, surgiram dificuldades na inserção das ações nos planos municipais de saúde, na execução contínua de ações por rotatividade dos fiscais, decorrente de falta de concurso público, profissionais que não possuem cargo de fiscal e falta de apoio político municipal. É preciso dar continuidade ao processo de descentralização das ações de Visat e fortalecimento das equipes de Visat municipais.

Outros desafios a serem superados são a falta de apoio dos gestores na participação dos cursos, principalmente nos municípios (custos, dispensa em horas de trabalho para o estudo, não compreensão do processo formativo em relação à resultados na prática) e não consideração da categoria trabalho como um determinante em saúde.

Também se faz necessária a redução do intervalo de tempo entre um curso e outro, principalmente os de pós-graduação e o desenvolvimento de sistemas de avaliação dos cursos, mapeamento dos alunos formados e análise dos impactos.

Destaca-se, como avanço, o fortalecimento da rede intra e intersetorial nas ações de ST e Visat com

2. LEITE, M. D., et al. Vigilância Participativa em Saúde do Trabalhador e Agronegócio no Município de Lagoa da Confusão Tocantins. *Caderno Saúde Coletiva*, v. 23, n. 4, p. 374-379, 2015

3. CARNEIRO, G. A. A prática da vigilância em saúde do trabalhador na agricultura familiar em cena: o uso da videogravação. 2014. 145 f. (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

atuação em conjunto, inclusive nas fases de negociação e aplicação de Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) e/ou inquéritos.

Ademais, é de extrema relevância que processos de formação em ST e Visat, de variados níveis, sejam proporcionados por instituições de ensino experientes, com destaque para as escolas de saúde públicas, principais formadoras na qualificação dos

profissionais de saúde do SUS, além das universidades e centros de pesquisa.

Do ponto de vista político, é por meio do conhecimento compartilhado entre trabalhadores, técnicos e academia, em sua natureza dinâmica e reflexiva, que a sociedade se mune de recursos no enfrentamento das questões hegemônicas impostas pelo capital, que tanto impactam a saúde dos trabalhadores.

A FORMAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PARA AÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR: ATÉ QUANDO?

Ana Maria Cheble Babia Braga
Simone Santos Oliveira

A Visat, como componente estruturante e essencial ao modelo de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, tem como foco de ação a relação saúde/ambiente e os processos de trabalho. Como proposições básicas, ressalta o respeito ao saber dos trabalhadores e sua participação efetiva em todas as ações que visem à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora. Como campo de práticas e teorias, a ST pressupõe a interdisciplinaridade, a intra e a intersetorialidade como elementos fundamentais para a transformação da realidade.

O processo de formação para atuação na Visat deve estar alinhado aos princípios da PNSST no SUS, com uma lógica que integre princípios e diretrizes que articulem os saberes da experiência, da técnica e da ciência para um efeito transformador

O MP-Visat da Ensp/Fiocruz é então concebido com apoio da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do MS (CGST/MS), tendo como objetivo atender à demanda de formação de trabalhadores do SUS, principalmente aqueles dos Cerest, visando contribuir e estimular as ações da Visat, para o fortalecimento da Renast. Nessa concepção, assume-se o compromisso de construir, de forma dialogada, uma formação que considera a interseção entre os princípios e diretrizes do campo e a heterogeneidade das experiências formativas e profissionais dos alunos, de caráter estratégico para a trajetória e desenvolvimento profissional dos alunos-trabalhadores (na construção e validação de seus saberes), por meio de ações efetivas, para o fortalecimento da Renast.

O primeiro curso ocorreu no período de 2012 a 2014 com foco nos trabalhadores do Cerest das regiões Centro-Oeste e Norte, formando 20 profissionais. O segundo, de 2017 a 2019, com profissionais de diversas regiões do País, em um total de 23 egressos. O processo formativo da segunda turma do MP-Visat privilegiou, como estratégia pedagógica, a interlocução dialogada com os profissionais-alunos envolvidos buscando valorizar suas experiências no âmbito dos serviços de saúde.

O resgate das experiências adquiridas pelos serviços, seguido de seu desenvolvimento/enriquecimento no coletivo, constitui-se importante ferramenta para superação de impasses vividos no fazer/lidar cotidiano, seus entraves e limites, na busca de outros caminhos. Por meio de uma metodologia participativa, os desafios enfrentados foram debatidos e compartilhados durante todo o processo pedagógico. A formação com base na perspectiva dialógica, em que as relações entre professores e alunos não se fundam em distinções hierárquicas, visou potencializar a produção de estratégias coletivas, buscando outra inscrição, para deslanchar ações transformadoras na qualificação dos processos de formulação, implementação e gestão das ações de vigilância.

Para tal, os processos formativos de base crítica e dialógica evidenciam-se como estratégias fundamentais, já que contribuem para emancipação dos atores locais de modo a provocarem ações políticas, de caráter público, para intervenção qualificada na realidade¹.

1. SOUZA, K. R., et al. Participação social, vigilância em saúde do trabalhador e serviço público. *Trab. educ. saúde*, v. 13, n. 2, p. 261-282, 2015.

No transcurso da formação no MP-Visat, houve a contextualização dos temas definidos pelos alunos para que tudo fosse compreendido como passível de mudança, já que outro importante aspecto teórico do processo de formação foi a compreensão da historicidade das questões atinentes à relação saúde, trabalho e ambiente. Para Freire², o desenvolvimento da consciência crítica no processo educativo propiciará a qualificação na forma de intervir e uma motivação para ação. O campo da saúde coletiva requer o desenvolvimento de novos projetos e modelos epistemológicos para a integração curricular, de maneira a provocar mudanças fundamentais na forma de pensar e atuar de seus alunos e professores^{3,4}. O diálogo torna-se a pedra angular da formação. Viabiliza metodologicamente o movimento da práxis: parte-se do vivido e do senso comum para discuti-lo, criticá-lo e ampliá-lo na direção do bom senso para, daí, não só mudar a visão de mundo, mas também transformar o mundo concretamente^{4,5}.

No MP-Visat, o dispositivo pedagógico adotado e denominado Grupos Situações-Problema (GSP) visou aglutinar alunos e professores em torno de temas relevantes para a área de ST, no intuito de pensar a prática e estruturar ações com foco nas situações problematizadas. A definição dos temas ocorreu a partir da síntese entre os projetos estratégicos identificados pela CGST/MS em conformidade com as demandas trazidas pelos alunos/profissionais a partir de dificuldades e necessidades de superação em suas práticas. No primeiro momento, apresentou-se um consolidado de questões apontadas nos resultados da pesquisa nacional realizada nos diversos Cerest; e, após debate, os profissionais-alunos trouxeram questões prioritárias e/ou limitantes da sua rotina de trabalho. Na sequência, principais temas foram debatidos e sintetizados em cinco temas prioritários.

A partir daí, os profissionais-alunos, com os professores, integraram os grupos a partir dos temas identificados como relevantes para as ações de Visat. Um grupo de professores-apoiadores teve um papel fundamental no estímulo aos grupos, a partir de uma visão macro dos problemas e estratégias da PNSSTT.

A adoção da estratégia pedagógica de GSP propiciou, a partir de uma relação dialógica, o desenvolvimento de estratégias para potencialização de ações transformadoras para a relação saúde-trabalho, além de desenvolver a atividade e o protagonismo dos profissionais-alunos, ampliando seus recursos para agir, por meio do desenvolvimento de ações que envolveram a qualificação dos processos de formulação, implementação e gestão das ações de Visat.



Como produto dessa atividade de formação, foi publicado livro que apresenta um panorama de reflexões, conceitos e teorias sobre a Visat voltado para os trabalhadores do SUS, principalmente àqueles dos Cerest, que apresenta proposições de políticas para a saúde dos trabalhadores, assim como estratégias para dar visibilidade não apenas nos sistemas de notificações, mas, sobretudo, aos mundos invisíveis dos sujeitos sociais que trabalham. Os cinco temas estruturantes definidos a partir das discussões e materiais apresentados coletivamente foram: (in) visibilidade – educação e comunicação; controle social; cadeias produtivas; acidentes de trabalho; saúde do trabalhador da saúde, que passaram a integrar o percurso formativo do MP e, dessa forma, passaram a ser artefatos no processo de Visat no Brasil.

A universalidade como princípio essencial do SUS e da ST está presente transversalmente em todas as experiências da formação discutidas, como nas cadeias produtivas da cana-de-açúcar, nas análises de acidentes de trabalho na construção civil, nas reflexões sobre políticas de saúde dos trabalhadores da saúde, ou seja, sobre o cuidado dos cuidadores da saúde.

São desafios abissais das formas de precarização do trabalho que refletem na saúde. Nada mais importante neste momento que discutir as experiências de formação e exemplos temáticos essenciais para o preparo das práticas profissionais no enfrentamento dessa realidade com base nas ações de Visat.

Conclui-se que a realização de ações de Visat sempre será um desafio, pois, se os protocolos são indispensáveis como guia e orientação, nunca conseguirão contemplar todos os aspectos que configuram uma dada realidade, com seu contexto e especificidades.

2. FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

3. ALMEIDA FILHO, N. M. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 14, n. 3, p. 30-50, 2005.

4. AMPARO, L. P. Aprender fazendo: a interdisciplinaridade na formação em saúde coletiva. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 18, n. 5, p. 1511-1512, 2013.

5. FÁVERO, O. Paulo Freire: importância e atualidade de sua obra. I, v. 7, n. 3, p. 1-8, 2011.

A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO PARA ESTRUTURAR A PRÁTICA DA VISAT NO ESTADO DE SÃO PAULO

Simone Alves dos Santos

Discutir e buscar modelos para aprimorar a Visat é desafio permanente em um estado complexo como São Paulo. A busca dos caminhos possíveis para o desenvolvimento de ações centradas na análise e intervenção sobre os ambientes, processos e organização do trabalho exige compreender a grandeza e a variedade das demandas, como também os recursos e a capacidade dos serviços para seu enfrentamento.

Pensar ações mais consistentes de Visat exige compreender as dinâmicas e as imposições das forças sociais e produtivas no território, a complexidade do mercado de trabalho e o impacto desses determinantes na saúde, ainda que fazendo uso de dados de morbimortalidade muitas vezes subnotificados.

Para prevenir agravos e interromper ciclos recorrentes de adoecimentos e mortes nos ambientes de trabalho, é preciso conhecer os fatores amplos e localizados que moldam a realidade. Para tanto, é preciso se apropriar de métodos mais robustos de observação, abordagem, perspectivas teóricas e fontes de dados. É necessário também um domínio mais efetivo de instrumentos técnicos, conceituais e legais para efetivamente reduzir riscos e impactos na saúde dos trabalhadores¹. De acordo com Sato², a construção do conhecimento deve se utilizar de aporte teórico pelo qual se “desenha a trilha dos caminhos que as ações deverão conduzir”.

Com fundamento nesses princípios, a experiência paulista de Visat no contexto da programação das ações de Visa para descentralização das ações de controle de riscos nos territórios municipais compreende um importante repertório de experiências que pode trazer subsídios no processo de conhecimento teórico do assunto.

Organizada com base em projetos estratégicos e intervenções articuladas, a implementação dos programas estaduais de Visat no território paulista exige o alinhamento conceitual e de metodologias passíveis de serem aplicados em larga escala, sendo sensíveis o suficiente para se adaptarem às especificidades locais. Alguns desses programas são descritos a seguir, destacando normas, protocolos, procedimentos e ferramentas produzidas para subsidiar as intervenções sobre problemas priorizados pela gestão estadual.

Trabalhador canavieiro

O Programa Paulista de Vigilância em Saúde do Trabalhador no Setor Canavieiro (PPVISAT-Canavieiros) foi estruturado em 2007 com o objetivo de padronizar, sistematizar e implantar procedimentos de Visat nesse setor, cuja expansão veio acompanhada do incremento de problemas sociais, com aumento dos riscos e dos acidentes nos ambientes de trabalho – mortes por exaustão, acidentes nas lavouras e usinas e precarização das habitações coletivas da população migrante envolvida no corte da cana. Em 2008, 5,4 milhões de hectares do território paulista era destinado ao plantio de cana, em 484 municípios, com 184 usinas produtoras de açúcar e álcool ativas em 142 cidades.

A necessidade de garantir melhores condições para os trabalhadores nas lavouras resultou na publicação pelo Centro de Vigilância Sanitária (CVS) de regimentos acerca da qualidade da água para consumo dos trabalhadores nas frentes de trabalho³ e das condições dos alojamentos e moradias destinadas aos trabalhadores migrantes⁴. Além disso, para subsidiar a formação dos técnicos para atuar no assunto, foram elaborados o ‘Manual para o PPVISAT-Canavieiros’, com os passos para as ações de vigilância nas usinas, lavouras e habitações coletivas, e o ‘Protocolo Clínico para Trabalhador em Atividades de Cultivo’, que descreve os principais agentes de risco e de doenças e agravos decorrentes das atividades de cultivo, contribuindo assim para identificação, estabelecimento da relação com o trabalho e notificação no Sinan dos casos de adoecimento pelos profissionais da rede de atenção à saúde do SUS.

Amianto

O marco regulatório que proibiu o uso do amianto no estado representou um importante passo para reduzir a exposição humana a esse minério, reconhecidamente cancerígeno e responsável por várias doenças respiratórias incapacitantes e fatais. O Programa Visat Amianto foi organizado com o objetivo de estruturar a intervenção das Visa e dos Cerest na cadeia de produção e consumo do amianto, nos termos do disposto na lei estadual⁵.

1. SANTOS, S. A. *Atividade de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS*. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2018.

2. SATO, L. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. *Cad. Saúde Pública*, v. 12, n. 4, 1996.

3. Portaria CVS nº 11/2011 e Comunicado CVS nº 36/2012 – Vigilância sanitária da qualidade da água para consumo humano nas frentes de trabalho.

4. Portaria CVS nº 12/2009 – Critérios para instalação e funcionamento dos alojamentos de trabalhadores rurais do setor sucroalcooleiro e demais trabalhadores rurais.

5. SÃO PAULO. Lei nº 12.684 de 26 de julho de 2007. Proíbe o uso do amianto no Estado de São Paulo. São Paulo, Governo Estadual, *Diário Oficial do Estado*. 27 Jul. 2007.

6. Comunicado CVS nº 16/2016 – Referências básicas para inspeção sanitária no comércio e transporte de cargas com amianto.

7. CEREST Estadual/SP e CERESTs Regionais de Piracicaba, Rio Claro, São João da Boa Vista.

8. Resolução SS nº 70/2020 – Orientações técnicas para vigilância e atenção à saúde dos trabalhadores e população expostas ao amianto e com doenças relacionadas.

8. Resolução SS nº 70/2020 – Orientações técnicas para vigilância e atenção à saúde dos trabalhadores e população expostas ao amianto e com doenças relacionadas.

A atuação, desde 2012, no comércio de material de construção teve como estratégia a realização de ações simultâneas, organizadas pelos Grupo Regionais de Visa, em conjunto com as instâncias municipais e os Cerest. No curso das ações, em 2016, o CVS divulgou diretrizes⁶ para a atuação das vigilâncias no comércio e no transporte de cargas de amianto; e, em 2020, a Secretaria de Estado da Saúde (SES) articulou entendimentos interinstitucionais, envolvendo Cerest⁷, Fundacentro, Unicamp e Ministério Público do Trabalho (MPT), e estabeleceu diretrizes para a vigilância e atenção à saúde dos trabalhadores expostos ao amianto, população ambientalmente exposta e portadores de doenças relacionadas⁸.

Mercúrio

O mercúrio é uma substância extremamente danosa para o meio ambiente e perigosa para a saúde. Dentre as ações executadas, articuladas entre áreas de ST e de Meio Ambiente do CVS, destacam-se a proibição da compra e uso de termômetros, esfigmomanômetros⁹; protocolo de atenção à saúde dos trabalhadores expostos ao mercúrio metálico¹⁰; e diretrizes para inspeção sanitária em estabelecimentos prestadores de serviços de processamento de lâmpadas inservíveis contendo mercúrio metálico¹¹.

Trabalho infantil

O combate ao trabalho infantil e a proteção ao trabalhador adolescente constitui prioridade, de modo que todos os casos notificados no Sinan devem ser objeto de intervenção visando tanto à investigação do acidente quanto à execução de ações que promovam o afastamento imediato das crianças e adolescentes das situações irregulares de trabalho. Foram estabelecidas diretrizes¹² para atuação das equipes com o foco na identificação e combate ao trabalho infantil e na proteção ao trabalhador adolescente.

Covid-19

Os diversos ambientes de trabalho possibilitam o contato dos trabalhadores com o Sars-CoV-2, o que potencializa o risco de contaminação e disseminação da Covid-19. Com o reconhecimento do estado de calamidade pública e a conseqüente decretação de quarentena, uma série de ações foram desenvolvidas com foco na prevenção, controle e mitigação dos riscos de transmissão da Covid-19 nos locais de trabalho.

Referências técnicas e normativas foram estabelecidas visando alinhar a atuação das equipes, entre as quais:

1 – Prevenção da infecção por Covid-19 em ambientes de trabalho¹³: nota informativa sobre medidas para a proteção dos trabalhadores e contenção da transmissão do Sars-CoV-2 nos locais de trabalho, em especial para os trabalhadores das atividades essenciais.

2 – Diretrizes para inspeção sanitária nos ambientes de trabalho para investigação de surtos de Covid-19¹⁴: procedimentos para a investigação de surtos de Covid-19 relacionados ao trabalho, destacando a articulação com Vigilância Epidemiológica (notificação e inquérito epidemiológico) e as etapas da inspeção sanitária incluindo a identificação dos trabalhadores adoecidos, das situações de trabalho que possibilitam a exposição, das medidas preventivas adotadas e do modo como as empresas estão realizando o monitoramento da saúde dos trabalhadores e afastamento dos casos diagnosticados.

3 – Clínicas, serviços e empresas de medicina do trabalho no enfrentamento da pandemia¹⁵: destaca as responsabilidades de tais serviços na prevenção e vigilância ativa para a identificação de casos de Covid-19 nas empresas, incluindo a obrigatoriedade da análise, investigação e documentação de todos os casos suspeitos ou confirmados, a necessidade de notificação, em 24 horas a partir da suspeita e as obrigações referentes à identificação de casos suspeitos, monitoramento dos casos e contatos no ambiente de trabalho e colaboração com os órgãos de vigilância em saúde na disponibilização das informações sistematizadas.

4 – Profissionais de coleta e entrega de mercadorias¹⁶: estabelece obrigações a serem cumpridas pelas empresas (comércio em geral que dispõe de serviços de entrega, empresas transportadoras de mercadorias e logísticas e plataformas digitais de serviços de entrega), incluindo obrigações em relação ao monitoramento das condições de saúde dos profissionais, identificação de casos suspeitos, encaminhamentos aos serviços de saúde e protocolos de afastamento e retorno às atividades.

5 – Outros temas abordados em portarias e comunicados pelo CVS: prevenção e controle de infecção na assistência à saúde¹⁷ alojamento para trabalhadores rurais¹⁸; serviços e atividades funerárias¹⁹; sistemas de limpeza urbana e de resíduos de serviços de saúde²⁰; limpeza e desinfecção de espaços públicos²¹; pulverização de desinfetantes em locais de trânsito intenso de pessoas²².

10. Resolução SS nº72/2015 – Protocolo de atenção à saúde dos trabalhadores expostos ao mercúrio metálico.

11. Comunicado CVS nº 32/2020 – Diretrizes para inspeção sanitária em estabelecimentos prestadores de serviços de processamento de lâmpadas inservíveis contendo mercúrio metálico.

12. Comunicado CVS-DVST nº 19/2017 – Diretrizes para atuação da Vigilância Sanitária (Visa) e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) na identificação e combate ao trabalho infantil e na proteção ao trabalhador adolescente.

13. Nota Informativa “Recomendações para prevenção da infecção por coronavírus (COVID-19) em ambientes de trabalho”.

14. Diretrizes para inspeção sanitária nos ambientes de trabalho para investigação de surtos de covid-19.

15. Portaria CVS nº 20/2020 – Disciplina, no âmbito do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária – Sevisa, a atuação das clínicas, serviços e empresas de medicina do trabalho no enfrentamento da pandemia da Covid-19.

16. Portaria CVS nº 13/2020 – Dispõe sobre medidas de prevenção ao Sars-CoV-2 para profissionais de coleta e entrega de mercadorias.

17. Nota Técnica Covid-19 CVS/ CVE 01/2020 – Medidas de Prevenção e Controle de Infecção a Serem Adotadas na Assistência à Saúde Relacionadas à Covid-19.

18. Comunicado CVS nº 12/2020 – Recomendações para Alojamentos de Trabalhadores Rurais Durante a Pandemia de Covid-19.

19. Comunicado CVS nº 09/2020 – Orientações aos serviços funerários no manejo do corpo durante a pandemia de Covid-19 e Comunicado CVS nº 15/2020 – Orientações sobre sepultamento durante a pandemia de Covid-19.

20. Sistemas de limpeza urbana e de resíduos de serviços de saúde.

21. Comunicado CVS nº 7/2020 – Prevenção do coronavírus em sistemas de limpeza urbana e de resíduos de serviços de saúde.

22. Comunicado CVS nº 13/2020 – Pulverização de Desinfetantes em Locais de Trânsito Intenso de Pessoas para Prevenir Covid-19.

APONTAMENTOS SOBRE A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE DO TRABALHADOR NO ÂMBITO DA REDE DE SERVIÇOS DO SUS

Andrea Garboggini Melo Andrade

Jacira Azevedo Cancio

Letícia Coelho da Costa Nobre

Rita de Cássia Peralta Carvalho

Suerda Fortaleza de Souza

Neste capítulo, apresentam-se alguns apontamentos e reflexões sobre a experiência da equipe da Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador/Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (Divast/Cesat), da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (Suvisa), da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), na produção de conhecimento e orientações para as ações e práticas no âmbito da Renast-BA, procurando evidenciar o que tem sido feito, como e com quem se constrói esses processos, a partir de quais demandas e necessidades, para quem e para quê.

Essa produção iniciou-se ainda em meados da década de 1990, sendo intensificada nos últimos anos. Consiste em materiais técnicos, manuais de normas e procedimentos e protocolos tendo como focos a vigilância de ambientes e processos de trabalho, a vigilância epidemiológica de agravos relacionados ao trabalho, a avaliação clínica de patologias e prevenção de incapacidade para o trabalho; orientações para o planejamento e organização das ações e serviços no âmbito da Renast-BA; orientações para o apoio técnico e institucional para a rede; produção de instrumentos para coleta e registro de ações e para o monitoramento e avaliação de indicadores e metas. A partir de 2012, as orientações técnicas produzidas passaram a ser indexadas e catalogadas no ISBN (International Standard Book Number).

É importante destacar o caráter de produção coletiva e compartilhada de todo esse material, viabilizada por meio de parcerias com universidades públicas na Bahia e no País, com grupos acadêmicos de outros países e projetos multicêntricos; articulação com a CGST/MS e com coordenações de ST de outros estados, formando grupos de trabalho, oficinas e fóruns com esses e outros parceiros institucionais.

Outra estratégia importante para essa produção tem sido o estímulo, o incentivo e o apoio, inclusive com recursos institucionais, à participação de técnicos na formação em nível de pós-graduação: especializa-

ção, mestrado e doutorado, produzindo estudos e pesquisas de interesse a ST no SUS. Os produtos têm sido publicados em livros, capítulos de livros, artigos em revistas científicas indexadas, apresentação de trabalhos e experiências em congressos da área de saúde coletiva, ciências sociais, políticas públicas e outros de interesse a ST. Destaca-se também a participação em processos de discussão e construção das linhas de pesquisa de interesse ao SUS-BA, com demais áreas da vigilância em saúde e outras da Sesab, bem como nas etapas de avaliação e no acompanhamento dos resultados dos projetos submetidos e aprovados.

Outra linha de produção são boletins, folhetos, cartazes e materiais de comunicação para população e representações de trabalhadores. Pode-se citar como exemplo o Infoc, jornal publicado quadrimestralmente de 1995 a 2009. Produção de documentos e materiais para subsidiar as equipes técnicas e representações de usuários, trabalhadores e gestores nas Conferências estaduais de saúde, assim como as específicas: de ST e de vigilância em saúde.

Qual a finalidade de produção de conhecimento e de tecnologias de produção de práticas, de informação e de conhecimentos na Renast?

Produzir orientações, tecnologias e ferramentas que possam subsidiar e orientar as equipes técnicas e gerenciais, especialmente das instâncias da Renast-BA, mas, também das demais áreas da vigilância em saúde, da atenção básica, da rede especializada e de urgência/emergência; que articulem ações de vigilância com ações de diagnóstico e cuidado, manejo e prevenção de incapacidade para o trabalho. Os objetivos principais são ampliar a capacidade da rede SUS para o desenvolvimento das ações de ST, ampliar o acesso da população trabalhadora às ações em seu município e território onde reside e trabalha, bem como contribuir para a melhoria da qualidade das ações. Ou seja,

ampliar a cobertura das ações, impulsionar avanços quantitativos e qualitativos na promoção, vigilância e atenção à ST no âmbito do SUS. Algumas podem ser utilizadas também como subsídio às práticas e discussões dos movimentos sociais e representações sindicais.

Esse processo de produção coletiva parte da experiência construída no cotidiano, nas práticas das equipes técnicas; conta com equipes técnicas de elaboração, com processo compartilhado de discussão ao longo do processo de produção, em oficinas de trabalho e outros momentos ampliados em que se convida representantes de outras diretorias e áreas técnicas do SUS, representações técnicas da rede ST, de outras instituições parceiras (universidades, Superintendência Regional do Trabalho, representações de categorias de trabalhadores etc.); seguindo etapas de apresentação e validação, discussões na Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador do Conselho Estadual de Saúde e nas instâncias intergestoras etc.

Depois de produzido o conteúdo, passa-se às etapas de diagramação, catalogação, revisão da arte gráfica, enfim, da revisão final da publicação, que, em nossa experiência, é igualmente importante para garantir a qualidade e a adequação para melhor acesso do público-alvo definido, sejam as diferentes áreas técnicas do SUS, da vigilância em saúde, representações técnicas da área de ST, entidades representantes dos trabalhadores e usuários do SUS.

Uma vez produzida e publicada, é fundamental estabelecer as estratégias de implantação, que incluem a distribuição, a divulgação, o planejamento e o desenvolvimento de processos de educação permanente,

curso presenciais ou a distância, com cargas horárias factíveis, descentralizados nas regiões de saúde, com possibilidade de inclusão de técnicos e gestores das secretarias municipais de saúde, representações de trabalhadores, conselheiros etc. Nos anos mais recentes, passou-se a utilizar ferramentas do Telessaúde e outras plataformas digitais que permitem realizar webconferências, reuniões de apoio técnico, cursos, palestras e oficinas de trabalho; também se encontra em implantação a inclusão de alguns agravos relacionados ao trabalho na telemedicina, teleconsultas e discussão de casos.



Entre as estratégias de divulgação, estão a publicação gráfica, a publicação e a divulgação em internet, a distribuição para técnicos de referência na rede, municípios e regionais de saúde, para outros estados, para o MS, para entidades e instituições parceiras, para representações de trabalhadores, para fóruns e instâncias intersetoriais etc.

Destacam-se, no quadro abaixo, as principais publicações produzidas pela Divast/Cesat, Bahia, no período 1996-2020:

Quadro 1. Principais publicações produzidas pela Divast/Cesat, Bahia, no período 1996-2020

Nome da Publicação	Ano
Manual de Normas e Procedimentos Técnicos para as Ações de Visat	1996, 1ª ed.
Manual de Normas e Procedimentos Técnicos para as Ações de Visat	2002, 2ª ed. rev. e ampliada
Coletânea de Legislação em ST e Meio Ambiente	2002
Livro Edufba ST na Bahia: História, Conquistas e Desafios	2011
Orientações Técnicas para Ações de Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho – SUS/BA	2012
Orientações Técnicas para a Proteção da Saúde dos Agentes de Saúde	2012
Orientações Técnicas para Ações de Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho Agrícola – SUS/BA	2013
Orientações Técnicas para Ações de Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho em Postos de Revenda de Combustíveis – SUS/BA	2014
Orientações Técnicas para Ações de Prevenção e Manejo da Incapacidade para o Trabalho no SUS	2014
Protocolo de Atenção à Saúde Mental e Trabalho	2014
Guia para Análise da Situação de ST – SUS/Bahia	2014

Nome da Publicação	Ano
Orientações Técnicas para a Vigilância Epidemiológica de Óbitos por Causas Externas Relacionados ao Trabalho: Acidente de Trabalho Grave – SUS/Bahia	2018
Atuação Integrada na Vigilância e Atenção à Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos: Fluxogramas – SUS/BA	2019
Análises da Situação de ST no Plano Estadual de Saúde Bahia	2016/2019
Orientações técnicas para a investigação e notificação de casos de Covid-19 relacionados ao trabalho – SUS/BAHIA – 2020	2020
Orientações Técnicas para avaliação de saúde de retorno ao trabalho de trabalhadores e trabalhadoras expostos(as) ao Sars-CoV-2. SUS/BAHIA	2020
Video Tijolo por Tijolo – 20 anos de ST na Bahia (1988-2008)	2010
Vídeo Seminário Temático 28 de abril de 2014 – 4ª Cest/BA	2014

Fonte: www.saude.ba.gov.br/suvisa/divast/.

Nossa experiência tem demonstrado que a produção de conhecimento e de tecnologias para a inclusão e melhoria da qualidade das práticas de atenção e Visat no âmbito da Renast é um processo complexo, dinâmico, muitas vezes longo e difícil, que requer persistência e coordenação de

esforços, de capacidades e de competências, que exige a compreensão de que, necessariamente, deve ser um processo participativo com articulações e parcerias institucionais e com a valorização dos saberes, práticas e experiências dos sujeitos implicados nessa construção coletiva.

A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA INTEGRADO DE SAÚDE AMBIENTAL E DO TRABALHADOR, PISAT/ISC/UFBA, NA PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA SOBRE AGRAVOS À SAÚDE RELACIONADOS AO TRABALHO

*Vilma Sousa Santana
Cleber Cremonese*

A lógica subjacente às ações do campo da ST se estrutura na relação orgânica entre o conhecimento científico, saberes e práticas. Sabe-se, aprende-se, compreende-se a situação de saúde, seus determinantes, as causas, os mecanismos causais, fatores de risco; e, então, elaboram-se respostas, soluções, estrategicamente planejadas e possíveis. Essa racionalidade não é simples, mas dialética, envolvendo as contradições e as disputas próprias da relação capital e trabalho, em suas diversas configurações¹. Embora passe pela técnica, estende-se ao campo político, às práticas sociais, comportamentais, culturais, ética e,

em especial, aos valores atribuídos à vida e à justiça social, aos direitos humanos e sociais universais. Entre esses, os direitos à ambientes de trabalho seguros e saudáveis, livres de riscos, adotando-se medidas que garantam a proteção, o bem-estar e a dignidade de viver, adoecer e morrer.

Essa racionalidade baseada na ação política dos trabalhadores e demais atores sociais, intelectuais, acadêmicos, lideranças políticas, movimentos sociais, sindicatos, torna-se possível com o fluxo, o intercâmbio, o compartilhamento e o uso crítico do conhecimento e de saberes. Essa troca de conhecimento é

1. SANTANA, V. S., et al. Prevenção, atenção e controle em Saúde do Trabalhador. In: PAIM, J. S., et al. *Saúde Coletiva – teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBooks, 2014, p. 513-539.

possível quando o acesso à informação empregando linguagens comuns, compreensíveis, é permitido entre esses atores. Em ST, considera-se que é o trabalhador que detém o mais legítimo conhecimento sobre suas condições de trabalho e as consequências para a saúde². Ele é quem vive o fazer cotidiano, às vezes por anos, estabelecendo uma dinâmica própria de garantia de comodidade e conforto possíveis, conhecendo quase sempre, integralmente, o processo produtivo. Entretanto, a observação sob o enquadre da ciência pode contribuir, complementarmente, para identificar problemas de saúde de difícil captura no cotidiano do trabalhar. Por exemplo, sabe-se que muitas doenças crônicas resultam de situações de trabalho que envolvem o contato com substâncias químicas, cujos efeitos sobre a saúde irão ocorrer até 40 anos após a exposição, quando o trabalhador já se encontra aposentado, mudou de atividade de trabalho, às vezes nem se recorda do pouco tempo passado naquele emprego, no qual se expôs a certos agentes de risco. Outros agravos à saúde relacionados ao trabalho são raros, e a organização da produção implica pequeno número de trabalhadores, que mantêm contato uns com os outros, tornando difícil a compreensão sobre a relação com o trabalho desses agravos. Ou as consequências da exposição ocorrerão em gerações futuras, nos descendentes; ou então, os agravos à saúde causados ainda não são conhecidos, emergem como sintomas inespecíficos, limitando a percepção sobre a associação com o trabalho³. São muitas outras as situações que comprometem a apreensão imediata e intuitiva dos problemas de saúde, que podem ser resultantes do trabalho, pelos próprios trabalhadores.

O conhecimento científico pode examinar perguntas e hipóteses explicitadas em narrativas de trabalhadores. Todavia, pode também, partir de conhecimento proveniente das ciências básicas, chamadas de bancada, como da química, toxicologia, que eventualmente podem demonstrar que uma certa substância ou um composto que, em laboratório, afeta a saúde de animais, podendo também afetar humanos. Isso vem sendo o ponto de partida da descoberta de muitos cancerígenos e teratogênicos. O monitoramento compulsório de condições de trabalho, a mensuração de agentes de risco conhecidos, a documentação detalhada do processo produtivo e suas mudanças ao longo do tempo, as ocupações, os postos de trabalho, entre outros, têm tornado as populações de trabalhadores alvo de estudos sobre causas de doenças. Mesmo dados de sistemas de informação vários, de estatísticas vitais como os registros de morte, de concessão de auxílios relacionados à

doença pela previdência social, de hospitalizações, dados laboratoriais, podem ser empregados como fontes de estudos capazes de identificar novos agravos relacionados ao trabalho. Longe de serem únicos pontos de partida, hipóteses e perguntas importantes de pesquisa podem se originar de múltiplas condições, *insights*, explorações, entre outros.

O Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia foi criado em 1995, com princípios de compromisso com a consolidação do SUS e a articulação da ciência às práticas de cuidado à saúde, universais, e a garantia do direito à saúde e dever do Estado, previstos na Constituição de 1988. Sua matriz organizacional não é departamental disciplinar. Adota uma estrutura formada por núcleos multiprofissionais de pesquisadores professores voltados para tópicos que conformam problemas de alta relevância em saúde pública. Um desses núcleos é o Písat, constituído com a missão de contribuir na produção do conhecimento de importância para os trabalhadores, na formação de pessoas nesse campo, e prestando assessoria a instituições, sindicatos e movimentos sociais. O seu foco são situações críticas da iniquidade dos direitos, a exemplo dos modos informais de trabalho e emprego, do trabalho invisível de mulheres em suas casas, do trabalho de crianças e adolescentes, e atividades e situações de trabalho de risco elevado que ameaçam a saúde, a vida e o bem-estar. É claro que a necessidade de divulgar e disseminar o conhecimento científico, para além das publicações acadêmicas e dos limites da comunidade científica, estava explícita na proposta de criação do Písat para alcançar os trabalhadores e a sociedade.

Uma experiência de informação em epidemiologia da ST

A Coordenação Geral da Saúde do Trabalhador (CGST) integra o Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública (DSASTE), da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS. A CGST tradicionalmente opera em estreita articulação com diversos grupos e pesquisadores de instituições acadêmicas. Em 2008, foi criado o Centro Colaborador da Vigilância aos Agravos à Saúde do Trabalhador (CCVISAT), do Písat/ISC/UFBA, com o propósito de produzir e disseminar informações de base epidemiológica, de interesse para a promoção da ST. Implementado em 2009, o CCVISAT passou a disponibilizar ferramentas amigáveis para a produção de indicadores epidemiológicos em ST pelas equipes da Renast, a exemplo de bases de dados, públicas, anônimas, de agravos à saúde relacionados ao trabalho, originadas do Sinan, do Sistema de Informação sobre Mortalidade

2. GAZE, R., et al. Os movimentos de luta dos trabalhadores pela saúde. In: VASCONCELLOS, L. C. F., et al. *Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

3. CHECKOWAY, H., et al. *Research Methods in Occupational Epidemiology*. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2004.

(SIM) e do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS). Além dessas, análises desses dados para o conhecimento relativo a lacunas que ensejam respostas de modo a promover políticas específicas.

Assim, vêm sendo elaborados boletins epidemiológicos tratando de temas como a mortalidade por acidentes de trabalho, acidentes com crianças e adolescentes, envolvendo motocicletas, picadas de animais peçonhentos, doenças infecciosas e parasitárias relacionadas ao trabalho, dentre outros. Esses boletins conformam objetivos diretos, claros, com perguntas que remetem a respostas possíveis, nem sempre conclusivas. São elaborados com linguagem simples, definindo-se apenas os procedimentos necessários para a compreensão dos achados, e muito pouca referência à literatura científica. Após a apresentação dos resultados, uma breve interpretação e comparação com o esperado ou com o encontrado por outros estudos, resumem-se recomendações para a saúde pública e a pesquisa.

Atualmente, estão disponíveis 17 edições do 'Boletim Epidemiológico', em versão texto digital, no portal <http://www.ccvisat.ufba.br>. A partir de 2019, considerando a popularização do acesso à mídia audiovisual, foi dado início à edição de boletins em formato de vídeos, buscando ampliação do seu alcance. No presente, conta-se com quatro edições audiovisuais, especificamente, sobre transtornos mentais relacionados ao trabalho, ocupação e suicídio, doenças infecciosas e parasitárias relacionadas ao trabalho, incluindo a Covid-19 e acidentes de trabalho envolvendo motocicletas e custos hospitalares dos acidentes de trabalho por picadas de serpentes.

O portal e suas ferramentas de trabalho, bem como os boletins, vêm sendo muito bem recebidos pela população, trabalhadores, sindicatos, movimentos sociais, jornalistas, estudantes de graduação e pós-graduação e, em especial, os profissionais da saúde, a exemplo de equipes da vigilância do trabalhador e da vigilância epidemiológica. Esse trabalho é realizado por professores do ISC/UFBA e de outras unidades da UFBA e, fundamentalmente, por estudantes de graduação e pós-graduação. Durante a elaboração de cada edição, são contatados especialistas, lideranças sindicais, representantes de movimentos sociais, nacionais e estrangeiros, de instituições como a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), dentre outras.

Consideramos essa uma experiência bem-sucedida, de produção de conhecimento científico para além dos limites da comunidade acadêmica. Vale ressaltar que a própria CGST passou a produzir e divulgar com regularidade boletins epidemiológicos sobre tópicos de interesse estratégico para a ST e as políticas correspondentes. Com a colaboração, os tópicos focalizados pelo CCVISAT são previamente acordados de modo a evitar repetições e

superposições. Isso tem levado a que análises subjacentes aos boletins do CCVISAT avancem sobre questões mais complexas ou que demandem a abordagem de problemas metodológicos como a qualidade dos dados registrados. Portanto, entendemos que ainda há barreiras na produção de dados de interesse para a ST. Por exemplo, embora existam vários sistemas de informação em saúde que contemplam registros da relação com o trabalho de agravos à saúde ou acidentes, há muitas informações faltantes ou dados inconsistentes. Isso evidencia, ainda, a necessidade de informação sobre a importância do conhecimento sobre a situação de saúde dos trabalhadores, entre os próprios profissionais de saúde. Por fim, o intercâmbio entre uma instituição acadêmica e serviços de saúde pode ser positiva, mesmo em tempos que desafiam a criatividade para tornar concretas ações que avancem a informação da sociedade. Qualquer ação de prevenção de doenças ou promoção da saúde começa com o conhecimento.

A nossa utopia, como sujeitos da saúde coletiva e da ST, é levar o conhecimento de bases científicas para circulação na sociedade, revelando os determinantes das condições de trabalho, das exposições ou fatores de risco, da desproteção previdenciária, dos agravos à saúde, de formas inaceitáveis de trabalho como o trabalho infantil ou análogo à escravidão, e suas vinculações com a injustiça. No entanto, vivemos um tempo estranho, escuro, obscuro, no qual a importância da ciência é negada, por mais bizarro que isso seja. Especialmente por estar ocorrendo em meio à pandemia da Covid-19, que desencadeou uma pressão sem precedentes sobre cientistas, para entendê-la e produzir os meios de seu controle. Tentativas de manipulação de dados, por exemplo, não prevaleceram. Ocultação de dados é impossível com as janelas de transparência e capilaridade da produção da informação, que permitem o compartilhamento e o processamento e análise em tempo real. Ademais, trabalhadores em ocupações 'emergentes', como as de entrega gerida por aplicativos, organizam-se e clamam por informações sobre suas condições de emprego, desproteção social e situação de elevada vulnerabilidade tanto para acidentes de trabalho como para o enfrentamento da violência, inclusive a policial, evidente nas abordagens impregnadas de racismo e preconceito de classe, entre outras. A organização e a procura por informação, de grande parte desses trabalhadores, nos animam. São um exemplo. Assim, no âmbito do pessimismo que nos envolve, podemos pensar em continuidade desse processo de produção de conhecimento a partir de colaboração entre academia, sim, porque a luz há de brilhar mais uma vez. Como dizia o poeta.



Os boletins epidemiológicos, elaborados com linguagem simples e direta, são disponibilizados on-line no portal <http://www.cvisat.ufba.br> em versão texto digital e também em formato de vídeo.

A COMUNICAÇÃO E A DIFUSÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE DO TRABALHADOR A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DO BLOG MULTIPLICADORES DE VISAT

Isabella de Sousa Maio
Luciene de Aguiar Dias

Ao pensar que a missão da academia é pesquisar, produzir conhecimento, formar e informar pessoas para a vida em sociedade, perguntamos: essa mesma sociedade em movimento tem acesso às suas propostas pedagógicas?

Recentemente, com a pandemia da Covid-19, vimos uma grande aproximação do discurso acadêmico e científico com a sociedade. Nas diversas mídias e redes, observamos epidemiologistas, infectologistas, estatísticos, profissionais de diversas áreas do conhecimento acadêmico conversando, debatendo e esclarecendo questões de caráter científico para a

população. Contudo, ainda assim, fica uma pergunta: será que o pensamento acadêmico, em geral, enxerga a população e os movimentos de luta social por melhores condições de vida e mais direitos como sujeitos ativos e parceiros na produção de conhecimentos? Ou será que há um distanciamento da academia com os sujeitos sociais que movimentam a sua luta?

No caso da ST e suas interfaces com os direitos humanos e as dinâmicas dos movimentos sindical e sociais, essas relações com a academia são questões mais inquietantes. É voz corrente entre os que atuam

no campo da ST que não se ‘faz’ ST sem o trabalhador – e esse fazer implica justamente a produção de conhecimentos, cuja máxima é considerar os trabalhadores como sujeitos coletivos, ativos e, mesmo, protagonistas, objetivando a transformação do mundo do trabalho. Com esse espírito de partilhamento de produção de conhecimentos, há muitos anos, um projeto de formação de agentes de Visat no SUS vem sendo desenvolvido no âmbito da academia, no caso a Ensp/Fiocruz, com o apoio do MS e da Renast.



1. DORIGONI, G. M. L., et al. *Mídia e Educação*. 2007. Disponível em: <http://www.dia-adiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/1170-2.pdf>. Acesso em: 12 set. 2019.

A essência desse projeto de formação é dar voz aos trabalhadores enquanto sujeitos coletivos produtores de conhecimento partilhado, tanto com a academia quanto com os serviços (principalmente os Cerest da Renast) responsáveis pela Visat. Com o seu aprofundamento, foi agregada ao projeto a formação de multiplicadores de Visat (formação de formadores), hoje consolidada, tendo sido formados, desde 2014, 164 multiplicadores e 1718 agentes de Visat (trabalhadores incluídos) em todas as regiões do País.

O *blog* Multiplicadores de Visat, desde então, vem sendo utilizado como veículo de comunicação e educação permanente para os agentes de Visat, os multiplicadores e, principalmente, os trabalhadores e seus representantes. À medida de sua consolidação como ferramenta pedagógica, além do tema mais específico da ST, questões ambientais, de direitos humanos e dos movimentos sindical e sociais passaram a ser temas abordados no *blog*.

Em seu espaço virtual (www.multiplicadoresdevisat.com), são disponibilizados materiais didáticos diversos, tais como livros, textos diários em sua Coluna Opinião, com mais de 60 colunistas das mais diversas áreas afins ao campo da ST, videoaulas (canal YouTube do projeto), documentários, boletins informativos mensais (atualmente no número 55) e informações sobre eventos do campo ou relacionados aos temas mencionados. Possui também uma janela de temas

sobre Inclusão e Acessibilidade no Trabalho, além de *links* com outros veículos similares, tais como o Fórum de Acidentes de Trabalho, o Pisat – CCVISAT (ISC-UFBA/CGSAT-MS), o Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) e a Renast online. Atualmente, chegando aos 170 mil acessos, seu objetivo vem sendo alcançado como instrumento de formação continuada dos alunos e ex-alunos, além de fornecer informações e materiais para todos aqueles que têm interesse nos conteúdos disponíveis dos temas relacionados.

Outro objetivo é a manutenção de vínculos afetivos dos alunos e ex-alunos entre si, com as instituições participantes e com a coordenação do projeto. De forma proativa, a coordenação do *blog* fomenta, por meio das redes sociais, o acesso dos alunos aos conteúdos disponíveis, esclarecendo dúvidas e prestando todo o suporte necessário para os usuários.

As redes eletrônicas estão estabelecendo novas formas de comunicação e de interação onde a troca de ideias grupais, essencialmente interativas, não leva em consideração as distâncias físicas e temporais. A vantagem é que as redes trabalham com grande volume de armazenamento de dados e transportam grandes quantidades de informação em qualquer tempo e espaço e em diferentes formatos¹.

O *blog* Multiplicadores de Visat conta também com uma rede de mídias sociais, como o Instagram e o YouTube, que divulgam os materiais didáticos, textos, vídeos e informações nele disponíveis. Essa divulgação possibilita a captação de novos usuários dos seus conteúdos, aproximando trabalhadores e trabalhadoras e movimentos sociais que utilizam essas mídias como fonte de informação e articulação de lutas. O convite à leitura e a participação das atividades do *blog* são feitos também por meio do contato pelo WhatsApp, criando, assim, uma grande rede de divulgação desse espaço de aprendizagem e participação coletiva. É por intermédio desses espaços que os leitores do *blog* são também convidados a escrever textos de opinião que contribuem para a reflexão dos sujeitos coletivos. Dessa forma, os trabalhadores são compreendidos nessa lógica como protagonistas reflexivos ativos e críticos, e não como “objetos a serem formados”².

A importância desse espaço virtual como um instrumento que mantém vínculos afetivos já estabelecidos e integra usuários, trabalhadores e profissionais de todo o País, criando a troca, o intercâmbio de saberes de forma ativa, possibilita uma educação crítica e transformadora. Representa, portanto, não apenas uma ferramenta pedagógica, mas é, também, uma ferramenta de formação política no campo.

2. FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia*. 25. ed. Paz e Terra: São Paulo, 2002.

PLATAFORMA RENAST ONLINE: UMA FERRAMENTA PARA APOIO À FORMAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR

Augusto Campos

O *site* Renast online foi criado em 2009 como um experimento de utilização de ferramentas da internet para a indução de práticas, divulgação de conhecimentos, circulação de informações da rede, debate e para dar visibilidade aos temas relacionados à ST. Não se tratava exatamente de uma iniciativa inédita. Na época, o Observatório de Saúde do Trabalhador, criado em 2003, com apoio da Opas e do MS, encontrava-se sem manutenção, apesar de já ter cumprido importante papel durante a III Conferência de Saúde do Trabalhador^{1,2}.

Há uma vasta discussão sobre as transformações que envolvem as ferramentas de Tecnologia da Informação (TI) e redes sociais e seu o efeito potencializador nas interações, e na criação de novas formas de produção, difusão, assimilação e uso de informação e conhecimento. Comunidades virtuais, redes de relacionamento, *blogs*, fóruns, *wikis*, *sites* de compartilhamento de vídeo e fotos, entre outros, transformam consumidores em produtores de conteúdo e possibilitam a interação com este. Conforma-se uma nova forma de utilização da internet, agora como plataforma para a produção e divulgação de conteúdo de forma muito mais ágil e participativa. A *web 2.0* foi o termo forjado para descrever o desenvolvimento de aplicações e práticas que aproveitem os efeitos de rede para se tornarem melhores quanto mais sejam usados pelas pessoas, aproveitando a inteligência coletiva. Diversas instituições vêm adotando as ferramentas da *web 2.0* como modelo para gestão do conhecimento e comunicação interna e externa, das quais tem lugar de destaque a Opas. A Biblioteca Regional de Medicina (Bireme) é outro exemplo de utilização destas ferramentas para a organização de comunidades de prática.

A iniciativa teve como referência a experiência do Observatório, mas enquanto iniciativa, independentemente do ponto de vista institucional, pôde adotar uma postura mais experimental e flexível, buscando formas de incorporar novas ferramentas e práticas

de uso da internet. O foco e interlocutor primordial escolhido foi a Renast, enquanto rede ampla de atores e instituições relacionados à ST. Sua proposta inicial tinha como horizonte o apoio à busca autônoma por parte de profissionais da Renast e outros atores sociais relacionados por informações e conhecimento em ST. Sua estrutura, portanto, deveria dar conta de dois eixos.

O primeiro organizaria os conteúdos: atualidades, experiências, conceitos e conhecimento. O *site* deveria organizar e disponibilizar acesso a informações sobre o que acontece no cotidiano da rede e relativo a assuntos de interesse dela. Também deveria buscar, selecionar e organizar objetos de aprendizagem³, formatos diversos de transmissão de conhecimento técnico e científico.

O segundo eixo estruturaria a utilização das ferramentas de TI para fomentar a interação dos atores em torno dos conteúdos. Embora as ferramentas tenham sido implementadas, pouco se avançou nessa iniciativa. Promover a interação dos usuários com comentários e discussões utilizando o *site* ainda é um desafio a ser superado.

Complementando a estrutura formal do conteúdo, que possibilita sua organização conforme o tipo de informação e seu objetivo, utiliza-se uma indexação por temas e por territórios, permitindo fácil localização segundo o interesse do usuário. Um terceiro nível de direcionamento de conteúdos para o usuário é feito a partir da própria interface. Ao lado do conteúdo principal, é possível encontrar uma lista de conteúdos relacionados a partir da indexação. Conteúdos-chave são também organizados de forma hierarquizada de tópicos e subtópicos, exibidos do lado direito do conteúdo principal, organizando e conduzindo a experiência do usuário que se interessa por aprofundar de forma organizada sua leitura.

Além do *site* em si, a Renast online passou a utilizar também as plataformas sociais externas como Facebook, Twitter e LinkedIn como forma de divulgar

1. SIQUEIRA, C. E., et al. The Observatory of the Americas as a network in environmental and worker health in the Americas. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 8, n. 4, 2003.

2. CAMPOS, A. S. Observatórios de Saúde do Trabalhador. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador*. Novo Hamburgo: Proteção Publicações Ltda, 2018, p. 93-94.

3. Objetos de aprendizagem são recursos digitais ou não que podem ser utilizados e reutilizados em diversas modalidades de ensino (presencial, híbrida, à distância, autoaprendizagem etc.). Devem ser estruturados como unidades autoconsistentes de pequena extensão, passíveis de combinação com outros objetos. Podem conter vídeos, imagens, áudios, textos, bases de dados, animações, gráficos, estudos de caso, animações etc.). Costumam ser disponibilizados para educadores ou para estudantes em repositórios indexados.

seus conteúdos. Mais recentemente, foi incluído um componente de informação, que compreende, por um lado, a coleta, o tratamento e a disponibilização de informações de situação de ST a partir de dados oficiais secundários (Sinan, SIM, Rais, CAT e outros).

Durante a evolução da plataforma, experimentaram-se algumas variações em sua estrutura. Atualmente, ela inclui:

– Notícias: principalmente coletadas a partir de pesquisas na internet de temas de interesse para a Renast, indexadas por tema e território. Têm como objetivo divulgar para a rede informações sobre ações e situações de risco, apoiando o planejamento de ações, a troca de experiências e a transparência.

– Acervo de recursos: inclui artigos científicos, publicações e diversas outras formas de objetos de aprendizagem técnica (vídeos, cartilhas, boletins etc.) e de divulgação, constituído a partir de pesquisa sistemática e contínua em assuntos de interesse, indexado por tema e território. Tem como objetivo selecionar e organizar objetos de aprendizagem técnicos e científicos que possam ser utilizados para a autoaprendizagem ou constituir material didático.

– Verbetes temáticos: conteúdos produzidos como referência básica de forma a organizar conceitos e temas fundamentais da ST, direcionados para profissionais da rede. Incluem referências a textos científicos, mas podem incluir outras formas de objetos de aprendizagem.

– Fóruns: são ferramentas de comunicação e debate, utilizados para a interação da rede com o *site* e entre si.

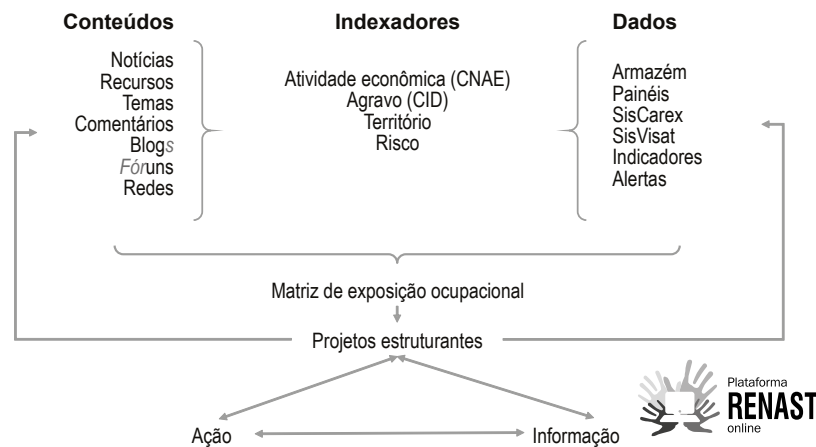
– Blogs: espaço disponibilizado para atores-chave e pesquisadores para comunicação direta com a rede.

– Armazém de dados secundários públicos.

Sistemas de informação: são sistemas de TI para apoio às ações da Renast. Podem incluir ferramentas para apoio ao planejamento e registro de ações.

Por outro lado, foram desenvolvidas ferramentas de informação para apoio às ações de Visat, especialmente para o registro e estruturação de ações de vigilância de ambientes de trabalho e para a elaboração de matrizes de exposição ocupacional. Esta última passa a organizar toda a plataforma organizando conteúdos e informações de forma sistemática (*figura 1*).

Figura 1. Integração de conteúdos e dados



Avanços e desafios

Em 2019, o experimento Renast online completou 10 anos. Atualmente, alcança aproximadamente o número de 5 milhões de visualizações e 2 milhões de visitantes. Destes, mais de 6.500 pessoas são inscritas no *site*. O acesso ao *site* tem demonstrado crescimento significativo nos últimos meses, aproximando-se de 100 mil visitantes por mês.

Pode-se considerar um relativo sucesso da Renast online enquanto comunidade de prática virtual entre-

laçada à Renast real. Considera-se que haja suficiente amadurecimento da experiência para demonstrar tanto sua importância como sua atual insuficiência. Se, por um lado, percebe-se crescente utilização dos conteúdos disponibilizados, há que se avançar no que se refere à sua qualidade, especialmente os 'verbetes' que devem sintetizar conceitos e temas fundamentais e direcionar os usuários a conteúdos para aprofundamento. É também necessário que estes superem a forma tradicional de texto didático, incluindo novas



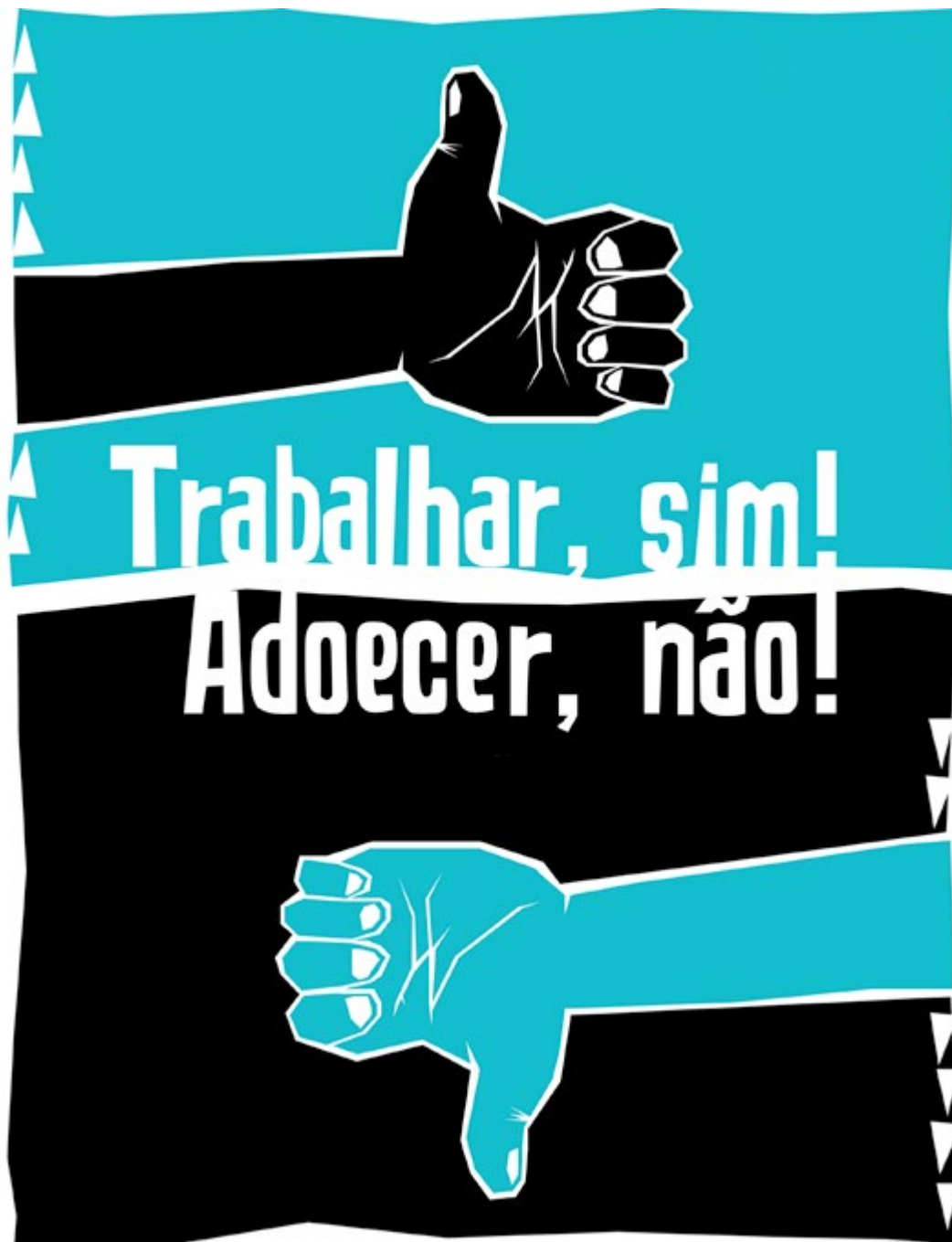
Plataforma RENAST online

formas de apresentar e interagir com o conteúdo (como vídeos, casos reais ou simulados, aplicações interativas etc.), observando ainda a sua preparação para o autoaprendizado e a possibilidade de utilização de objetos de aprendizagem em cursos e outras formas mais estruturadas de ensino a distância, híbrido ou presencial. A recente experiência de trabalho, estudo e articulação durante a pandemia de Covid-19 evidencia a potencialidade dessas modalidades, mas também a necessidade de estruturação de ferramentas e a coordenação de seu uso.

Nesse sentido, coloca-se a questão da interação horizontal dos usuários entre si por meio do *site* e com o *site*. Esse é um desafio para a institucionalização de diversas redes. Ainda que haja muitos exemplos de interações voluntárias e espontâneas entre profissionais em diversas comunidades de prática, é ainda difícil promover intencionalmente essas interações. Estratégias são sugeridas na lite-

ratura para dinamizar as comunidades de prática. Algumas delas são muito utilizadas como recurso didático em fóruns em EAD. A principal delas, como demonstra a experiência, é a atuação de pessoas-chave, capazes de mobilizar a participação, responsáveis por propor temas, publicar questões e incentivar a participação. Atividades presenciais, como reuniões e seminários, ou síncronas, como webconferências, são importantes para fortalecer os vínculos e aumentar a confiança entre os participantes de forma a promover sua participação em atividades não presenciais e assíncronas como os *blogs* e fóruns.

Tanto a manutenção da Renast online quanto o seu aprimoramento como ferramenta definitiva de TI, vinculada à implementação da Renast, enquanto estratégia para implementação da PNSTT, configurada em rede, demandam não só suporte físico e financeiro, mas também a participação ativa de técnicos e instituições do campo.



Capa do relatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.

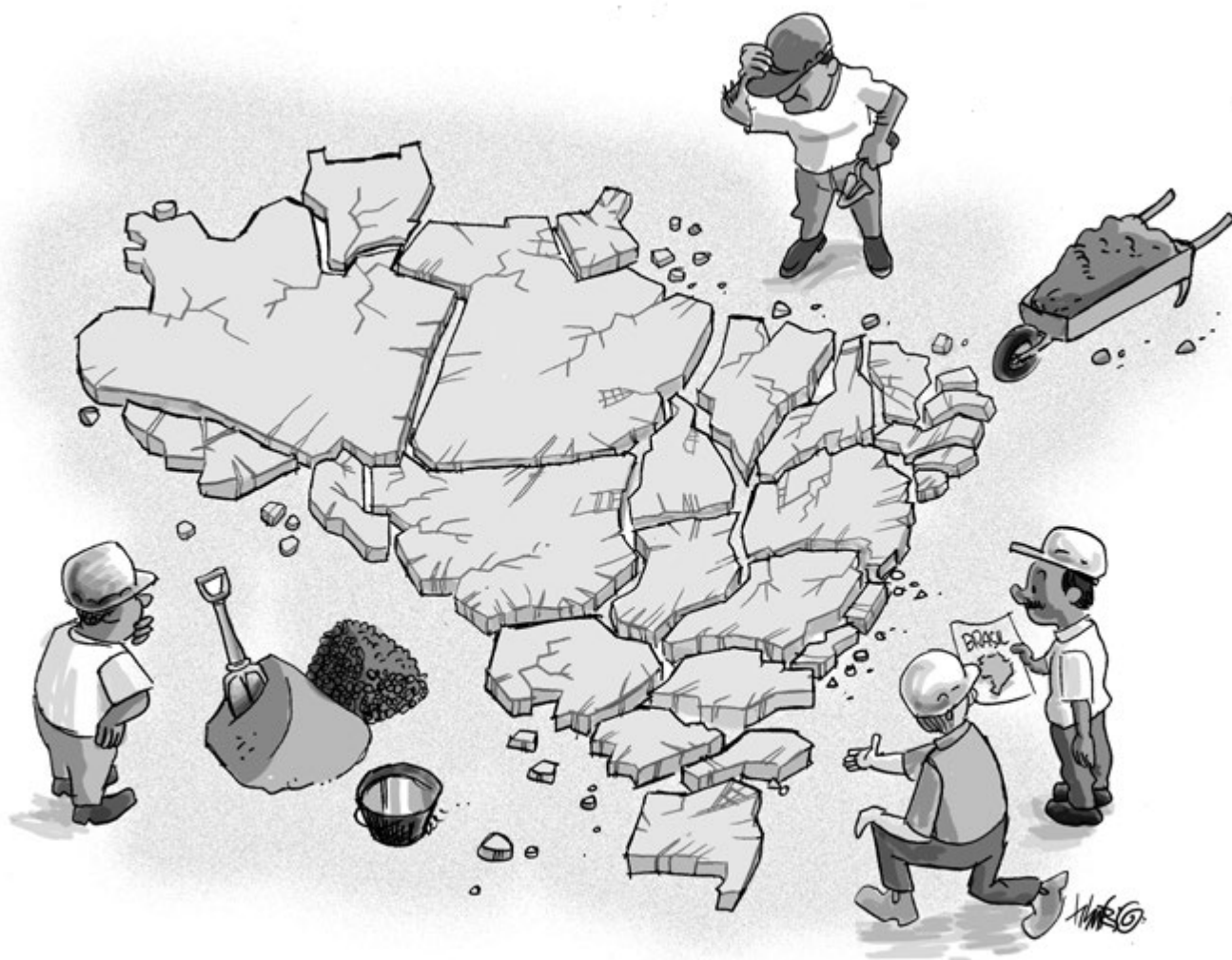
5

A INSTITUCIONALIDADE FRAGMENTADA DO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Coordenação

Elizabeth Costa Dias & Paulo Gilvane Lopes Pena

DOI: 10.5935/978-65-87037-01-1.08



A INSTITUCIONALIDADE FRAGMENTADA DO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Paulo Gilvane Lopes Pena
Elizabeth Costa Dias

A noção de instituição tem significados diferentes em várias áreas de saberes, mas na acepção aqui adotada, entende-se como o conjunto de normas que regulam a ação social associado à criação de estruturas sociais que compõem o Estado. São organizações de caráter permanente estabelecidas politicamente em atendimento aos interesses sociais, tradições ou direitos que regem a sociedade. Com isso, a institucionalização no âmbito da Saúde do Trabalhador (ST) significa inclusão na esfera pública do Estado, das ações que garantam o direito à saúde por meio da assistência integral para todos os trabalhadores, com suporte dos marcos legais. Considera-se que o Estado se compõe de uma determinada população em abrangência geográfica de domínio sobre um determinado território, no qual monopoliza a criação e a execução das regras sobre as quais detém o poder. Para isso, tem o seu conjunto de instituições educacionais, militares, econômicas, na esfera da saúde, trabalho, ambiente, previdência, entre outras. No Brasil, no período de 1964 a 1984, na esfera da saúde, havia sistemas pulverizados, com profunda dicotomia entre a prevenção e a assistência centrado no modelo hospitalocêntrico. O modelo excluía dois terços da população brasileira do direito à saúde e acesso aos serviços, que se mantinha dependente dramaticamente das ações filantrópicas, agravadas por contextos de desigualdade extrema, miséria, fome.

A Constituição Federal de 1988 (CF/88)¹, que estabeleceu o Estado Democrático de Direito, assegura acesso universal à educação, saúde e previdência social, resultando na reordenação ou criação de novas instituições. Configurou-se um processo de unificação dos subsistemas pulverizados de saúde, levando à formação do Sistema Único de Saúde (SUS), conceitualmente centrado no movimento de Reforma Sanitária.

Na Reforma Sanitária, emergiu um novo conceito de ST, em desenvolvimento em países da Escandinávia, no Canadá e na Itália, a exemplo do movimento operário italiano. Segundo Mendes e Dias (1991)², a ST passou a ser uma nova prática em construção no espaço da saúde pública centrada no processo saúde e doença dos grupos humanos na sua relação

com o trabalho. Configurou-se o enfrentamento à hegemonia das práticas tradicionais de medicina e segurança do trabalho da Organização Internacional do Trabalho (OIT), com a institucionalização das ações de proteção à ST no âmbito das inspeções do trabalho, no Ministério do Trabalho e, portanto, fora das estruturas de saúde pública.

A ST era uma ideia nova na estrutura do Estado, na produção científica, práticas dos profissionais de saúde e nos saberes e conhecimentos dos movimentos sindicais e sociais. A força da concepção da ST se estabeleceu a partir da realidade trágica e insustentável de exploração do trabalho que colocou o Brasil como um dos campeões mundiais de acidentes e mortes no trabalho nos anos 1970. Configurou-se, assim, a falência do modelo de medicina e segurança do trabalho do Ministério do Trabalho que privilegiava as ações e regulamentações segundo interesses econômicos das empresas, em detrimento da vida e da saúde dos trabalhadores.

No âmbito das instituições do Estado, esse movimento envolveu a transferência dos atendimentos em acidentes doenças do trabalho da previdência social para o SUS. No entanto, a ação política no processo constituinte não permitiu a mudança das estruturas do antigo Ministério do Trabalho para o SUS. Órgãos como a Fundacentro e inspeção e segurança e medicina do trabalho e o controle das práticas e da organização da rede de serviços médicos e de segurança do trabalho das empresas permaneceram como estavam.

Tal superposição de atribuições não impediu o esforço voltado para a institucionalização dos serviços de ST no SUS e suas relações intersetoriais, com base nas experiências existentes nas redes estaduais de saúde e em algumas capitais, universidades e centros de pesquisa. O suporte sindical e assessorias, a exemplo do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat), proporcionou o apoio essencial da sociedade civil nessa construção inusitada na saúde pública brasileira. Com isso, desencadeou-se uma política de ST, cujo marco, a Portaria nº 1.823, instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

1. BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 14 nov. 2020.

2. MENDES, R., et al. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev. Saúde Públ.*, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

(PNSTT), além de diversos outros momentos com ações e reordenamento institucional no SUS, que tiveram resultados importantes.

No plano internacional, verificou-se o crescimento da ST na Organização Mundial da Saúde (OMS), somando-se ao tradicional suporte da OIT. Em 1994, a OMS aprovou a declaração de Beijing, China, na qual propôs a 'Saúde Ocupacional para Todos', baseado ainda na noção do modelo de segurança e saúde da OIT. A evidência constatada pela OMS, em 2005, foi de que havia 2,2 bilhões de trabalhadores no mundo sem acesso a qualquer serviço de proteção à ST dispondo de proteção precária dos serviços médicos das empresas. Tratava-se de um universo de pessoas excluídas da proteção à saúde decorrente dos riscos e modalidades de violência à saúde no mundo do trabalho. Em 2007, na Assembleia Mundial de Saúde, a OMS assumiu o conceito de ST e deliberou um Plano de Ação Global em ST, recomendando a todos os serviços de saúde pública do mundo desenvolverem ações nesse campo³.

O processo de orientação das políticas de proteção à ST da OMS avançou na institucionalização de estruturas para permitir o acesso universal aos serviços de proteção e recuperação da ST no mundo. No Brasil, o suporte internacional favorece substancialmente a continuidade da institucionalização em curso.

No entanto, a conjuntura atual impõe a fragmentação drástica da institucionalidade da ST duramente construída, que ameaça todos os avanços conquistados. Instalou-se um governo com políticas extremistas no desmonte do estado social e que ameaçam e destroem a própria ST. Soma-se a isso o momento trágico da pandemia da Covid-19, que tem colocado o

País entre os mais atingidos no mundo, conseqüente das ações negacionistas e descontrole político na saúde pública promovida pelo governo federal.

Paradoxalmente, a ST reassume nesta pandemia valor crucial diante da centralidade das ações de saúde no mundo. Trata-se dos impactos ocupacionais não apenas nos profissionais de saúde e nas várias categorias profissionais mais expostas, mas em todos os trabalhadores do mundo, com repercussões diretas de adoecimento e indiretas devido ao desemprego em massa e demais conseqüências sociais sem precedentes desde a pandemia da influenza ou gripe espanhola há cem anos. Esta tragédia evidencia a importância das instituições de ST, tão vilipendiadas nos últimos tempos da era neoliberal. São fenômenos que evidenciam a importância do campo, recolocam em cena a necessidade de avançar na institucionalização da ST, com lutas, resistências e exemplos, por mais extremada e obscura que sejam as ações governamentais.

Nesse contexto, este bloco busca resgatar aspectos históricos e conceituais da construção do movimento da ST no Brasil, seguindo-se a análise da PNSTT, dos fundamentos da organização da atenção à saúde dos trabalhadores nos três níveis de gestão do SUS; os desafios para a Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat); a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e a atuação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest); a participação e controle social pela Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT) do Conselho Nacional de Saúde (CNS); a ST no contexto pós-pandemia Covid-19; e algumas reflexões sobre a situação da ST diante das mudanças no trabalho. Finalizando, buscou-se apontar algumas perspectivas e frentes de luta.

3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Sixtieth World Health Assembly: Agenda 12.13. *Workers' health: global plan of action*. WHA60. 2007. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/eb120/eb120_28rev1-en.pdf. Acesso em: 11 ago. 2020.

D. Rivera – Indústria de Detroit, muro norte (detalhe), 1933
Afresco,
5,40m x 13,72m
Instituto de Artes de Detroit,
Detroit, EUA.



ASPECTOS HISTÓRICOS-CONCEITUAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES E DAS TRABALHADORAS NO SUS

Anamaria Testa Tambellini
Mariza Gomes de Almeida
Volney de Magalhães Câmara

Na chegada dos anos 60, podia-se perceber que as premissas de prosperidade e melhores condições de vida que os planos governamentais alardeavam não estavam se concretizando e que as teorias que vinham tentando explicar esta realidade econômico/social não a penetravam. Todo o quadro se agravou quando o país, após um período de grandes lutas políticas e tensões, sucumbiu ao poder autoritário da ditadura militar iniciada com o golpe de 64. A partir de então houve uma busca persistente por alternativas de explicação dos acontecimentos e processos sociais e políticos vividos nacionalmente e que, dali por diante, irão ficar cada vez mais articulados, embora mantendo feições particulares, de acordo com as especificidades das diferentes formações sociais, em outros países do continente sul-americano¹.

Primeiro momento 1969-1979

A experiência brasileira sobre as relações entre Produção, Ambiente e Saúde considerada um campo de práticas situadas no interior da saúde coletiva é recente no País. Atualmente, está constituído pela ST, Saúde Ambiental e Saúde do Consumidor². Tal campo de relações se desenvolveu a partir das análises críticas à Medicina Preventiva e Saúde Pública tradicional que foram realizadas pelos próprios trabalhadores e trabalhadoras dessas áreas, em processo iniciado nos fins dos anos de 1960³. Esse período inicial comporta dois momentos.

O processo que levou à construção de possibilidades alternativas para pensar a saúde em suas várias dimensões assumiu a forma de um pensamento crítico e criativo. Em um primeiro momento, considerava-se a existência de uma crise do sistema de saúde em que a falta de resolutividade das propostas de políticas públicas e das próprias intervenções na saúde procedia, em parte, do modelo científico adotado e grandemente dos pressupostos políticos liberais que orientavam as decisões sobre e no interior do sistema de saúde. Aliaram-se a essa crítica, que expunha a área de saúde, alternativas propositivas elaboradas por pesquisadores e profissionais de saúde aliados a militantes políticos que faziam oposição ao totalitarismo e à ditadura

militar e que julgavam ser a saúde um dos direitos fundamentais dos povos. A ideia matriz que presidiu o entendimento da questão das relações Produção/Ambiente/Saúde se aglutinou em torno de objetos e margens de várias disciplinas e técnicas baseadas no conhecimento científico, aliada a necessidades concretas de pensar e agir, tendo em vista os diferenciais de saúde por classes sociais, levando em conta riscos específicos a que estavam submetidas coletividades nas sociedades capitalistas subdesenvolvidas

Esse pensamento crítico teve uma expressão concreta no que diz respeito às relações Produção-Ambiente-Saúde em Epidemiologia na tese de doutorado sobre acidentes de trânsito de Tambellini Arouca (1976)³ e no Curso de Mestrado em Medicina Social do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), com a disciplina denominada 'Determinação Social da Doença', que começou a ser ministrada em 1976³.

Essa fase culminou com a tentativa de integração e reconstrução de campos de conhecimento anteriormente limitados pela saúde pública e medicina preventiva no campo denominado saúde coletiva – espaço para uma produção de conhecimentos abordando a relação peculiar entre a saúde e o trabalho, o que possibilitaria criar uma área particular de intervenção, englobando e reformulando as áreas de saúde ocupacional e medicina do trabalho. Tal área nomeada de ST foi inspirada em livro de Testa (1974)⁴. A área propunha assumir uma ST em sua dimensão integral, ou seja, na qual o trabalhador não seria considerado apenas como agente do processo de trabalho, mas como um ser humano em suas múltiplas dimensões políticas, sociais, biológicas e pessoais e em que o cuidado preventivo seria privilegiado.

Houve naquela década um entrosamento e colaboração mútua entre países latino-americanos, com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

No Brasil, as lutas para as modificações desejadas no sistema de saúde, o tipo de relação da academia

1. TAMBELLINI, A. T., et al. Registrando a Saúde do Trabalhador no Brasil: Notas sobre sua emergência e constituição. *Em Pauta*, v. 11, n. 32, p. 21-37, 2013.

2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Ciências Médicas. Documentos Básicos. *Relatório dos encontros de docentes de Medicina Preventiva do Estado de São Paulo*. 1974, mimeo.

3. TAMBELLINI, A. T. *Contribuição à análise epidemiológica dos acidentes de trânsito*. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 1976.

4. TESTA, M. *Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores*. *Actas de las Jornadas Nacionales de Medicina del Trabajo*. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, IMT. Buenos Aires: Eudeba, 1974.

com os órgãos representativos dos trabalhadores, a inserção das ações de ST no sistema de saúde e a forma e prioridade da formação de profissionais para atuação nessa área se constituíram em elementos importantes para a realização dessas mudanças. Favorecidas, ainda, pela intensa mobilização social pela redemocratização que se tornou evidente no Movimento da Reforma Sanitária⁵.

Segundo momento 1980-1988

Nesse momento, já existe uma articulação e grande coesão das forças sociais na defesa da democracia e contra a ditadura e fica patente a presença e a importância da questão saúde. Ao mesmo tempo, a luta pela ST passa a ser elemento reconhecido nas articulações políticas do movimento de redemocratização o que contribuiu para aproximação dos sindicatos de trabalhadores com o Movimento da Reforma Sanitária.

A compreensão de que os métodos científicos e as técnicas desenvolvidas pelos profissionais da saúde para abordar a questão Produção/Trabalho-Ambiente-Saúde não eram suficientes para dar conta das análises dos problemas da ST fez com que se estabelecesse formas de trabalho com profissionais e pesquisadores de outras áreas – engenheiros de produção, ergônomos, advogados, cientistas sociais e políticos, historiadores, antropólogos, entre outros que contribuíram com suas diversas abordagens disciplinares. No Brasil, entra-se em uma corrida interdisciplinar de grandes proporções, na qual os profissionais da área tecnológica foram fundamentais para o entendimento das formas assumidas pelos processos de produção e de trabalho em suas relações técnicas e sociais. Do ponto de vista social, político e econômico, havia teorias que explicavam a produção, tanto em escala micro quanto macroeconômica, mas não havia categorias que explicassem os processos de trabalho concretos e as formas como as relações capitalistas eram absorvidas em seu interior.

Um estudo sobre os efeitos dos agrotóxicos em plantações de cana-de-açúcar de Campos, estado do Rio de Janeiro, iniciado em 1979, foi realizado por pesquisadores de instituições universitárias (Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio, Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – Coppe-UFRJ e Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz – Ensp-Fiocruz). Constituiu-se no primeiro trabalho aplicado com a concepção teórica e a metodologia científica apropriada para o entendimento do processo

de trabalho e a investigação competente dos denominados ‘fatores de risco’ de diferentes naturezas, além das situações e formas de exposição presentes naquele processo^{6,7}.

Não era mais possível entender a produção se não fosse colocada a importância da questão ambiental. Nessa direção, a questão produção e saúde remete ao ambiente, em sua dimensão ecológica, que, transformado pelo regime de produção, poderá produzir novos riscos à ST e a outros coletivos humanos, animais e vegetais que compartilhem desses ambientes transformados. Tais considerações possibilitaram prever a articulação de três braços técnicos no contexto da saúde pública: a ST, a Saúde Ambiental, a Saúde do Consumidor.

Essas áreas técnicas não teriam como objetivo principal produzir conhecimento, mas, sim, intervir na realidade dos processos de trabalho em sua relação com a saúde, nela produzindo mudanças com a utilização de conhecimento científico e das técnicas. Por exemplo, no caso da ST, contribuindo para a transformação da categoria nosológica (doença comum) em categoria jurídico-legal (doença produzida pelo trabalho), com a legitimação social como necessária. Além da comprovação científica da relação doença-trabalho, é preciso que a sociedade tenha consciência do problema e que essa questão seja trabalhada pelos profissionais e técnicos cujo desafio é entender, aceitar e contribuir para ajudar outros a entenderem essa consideração. Essa perspectiva se fará presente na legislação da área, como podemos ver na Portaria nº 3.120^B.

Nesse período, persistia no País uma política que não privilegiava o acesso dos trabalhadores às informações. Entretanto, os trabalhadores apareciam no cenário nacional à custa de suas organizações e lutas, enquanto classe social, constituindo-se em grupo de pressão política de alta densidade. Essa constatação pesou na decisão estratégica de deixar na sombra a questão da Saúde Ambiental, dado que o País passava pelo processo de redemocratização e a ST emergia e aparecia clara, tanto para o trabalhador quanto para a sociedade.

Por essa época, havia se logrado construir uma forma compartilhada de trabalho academia-sindicato e caminhava-se para o reconhecimento do êxito de algumas propostas em andamento objetivando alcançar formas de institucionalização da área dentro da ideia de um proposto SUS.

Durante esse período até o ano de 1985, quando foi fundado o Centro de Estudos e Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) da

5. ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1987. Mimeo.

6. MALUF, U. M. M., et al. Otimização ergonômica dos tratamentos culturais da lavoura de cana-de-açúcar. *Rev Brasileira Saúde Ocupac*, v. XIV, n. 1, p. 18-28, 1983.

7. CAMARA, V. M., et al. Teores de mercúrio no cabelo: um estudo comparativo em trabalhadores da lavoura de cana-de-açúcar. *Cad. Saúde Pública*, v. 3, n. 2, p. 359-372, 1986.

8. BRASIL. *Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998*. Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no 1998. Disponível em: <http://renaston-line.ensp.fiocruz.br/recursos/portaria-3120-1o-julho-1998>. Acesso em: 15 dez. 2020.

Ensp/Fiocruz, os estudos sobre a ST foram interdisciplinares, abrangendo as relações da saúde no trabalho e vida operária/condições de vida⁹.

Em 1986, contribuindo para a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST)¹⁰, foi elaborado um texto pelos trabalhadores do Cesteh¹¹. Escrito para profissionais de saúde e trabalhadores, contém elementos da maior importância para tomada de decisão pelos participantes da Conferência. Encaminha a discussão do processo de elaboração de uma Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores, assim como a urgência de produzir teses e subsídios para aprovação na Assembleia Nacional Constituinte. Documento seminal, abordou questões até hoje atuais. Considerou que o campo das relações Produção/Trabalho-Saúde:

“[...] é um campo de atividades teóricas e práticas, subordinado de maneira abrangente e complexa às relações capital/trabalho nas sociedades capitalistas [...]”¹¹.

Conclui-se que as relações Produção/Trabalho-Ambiente-Saúde estejam compreendidas em um campo de maior abrangência e complexidade, ou seja aquele que compreende a relação Capital/Trabalho. Essa relação preside, como determinante em última instância, as mudanças na integridade e natureza dos Sistemas Ecológicos no sentido de se transformarem em Sistemas Socioecológicos. Por outro lado, determina o Perfil de Morbimortalidade Populacional, segundo as diferentes classes sociais e suas relações, que se modifica e evolui de acordo com a dinâmica das relações sociais.

Hoje constitui-se em entendimento global da questão saúde fundado teoricamente em suas determinações históricas, socioecológicas, biológicas e psíquicas estreitamente articuladas.

Diversas instituições se mobilizaram e se engajaram no processo de discussão das relações trabalho e saúde. Salientamos a importância do Diesat que, desde sua fundação em 1980¹², vem prestando serviços aos trabalhadores organizados e lutando pelo avanço desse movimento no País, elaborando para o movimento sindical as questões julgadas importantes para melhorar o nível de ST. Diríamos que realiza, na prática e de maneira completa, a proposta de uma técnica a serviço da política.

Também, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) hipotecava solidariedade ao movimento, incluindo trabalhadores interlocutores de suas discussões e apresentando o tema trabalho/saúde em eventos. Assinale-se a I Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa em Saúde

Ocupacional, em agosto de 1983, que marcou, oficialmente, o ingresso dessa instituição entre os parceiros comprometidos politicamente na formulação das propostas de desenvolvimento da ST.

9. TAMBELLINI, A. T., et al. *As relações saúde/trabalho: uma abordagem interdisciplinar*. Programa de Estudos e Pesquisas em Saúde Ocupacional. Rio de Janeiro: ENSP, 1982 (mimeo).

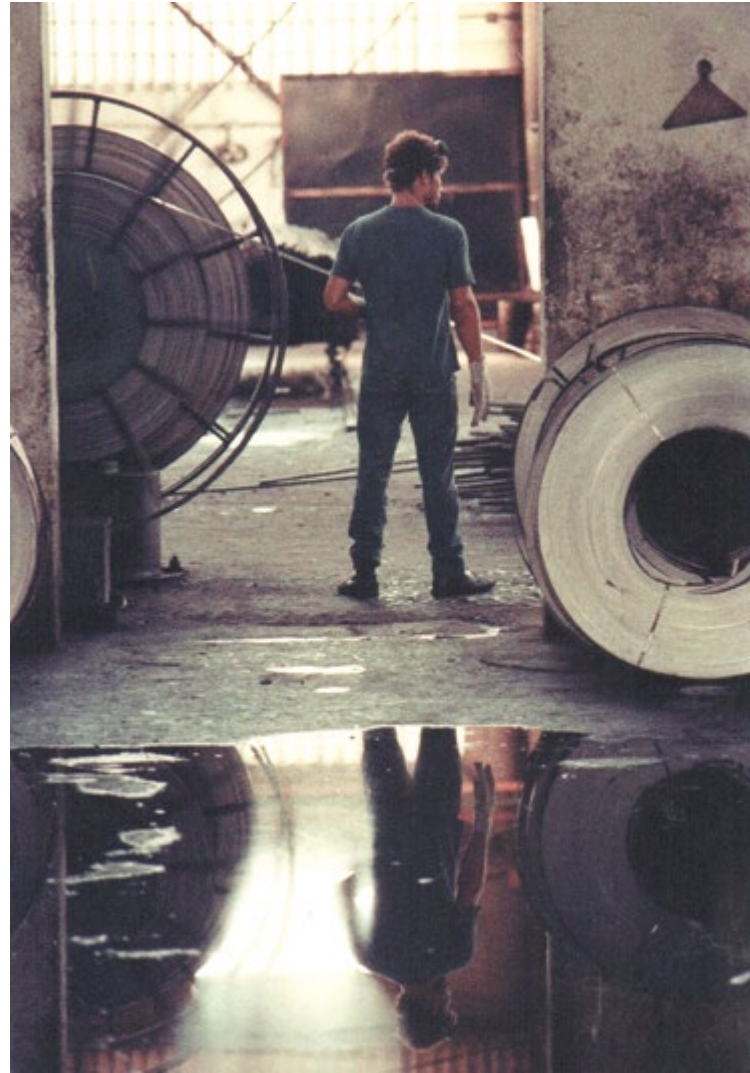


Foto: Mariza Gomes de Almeida/Acerro Cesteh

Afirmamos que o elemento mais importante desse processo é o trabalhador. É o que fica exposto à ação patogênica de substâncias físicas, químicas e biológicas, determinadas maneiras de uso e desgaste do corpo no processo de produção e de determinadas condições de vida potencialmente lesivas à saúde. Combinam-se a essas exposições outras situações de risco, produzidas pelos sistemas socioecológicos, que também produzem doenças relacionadas com a produção em geral.

O resultado importante para a ST foi sua inserção na CF/88: “Art. 200. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador”¹³.

10. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DOS TRABALHADORES, 1., 1986 Brasília, DF, *Relatório Final*, 1986.

11. TAMBELLINI, A. T., et al., 1986. Política Nacional de Saúde do Trabalhador, análises e perspectivas. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE DOS TRABALHADORES, 1. 1986. *Anais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1986 (mimeo).

12. DIESAT. História. Disponível em: <http://diesat.org.br/diesat/historia/>. Acesso em: 14 dez. 2020.

13. BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constitucao/constitucao.htm. Acesso em: 14 nov. 2020.

NOTAS SOBRE SAÚDE DO TRABALHADOR NA FASE PÓS-CONSTITUINTE NO BRASIL (1988 – 2000)

Jacinta de Fatima Sena Silva

Esta contribuição trata do campo de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (STT) após a Constituição cidadã até meados dos anos 2000. No período, havia uma pujante e forte mobilização plural da sociedade brasileira em torno da democracia traduzida na luta por direitos, ensejando a conquista deste campo na carta magna.

Nesse cenário, forjou-se o detalhamento da ST na Lei Orgânica da Saúde, tendo a área conquistado a expressão máxima enquanto efetivo problema de saúde e do sistema vigente no País.

Era notório que o campo e a abrangência da saúde coletiva careciam de contemplar a dimensão da relação do processo de trabalho com viver, adoecer e morrer dos trabalhadores. Tradicionalmente voltado para outros grupos populacionais, o sistema público de saúde relegava e, ainda hoje, de forma secundária a importância da proteção e promoção da ST. Por consequência, abdica do papel do Estado no engendramento de formas de preservação e promoção da vida dos que sobrevivem do trabalho, sem buscar o reordenamento dos efeitores da política de governo e seus modos de intervenção e sem o entendimento dos impactos sobre a saúde, advindos da reestruturação produtiva, da flexibilização das relações de trabalho, das novas tecnologias que trazem consigo novas formas de doenças e mortes, da precarização das relações de trabalho, do incremento do trabalho terceirizado, do trabalho familiar e infantil e de outras formas de desregulamentação, todas elas associadas, além de tudo, ao desemprego estrutural, também, fonte de adoecimento dos trabalhadores¹.

No contexto atual, convive-se com a reforma trabalhista instaurada em 2017 e a reforma previdenciária em 2019 e seus efeitos nos direitos dos trabalhadores e das trabalhadoras. A reforma trabalhista destituiu direitos, retomada com força pelos governos Temer e Bolsonaro. Partem do pressuposto de que o mercado de trabalho é autorregulável, que as empresas precisam de total liberdade para a contratação e que não podem ser engessadas pela lei. Essa é uma premissa equivocada, pois o nível de emprego não aumenta ou diminui em virtude da legislação, mas da dinâmica econômica. A proteção social, a legislação e os direitos

são resultado de lutas e demandas que visam minimizar as desigualdades, imprescindível em um país no qual os índices de extrema miséria e inequidade bateram recordes em 2018, 2019 e 2020. Destaca-se a perversidade da reforma trabalhista na prevalência do negociado sobre o legislado, flexibilidade da jornada e do salário, piora da insalubridade, compra de uniformes... O transporte não é mais obrigação das empresas, e a Justiça do Trabalho foi restringida².

Desde a inserção do tema na CF/88, o ano de 1990 foi o marco de legitimação da ST, ao cunhar de forma incisiva na Lei nº 8.080/1990³ atribuições abrangentes e detalhadas da relação saúde-trabalho e o ordenamento de um conjunto de ações a serem executadas pelo sistema de saúde brasileiro. Nesse momento, tem início a institucionalização da ST no sistema de saúde.

A história da ST acompanhou a forte luta da Reforma Sanitária; e dela sendo parte, constitui um legado fundamental do ideário do campo, com a mobilização de setores sociais, sindicais, acadêmicos e técnicos imersos nos espaços públicos de implementação das práticas de cuidado à saúde, cujas experiências incidiram na modelagem de um paradigma de resistência e luta por a inserção da área no campo da saúde coletiva.

Desse modo, 1990 pode ser considerado um divisor de águas entre as práticas voluntaristas e periféricas ao sistema e a necessidade de dar resposta aos princípios legais basilares do sistema, de forma legítima e não clandestina¹.

O Brasil começava a se posicionar diante da América Latina e Caribe, na XXIII Conferência Sanitária Pan-americana, no mesmo ano de 1990, em que se dimensionava o problema:

[...] as taxas de incidência de acidentes e doenças profissionais nos países em desenvolvimento são 6 a 10 vezes maiores que nos industrializados. Se se examina cada ramo de atividade, aparecem diferenças ainda mais marcantes. Só os custos produzidos pelos acidentes equivalem a aproximadamente 10% do produto interno bruto nos países em desenvolvimento⁴.

No mesmo conclave, concluía-se que a situação remetia a vários determinantes, entre os quais: plane-

1. VASCONCELLOS, L. C. F., et al. Uma década de Saúde do Trabalhador no setor saúde: tempo de construção, avanços e desafios. *Saúde debate*, v. 28, n. 68, p. 191-205, 2004.

2. GALVÃO, A., et al. Dilemas da representação e atuação sindical dos trabalhadores precários. In: RODRIGUES, I. J. (Org.) *Trabalho e ação coletiva no Brasil: contradições, impasses, perspectivas (1978-2018)*. São Paulo: Annablume, 2019. p. 203-233.

3. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro, 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 19 Set. 1990. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-publicacao-original-1-pl.html>. Acesso em: 14 dez. 2020.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1994. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0207cnst_relat_final.pdf. Acesso em: 16 dez. 2020.

jamento industrial inadequado, migração campo-cidade, crescimento populacional em idade produtiva, incremento do setor informal, entrada de grupos vulneráveis, adoção de tecnologias pouco adaptadas às condições locais, estagnação econômica e a falta de profundidade dos estudos relacionados aos agravos à ST. Nesse cenário, arremata-se que o programa de saúde ocupacional era insuficiente para cuidar do problema, dada a formação inadequada de pessoal e problemas de ordem política, administrativa e técnica⁴.

A Lei Orgânica de Saúde, no período, instigou gestores, pesquisadores, técnicos, trabalhadores e representantes institucionais e sociais para uma tomada de atitude no tocante aos problemas decorrentes da relação saúde-trabalho, já agora sob o desfecho do ordenamento legal, mas sem a diretiva de um guia estratégico que pudesse servir como modelo organizativo e operativo, interna e externamente coeso com o sistema público de saúde.

As deliberações da II CNST, em 1994, convocavam o Ministério da Saúde (MS) a assumir efetivamente todas as ações em ST e articular a integração dos diversos serviços municipais, estaduais e federais⁴. É notório o papel histórico do setor saúde na busca de avanços nas políticas de ST, incluindo a organização de conferências nacionais temáticas, elaboração de documentos e políticas públicas. Porém, esses avanços não asseguraram a efetivação da intersectorialidade enquanto prática de gestão integrada, que impacte e favoreça melhorias das condições de trabalho, promoção da saúde-trabalho, prevenção de adoecimentos, consolidação de direitos dos trabalhadores ou que assegurem tratamento, reabilitação e programas de retorno e permanência no trabalho para aqueles que já adoeceram⁵.

A partir da II CNST, ações conjuntas, intra e intersectoriais, são enfatizadas a partir da integração dos Programas de ST na estrutura do SUS, por meio da implantação dos Cerest/CRST, realizada com participação paritária das entidades sindicais e organizações populares devendo ter como pressuposto básico para o seu funcionamento pleno: participação popular na implantação e no gerenciamento; atuação nas cinco áreas básicas previstas: assistência, vigilância, pesquisa, formação de recursos humanos e orientação técnica a sindicatos e empresas³.

Nessa conferência, é enfatizada a centralidade do setor saúde na gestão dessas ações conjuntas. Durante esse processo, as ações de ST devem ser desenvolvidas sob a coordenação do SUS, com a integração dos diversos órgãos nas esferas municipais, estaduais e federal, estabelecendo-se a mudança na prática de vigilância tradicional e incorporando o controle social.

O Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador, em 1999, buscou apontar um modelo estratégico integrati-

zador para o campo, após acurada análise e discussão com os construtores e implementadores da área nos espaços das institucionalidades pelos quais se faziam as práticas de ST. Naquela época, instava-se a construir um paradigma que contemplasse a penetração na atenção básica e a abordagem ambiental, buscando inserir a ST em pontes intersectoriais⁶.

Indaga-se se as construções sociais e os instrumentos políticos, legais e operacionais produzidos no período foram suficientes e claros para direcionar a integração do campo fragmentado nas diversas instituições como os Ministérios do Trabalho e da Previdência e Assistência Social. Ou se essas questões perpassam os setores e suas insuficiências e ficam retidas no emaranhado complexo das relações capital-trabalho-saúde e direitos.

No entanto, ousa-se declarar que, perante a abrangência e a amplitude de seu campo de ação, a ST, obrigatoriamente, exige uma abordagem intrassetorial, multiprofissional e transdisciplinar, que envolva todos os níveis de atenção e esferas de gestão do SUS, e intersectorial, dos setores da previdência social, trabalho e emprego, ambiente, justiça, educação, ciência e tecnologia e economia e planejamento e com a participação ativa dos trabalhadores e trabalhadoras, independentemente de seus vínculos formais ou informais, ou de outros formatos mais precarizados em curso, a exemplo os trabalhadores e trabalhadoras de *delivery*.

Nessa perspectiva, é imperativo engendrar novas formas de organização e mobilizações coletivas. Possivelmente, as frentes amplas e plurais possam ser o farol agregador para capitanear lutas e recompor uma nova ordem social que possibilitem a retomada de um novo fazer no campo de ST e, sobretudo, a reconstrução dos direitos e da proteção social dos trabalhadores e das trabalhadoras no Brasil.



Foto: Mariza Gomes de Almeida/Acrvo Cesteb

5. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Año de la Salud de los Trabajadores. *Boletín de la Oficina Panamericana de Salud*, v. 3, n. 113, p. 256, 1992.

6. MAGALHÃES, R., et al. Avaliação de iniciativas e programas intersectoriais em saúde – desafios e aprendizados. *Ciênc. Saúde Colet.* v. 14, n. 3, p. 861-868, 2009.

A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: TRILHAS, CAMINHOS, AVANÇOS E DESAFIOS

Jandira Maciel da Silva
Leticia Coelho da Costa Nobre
Karla Freire Baeta
Jacira Azevedo Cancio

A institucionalização da Saúde do Trabalhador no SUS

Os primeiros passos para a elaboração da PNSTT no âmbito do SUS aconteceram no processo da Reforma Sanitária brasileira e de construção da CF/88¹, resultando no estabelecimento de direitos dos trabalhadores.

A Lei Orgânica da Saúde (Leis Federais nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990), que trata da organização e funcionamento do SUS e da participação da comunidade na sua gestão, avança na orientação quanto à organização de ações de ST no SUS, na perspectiva da atenção integral.

Desde então, tendo por base a CF/88 e a Lei Orgânica da Saúde, no período compreendido entre 1990 e 2012, ano da publicação da PNSTT, foi intenso o trabalho de implantação das ações de ST no SUS, considerando suas diferentes instâncias de gestão, o controle social e a participação dos trabalhadores. Visando orientar os estados e os municípios na organização de ações e serviços em ST, a gestão de ST do MS publicou “instrumentos, manuais técnicos, protocolos, orientações para o manejo de doenças relacionadas ao trabalho, definições quanto às informações em ST, propostas de indicadores de ST, revisão da listagem de doenças e agravos relacionados ao trabalho [...]”².

Entre 1998-2000, destacam-se as seguintes Portarias federais: nº 3.908/1998, que aprovou a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador, com objetivo de orientar estados e municípios para o desenvolvimento de ações de ST de acordo com os níveis de gestão vigentes³; nº 3.120/1998, que aprovou a Instrução Normativa de Visat no SUS, que continua vigente, sendo um importante marco em relação aos pressupostos teórico-conceituais e às orientações para o planejamento de Visat nos territórios⁴; nº 1.339/1999,

que instituiu a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT).

Entre 1998 e 2000, foi formulado o primeiro documento de proposta de política nacional de ST no SUS, que foi apresentado e discutido na Câmara de Deputados em Brasília, em 2001, tendo sido ‘engavetado’ pelo MS, sob o argumento de falta de definição quanto ao financiamento para a sua implantação².

Enquanto não se definia a política pública de ST para o SUS, a área era construída pelos programas e centros de referência nos estados. Em 2002, o MS publica a Portaria GM/MS nº 1.679, criando a Renast, posteriormente atualizada pelas portarias GM/MS nº 2.437/2005 e nº 2.728/2009, composta por centros de referência que passaram a ser habilitados e implantados nos estados e municípios.

A PNSTT

Em 2008, coordenadores estaduais de ST pressionam para a retomada da elaboração de uma política de ST no âmbito do SUS, para o qual é constituído Grupo de Trabalho (GT) com representações estaduais, sob coordenação da Coordenação de Saúde do Trabalhador do MS (Cosat). Em 2010, o GT apresenta a primeira versão da política em instâncias de gestão e controle social; passa por consulta pública; pactuação nas instâncias de gestão do SUS – Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Comissão Intergestores Tripartite (CIT) –; retorna para aprovação no CNS; passa pela Procuradoria do MS. A proposta incorpora sugestões, é aprimorada e resulta na atual PNSTT, Portaria MS/GM nº 1.823 (23/08/2012)⁵.

O caminho de elaboração, discussão e publicação da PNSTT, embora longo e demorado, foi um processo participativo, que contou com o acúmulo de

1. BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 14 nov. 2020.

2. NOBRE, L. C. C. A política do possível ou a política da utopia? *Rev. bras. Saúde ocup.*, v. 38, n. 128, p. 179-198, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/RBSO_128.pdf. Acesso em: 16 dez. 2020.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação MS/GM nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 28 Set. 2017. Disponível em: <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-de-Consolidacao-o-n-5-de-28-de-setembro-de-2017.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2020.

4. BRASIL. Portaria nº 3120, de 1º de julho de 1998. Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no 1998. Disponível em: <http://renaston-line.ensp.fiocruz.br/recursos/portaria-3120-1o-julho-1998>. Acesso em: 15 dez. 2020.

5. BRASIL. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União*, nº 165, Seção I, p. 46-51, 24 Ago. 2012.

experiência e construção de diversos atores, ao longo de duas décadas, e resultou em uma política ampla, complexa e atual, onde estão pontuados:

[...] princípios, objetivos, diretrizes, estratégias e responsabilidades institucionais [...] elementos conceituais e práticos que informam a política e permitem compreender a ST como integrante do campo da Saúde Coletiva, pressupostos e princípios éticos da Visat [...] a ST como parte e em articulação com todos os demais componentes da rede SUS, participação e controle social, responsabilidade sanitária de gestores e profissionais de saúde [...] transversalidade, inter e transdisciplinaridade e articulação com as demais políticas do SUS e demais setores [...] redução das desigualdades sociais [...] e interessa não somente aos trabalhadores e trabalhadoras como a toda a sociedade brasileira⁶.

A PNSTT também prioriza pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção. Nada mais atual, necessário e desafiador, tendo em vista a presente configuração do mundo do trabalho no Brasil, caracterizado pela intensificação da superexploração da classe trabalhadora, cada vez mais submetida a relações e condições de trabalho precarizadas, escancaradas e agravadas na pandemia.

A PNSTT é uma política contemporânea, completa do ponto de vista das suas diretrizes e princípios, objetivos e estratégias, cuja implementação nos territórios da incorporação de ações na prática dos serviços apresenta potencial significativo na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de ST.

A implementação da PNSTT tem ocorrido de forma bastante heterogênea no Brasil. As características do federalismo brasileiro, em um país de dimensões continentais e múltiplas realidades, efetivam a PNSTT de forma diversificada, em velocidades diferentes e cenários complexos e múltiplos, experimentando avanços e recuos, em função dos atores e dos conflitos que se colocam em determinado espaço sociopolítico.

O avanço de políticas ultraneoliberais, em que as disputas na arena política se acirram e aprofundam as inequidades, com predomínio de interesses econômicos em detrimento da proteção da saúde, resultam na inviabilização harmônica de diretrizes entre áreas governamentais que atuam na ST e na implementação da intersectorialidade prevista na PNSTT.

Recente exemplo dessas dificuldades foi a revogação da publicação da LDRT atualizada, cuja revisão constitui atribuição da Lei nº 8.080/90). A revisão da LDRT, 20 anos após a primeira versão, teve início em 2018, com participação de diversos especialistas e atores sociais, passando por consulta pública, vali-

dação no Grupo Técnico de Vigilância em Saúde da CIT e análise jurídica do MS. A revogação decorre de a lista ser interpretada pelo setor empresarial como obstáculo ao desenvolvimento econômico do País somado ao desconhecimento do papel da ST no SUS.

Para efetivação da PNSTT, é necessário fortalecer a Renast, que seja assumida nas três esferas de gestão como rede do SUS com características mistas, como rede temática e de serviço e parte integrante da Rede de Atenção à Saúde (RAS) nos territórios. Como produto de um esforço coletivo entre gestão, representantes de trabalhadores, instituições de ensino e pesquisa, foi publicada pelo CNS (Resolução nº 603/2018) o relatório da Câmara Técnica da CISTT/CNS, que apresenta proposta de reorganização da atenção integral à ST no SUS. Nele se destaca o reconhecimento do papel central e estratégico dos Cerest, mas também entender que a Renast não se resume aos Cerest, necessitando que os componentes da vigilância em saúde, bem como as várias instâncias e pontos da RAS, incorporem ações de ST nas suas práticas.

Sobre o fortalecimento da Visat e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde, um dos objetivos da PNSTT, destacam-se avanços na qualificação dos profissionais com oferta de cursos nas modalidades de especialização, mestrado e outras, sobre análise de situação de saúde, vigilância de ambientes e processos de trabalho e epidemiologia em ST.

Em âmbito nacional, foram revisados e produzidos instrumentos para orientar as ações de vigilância epidemiológica em ST, a exemplo de atualização da portaria que dispõe sobre a inclusão e o preenchimento obrigatório dos campos Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) nos sistemas de informação em saúde (Portaria nº 458/2020), importante para a produção de informações sobre o perfil de morbimortalidade integrado ao perfil produtivo dos territórios; Atlas do Câncer Relacionado ao Trabalho; Protocolo de Distúrbio da Voz Relacionado ao Trabalho; Manual sobre medidas de proteção à saúde dos Agentes de Combate às Endemias; planos, programas e projetos estratégicos de vigilância da saúde de população exposta a agrotóxicos, a amianto, a benzeno; 'Caderno de Atenção Básica nº 41 STT', entre outros. Ao mesmo tempo, houve importante produção de orientações técnicas, manuais, protocolos, portarias, em várias localidades, que impulsionaram as práticas de ST.

A despeito desses investimentos na produção de ferramentas e processos de educação permanente, ainda persistem os desafios para a garantia da integralidade na atenção à ST, articulação de ações preventivas

6. BAHIA. Secretaria de Estado da Saúde. Documento sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, 2014. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Saude-do-Trabalhador-PNSTT.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

e curativas, entendimento da ST como transversal, a superação da fragmentação no cuidado de modo que a relação saúde-trabalho seja identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção, que vai além da assistência. Também persiste o desafio da garantia da universalidade e equidade com ampliação do acesso às ações de ST para todos(as) formais, informais, vulneráveis, urbanos, rurais.

A Visat é, sem dúvida, uma das tarefas mais ricas e mais complexas a serem absorvidas pelo SUS. Requer a compreensão da sua ação como prática pedagógica, sistemática, intersetorial e que incorpora a participação, os saberes e a subjetividade dos trabalhadores. As experiências de Visat desenvolvidas em alguns Cerest somente poderão ser ampliadas mediante investimento e comprometimento de técnicos e gestores, por meio de esforços de integração intra e interinstitucional e articulação em redes solidárias de compartilhamento de práticas e saberes.

É necessário compreender a centralidade do trabalho na vida das pessoas e dos coletivos humanos. Compreender que as políticas sociais revelam relações sociais de dominação, de práticas hegemônicas e contra-hegemônicas; explicitam e escondem valores e princípios, interesses e contradições, que atuam sobre os sujeitos históricos, coletivos e singulares e se revelam nas práticas desses sujeitos; nos ambientes de trabalho, nas instituições e serviços.

A despeito de muitos momentos de construção conjunta dessa história, persistem a fragmentação e as dificuldades de articulação e integração intersetorial entre os entes públicos que deveriam ser parceiros solidários nesse processo. Ao invés, ocorrem disputas corporativas,

revestidas de concepções e ideologias que explicitam ou escondem disputas por espaços de poder e defesas de interesses, legítimos ou não.

Saúde, trabalho e previdência social são três sujeitos institucionais e áreas de políticas públicas da maior importância para toda a sociedade brasileira, e suas relações ao longo desses anos precisam ser analisadas considerando as concepções sobre o papel do Estado e as políticas sociais, que se traduzem em ações e intervenções do Estado. As políticas ultraneoliberais no País nos anos recentes, expressas pela destruição do arcabouço jurídico institucional, extinção de ministérios, reformas trabalhistas e previdenciárias, desfinanciamento das políticas públicas decorrentes da aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, resultaram em enorme perda de direitos, ampliação das desigualdades sociais, aprofundamento da precarização do trabalho e da ST.

A efetivação de uma política não se faz de um dia para outro. É um processo que ocorre com avanços e retrocessos, ações e omissões, impactos positivos, dificuldades; enfrentam-se os desafios e se constroem perspectivas para a sua institucionalização. Para torná-la real nos municípios, nos territórios, nos ambientes de trabalho e em toda a rede SUS, considera-se muito importante que ela seja conhecida, debatida, divulgada e assumida por todos que vêm construindo o SUS que queremos e precisamos para nossa população. Uma política precisa ser viva, fazer parte dos desejos, das vontades, das necessidades, das perspectivas e dos objetivos dos sujeitos que vêm ao longo dos anos construindo experiências concretas, cotidianas, inspirando e dando base às reflexões coletivas da ST nos municípios, estados e no País.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR: ALGUNS NOVOS E VELHOS APONTAMENTOS

*Fátima Sueli Neto Ribeiro
Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro*

No Estado autoritário, a vigilância é exercida para restringir ou eliminar direitos dos cidadãos e proteger o capital. No Estado democrático, a vigilância seria exercida para garantir a proteção e os direitos dos cidadãos aos parâmetros definidos como saudáveis. A vigilância em saúde é a expressão máxima de intervenção do Estado democrático e de direito, no sentido de garantir a saúde dos cidadãos ainda que viesada

pela lógica sócio sanitária vigente. Essa lógica já foi o confinamento e a expulsão de moradores de bairros populares para a preservação da saúde na cidade ou a interiorização de protocolos sanitários no âmago das residências via agentes de saúde.

Conceitualmente, a vigilância é um espaço estratégico do Estado que recolhe evidências, analisa, desencadeia, recomenda e avalia ações. Compreende

necessariamente uma preconcepção ou um modelo (implícito ou explícito) de saúde que, por sua vez, está carregado de teoria (ou de uma visão do mundo) que se consubstancia em um método para apreensão da realidade, que é decodificada em evidências biomédicas que se traduzem em adoecimento ou riscos¹.

Vigilância, nessa perspectiva, representa uma atividade de reparação em um cenário estático de produção de riscos e, intencionalmente, não interfere nas determinações, nas causas, não reduz a dimensão dos agravos e não evidencia a apropriação da saúde e da vida pelo processo de produção².

A Visat se distingue das vigilâncias e de outras disciplinas do campo da relação trabalho-saúde pela delimitação de seu objeto específico na “investigação e intervenção na relação entre o processo de trabalho e a saúde”³⁽³⁴⁾ e pela participação, protagonismo e envolvimento de atores sociais. Os sujeitos trabalhadores ocupariam um espaço de poder distinto e determinante. Entende-se como trabalho os processos produtivos organizados ou informais, urbanos ou rurais; e por saúde, as mudanças no potencial máximo de vida dos trabalhadores, de seus descendentes e da população exposta aos contaminantes oriundos direta ou indiretamente do processo de trabalho.

No cenário brasileiro, as práticas de Visat iniciam-se na década de 1980 com os primeiros Programas de ST nos serviços públicos de saúde e ganham, posteriormente, um caráter nacional institucional sistêmico com a criação do SUS. No entanto, apesar de o acúmulo de experiências estarem ocorrendo há mais de 30 anos, o foco da Visat ainda se dá no registro de agravos e na intervenção sobre os ‘fatores de risco’ de forma pontual, com ações direcionadas para alguns setores da economia e categorias mais mobilizadas dos trabalhadores⁴; e, nas últimas décadas, em um processo de desmobilização visível.

A Renast tem respondido de forma insatisfatória às dificuldades, especialmente no que tange a instrumentalizar a rede de saúde com métodos e técnicas que coadunem com os princípios da ST, particularmente no tocante a superar as estratégias fiscalizatórias e fomentar a participação sindical. O pressuposto da integralidade intrasetorial e intersetorial da Visat, transdisciplinar e transformadora, ainda se constitui em uma utopia⁵ e sem caminhos definidos. A partir de 2019, esse cenário parece ainda mais desafiador com o desmantelamento dos ministérios (trabalho e previdência social) e dos descaminhos da política ambiental.

A participação dos trabalhadores continua sendo a premissa central, básica e fundante para a área. Contudo, mesmo com o financiamento da Renast e

muitos cursos ofertados, os Cerest continuam tratando o sindicato como ‘objeto’, e não como ator desse processo. Reflete, obviamente, a prática assistencial do SUS. A não inclusão mais orgânica do movimento sindical se reproduz no não reconhecimento de uma Visat diferenciada das demais vigilâncias do SUS.

Por sua vez, o movimento sindical espremido pela crise de desemprego aberto, diminuição dos associados, reestruturação produtiva e desregulamentação de direitos comprometeu valiosas experiências historicamente acumuladas, como o Diesat e o Instituto de Saúde do Trabalhador (INST). Nesse processo de reinventar e enfrentar novos desafios no mundo do trabalho, os movimentos avançaram pouco na proposição de cláusulas de saúde, a ponto de tornarem-se repetitivas da legislação ou ausentes.

De certa forma, a mudança de estratégia do movimento sindical dos anos 1970 passou da posição de confrontação com o capital para a postura de conciliação ou “cooperação conflitiva”⁶. Culminou com lideranças sindicais assumindo cargos no governo Lula sem interlocutores que mantivessem o debate pela saúde e ao massacre sofrido atualmente.

Resta, no que se refere à participação dos trabalhadores, incluir o contingente de trabalhadores informais, precarizados, vulnerabilizados, marginalizados e excluídos de cidadania e das políticas públicas essenciais à vida.

As políticas neoliberais do atual governo brasileiro ganharam o poder político com franca aliança com o capital financeiro, grupos empresariais, militares, juristas e parlamentares ligadas ao agronegócio, à indústria bélica e à corporação evangélica. O tripé da plataforma política retrógrada, com o aumento da violência e a necropolítica, foi impactado, mas não reduzido, pela pandemia. Avançam na abertura da economia nacional ao capital imperialista, privatização de empresas e serviços públicos, liberação inescrupulosa de agrotóxicos e desregulamentação das relações de trabalho com pouca ou nenhuma resistência de grupos sociais organizados.

A degradação que o capitalismo define para as pessoas e o meio ambiente configura desafios para a área de ST. Do ponto de vista das finalidades ou propósitos da atenção à saúde, cabe superar o modelo centrado na atenção à ‘demanda espontânea’, de atendimento a doentes, para incluir e priorizar ações que estabeleçam o ‘Bem Viver’, que representa mais do que promoção da saúde, mas considera a promoção da vida no/do planeta. Toma como objeto os cenários compostos de territórios, problemas de saúde e relações sociais, ambientais, emocionais e espirituais, entendidas como construção cultural e histórica.

1. RIBEIRO, F. S. N. Metodologia Progressiva e Integrada de Vigilância em Saúde do Trabalhador. In: CORREA, M. J. M., et al. (Org.). *Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS – Teorias e Práticas*. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. p. 145-177.

2. BREILH, J. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 8, n. 4, p. 937-951, 2003.

3. BRASIL. *Portaria nº 3120, de 1º de julho de 1998*. Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no 1998. Disponível em: <http://renaston-line.ensp.fiocruz.br/recursos/portaria-3120-1o-julho-1998>. Acesso em: 15 dez. 2020.

4. PINHEIRO, T. M., et al. Vigilância em Saúde do Trabalhador. In: BRASIL. 3ª CNST: Trabalhar, sim! Adoecer, não!. Brasília, DF: MS, p. 168-173, 2005.

5. MACHADO, J. M. H., et al. Promoção da saúde e intersectorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. *Epid. serv. saúde*, v. 12, n. 3, p. 121-130, 2003.

6. BOITO JR, A. Hegemonia neoliberal e sindicalismo no Brasil. *Crítica Marxista* v. 1, n. 3, 1996, p. 80-105. Disponível em: https://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos_biblioteca/artigo260Art1.6.pdf. Acesso em: 15 dez. 2020.



Foto: Mariza Gomes de Almeida/Arquivo Cezeli

Uma ação de vigilância não deve se restringir à checagem de normas ou mitigação de danos, mas efetivar a pactuação de ambientes promotores de saúde da família, dos consumidores, das cadeias produtivas e do entorno.

O deslocamento da abordagem limitada a agravos, riscos e insalubridades em cenários promotores de saúde implica um pacto social e releitura da legislação e do papel do Estado. Contrasta com o modelo da política neoliberal do Estado mínimo e se refere a uma verdadeira mudança civilizatória.

Nessa lógica, é necessária a incorporação de dimensões do modelo produtivo, a temática ambiental, subjetividade, gênero, raça e responsabilidade do trabalho sobre a família, consumidor e entorno, e não apenas sobre o corpo do trabalhador. Trata-se, portanto, de discutir e enfrentar os problemas de forma articulada com a luta pela democracia, a justiça social e o Bem Viver da população e do planeta.

Embora ainda não disponha de procedimentos bem estabelecidos, a reconstrução da sociedade pós-pandemia de Covid-19 impõe refazer valores, premissas e pactos sociais. Reinventar o SUS é apenas uma dessas tarefas.

A Visat que parte do modelo fordista de organização da produção precisa se atualizar rapidamente para enfrentar a estratégia de trabalho uberizado, precarizado e remoto. Por mais que a terceirização se imponha e a (des) regulamentação do contrato avance, precisam ser enfrentadas pela ST em uma lógica distinta da medicalizante, da 'prevenção' dos novos efeitos, do progresso que ignora o trabalhador e do desenvolvimento baseado na exploração humana e ambiental. Um novo pacto social deve rever

o modelo social-democrata europeu, que mantém os moldes da exploração social do trabalho e do ambiente.

O paradoxo deste momento de pandemia denota que um sistema de saúde único, gratuito e universal é essencial até para países que se apoiam no modelo liberal da saúde. Contrapõe-se, entretanto, à valorização dos profissionais de saúde que não se expressaram em melhorias das condições de trabalho, redução da jornada, equiparação salarial etc. Na prática, o máximo que se discute é o horizonte da saúde ocupacional que se limita à necessidade de equipamentos de proteção individual e culpabilizar o trabalhador pelos seus agravos.

A pandemia desnudou as profundas e estruturais desigualdades sociais do modelo capitalista de produção e reprodução social. As tensas e disputadas narrativas entre a defesa da economia *versus* a defesa da saúde da população e dos trabalhadores ocuparam um espaço central no debate sobre o seu desenrolar. As relações epidemia-trabalho-cuidado ficaram muito expostas e nítidas. Como nos ensina a epidemiologia crítica, a pandemia não se distribui e atinge a sociedade de forma aleatória, democrática e igualitariamente. Ela guarda relação com classes sociais, raças, gêneros sexuais, posições de governo, tipos de sistemas de saúde e de proteção social. Entre os trabalhadores mais vulneráveis, estão: desempregados, informais, trabalhadores em situação de rua, precarizados, uberizados, profissionais de saúde, de segurança pública e de outros serviços considerados essenciais^{7,8}.

Uma grande disputa parece estar em cena no pós-pandemia: a volta da chamada (neo)normalidade ou a possibilidade de uma outra civilização emancipadora. Talvez nem uma coisa nem outra em um cenário próximo. As novidades e as alternativas intensificadas neste período pandêmico, como trabalho intermitente, remoto ou trabalho no domicílio, vieram para ficar? Ou ainda poderíamos pensar que eles deveriam ser tão regulamentados/protegidos que sua incorporação se torna proibitiva ou um desincentivo à sua adoção?

Um novo 'sistema' de apreensão da realidade, a partir dos problemas vividos e priorizados, vai requerer a construção de cenários além de coeficientes, evidências traduzidas em indicadores, de uma Visat tradicional e acrítica.

Se estamos esperando relações saúde-trabalho-nova-ética-civilizatória, as políticas de saúde devem incorporar questões essenciais da nova ética na produção e no desenvolvimento do modo como trabalho/produção se realiza. A possibilidade de que isso ocorra depende de níveis sociais complexos que passam da microconsciência individual à macroarticulação política das classes que vivem do trabalho. Contudo, em todos os níveis, os passos para a mudança devem ser dados imediatamente.

7. ANTUNES, R. *O trabalho sob fogo cruzado*. São Paulo: Boitempo, 2020.

8. SANTOS, B. S. *A cruel pedagogia do vírus*. São Paulo: Boitempo, 2020.

DESAFIOS E SOLUÇÕES PARA A ST NO SUS NA ATUALIDADE, NO MODELO RENAST E CEREST

Adriana Skamvetsakis

[...] uma estranha loucura tomou conta das classes operárias nas nações onde reina a civilização capitalista. Esta loucura trouxe consigo misérias individuais e sociais que há dois séculos torturam a triste humanidade. Esta loucura é o amor pelo trabalho, a paixão agonizante pelo trabalho, levada até o esgotamento da energia vital do indivíduo e de seus filhos¹⁽¹⁴³⁾.

A ST, como política temática do SUS, possui expressiva transversalidade, cuja visibilidade – embora evidente para os atores envolvidos em suas práticas e interlocuções – oscila entre a tenuidade, para muitos que ainda a ignoram ou pouco se interessam por seu objeto de estudo, e a distorção, para os que a refutam ou a consideram antidesenvolvimentista. Tornar essa transversalidade uma realidade requer, preliminarmente, horizontalidade e pertencimento, ou seja, construção e troca de saberes entre técnicos dos diversos pontos da RAS e entre técnicos e usuários. ST é uma política do SUS, uma das redes temáticas do SUS, e assim deve identificar-se e inserir-se.

A PNSTT, que se alinha com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, está disposta no Anexo XV da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017².

O campo da ST permanece exigindo esforço de profissionais de saúde, gestores, academias e usuários para o que se considera com uma de suas principais premissas: identificar e dimensionar o lugar que o ‘trabalho’ ocupa em nossa sociedade e perceber as influências impostas aos indivíduos e coletividade daí decorrentes, a depender de como ele está organizado. Como exposto por Nardi e Rminger³⁽²⁰¹⁾, há

[...] a necessidade de uma prática reflexiva, com o protagonismo dos trabalhadores e a construção de espaços para a problematização do trabalho, da saúde, essas relações de poder/saber presentes no cotidiano dos serviços de atenção em saúde.

[...] o reconhecimento da categoria trabalho como variável determinante a ser considerada na atenção à saúde pelas equipes de saúde [...] carece até hoje de mecanismos mais permanentes que lhe deem visibilidade e efetiva consideração⁴⁽⁷³⁾.

Para tanto, impõe-se pensar sobre o trabalho e sua ausência, sobre os limites e liberdades vinculados

às diferentes formas de inserção no mercado de trabalho e aos seus diferentes significados e representações culturais e sociais.

[...] compreender o trabalho como dimensão de constituição de identidade e meio de inserção social, o que significa considerar a atividade ocupacional como um domínio que vai além da questão da sobrevivência econômica, embora isto também seja relevante [...] Nesse sentido, o trabalho parece preencher duas funções vitais, uma função utilitária e uma função expressiva³⁽⁷⁷⁾.

Dedicar atenção e tempo para ouvir o usuário-trabalhador e compreender sua história de vida, incluindo a esfera profissional, representa muito. Primeiro, por oportunizar a narrativa do trabalhador sobre seu trabalho, sua percepção sobre as tarefas que desempenha, o esforço e o saber necessário para sua execução, sobre as condições em que trabalha etc.; depois, por oportunizar a inclusão do trabalho e da ocupação como importantes no curso dessa história; enfim, por permitir considerar o quanto do trabalho permeia o processo saúde-doença, vislumbrando possíveis intervenções que extrapolam a terapêutica individual/curativa.

[...] a atividade de trabalho é complexa, tendo em vista que envolve não apenas a execução técnica e operacional de regras e procedimentos, mas também uma diversidade de habilidades e competências demandadas pelas situações laborais. [...] situações apresentam-se cotidianamente aos trabalhadores, como acontecimentos inesperados, panes, incidentes, anomalias de funcionamento, incoerência organizacional, imprevistos [...], etc. [...] de tal modo que os trabalhadores mobilizam-se física, cognitiva e emocionalmente [...]. Muitas vezes, o fazem às custas de seu bem-estar físico e mental: adotando posturas desconfortáveis, acelerando ritmos, suportando ininterruptamente demandas intelectuais e/ou emocionais, submetendo-se a relações de trabalho hostis, etc.³⁽⁷⁷⁾.

É igualmente desafiador perceber-se como trabalhador e, enquanto profissional da saúde, assumir o ‘olhar’ da ST. Nesse sentido, Paulon³⁽¹⁹⁸⁾ aponta que “[...] paradoxalmente, nas organizações de trabalho que lidam com a Saúde, a dimensão subjetiva das relações de trabalho é negligenciada, tornando-se invisível frente à racionalidade do discurso biomédico”.

1. DE MASI, D. *A economia do ócio*. Rio de Janeiro: Sextante, 2001.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. *Diário Oficial da União*. 3 Out. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 15 dez. 2020.

3. CRESPO, A. R., et al. (Org.). *Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho*. Porto Alegre: Evangraf, 2014.

4. DIAS, E. C., et al. (Org.). *ST na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas*. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

Para a ST efetivar-se no SUS, é necessário que equipes de saúde em todos os níveis de atenção estejam suficientemente sensíveis e se proponham a romper com modelos predominantemente assistenciais, que exigem quantitativos a serem apresentados como produtividade; impõe linhas de cuidado que avançam para além territórios e aproximações com outros setores e atores. Indo além, necessita que as equipes de saúde se reconheçam como capazes de intervir no curso desse processo, sem parecer que invadem searas que não lhes pertencem, sem temer rótulos indesejáveis; exige enfrentamentos e rupturas.

Além disso, em qualquer ponto da rede, ao atender o trabalhador, é importante dar-se conta que “o não reconhecimento da doença do trabalho como tal pode constituir-se em uma fonte adicional de sofrimento”³⁽⁷⁸⁾, ou seja, muitas vezes, é na esperança desse reconhecimento (da possibilidade de relação com o trabalho) que o trabalhador-usuário busca o SUS, geralmente após ele ter sido negado anteriormente. Considerando que, “além da sobrevivência, esses trabalhadores procuram no trabalho a construção de uma identidade”³⁽²³⁴⁾, esse pode ser um caminho de compreensão e desculpabilização pelo adoecimento.

Além dos conflitos históricos da interlocução entre saúde e trabalho, muitos outros desafios da ST poderiam ser enumerados. A adoção de um modelo de atenção à saúde não hegemônico, que integra promoção em saúde, vigilância em saúde e assistência e busca articulação dentro e para além da rede SUS, dialogando com outros setores, instituições e com o controle social, provoca, ao mesmo tempo, encanto e repulsa. Encanto pelas múltiplas potencialidades do ‘fazer’ oportunistas aos trabalhadores da saúde, viabilizando intervenções em todos os níveis da atenção à saúde e completude da integralidade; também pela eleição da vigilância em saúde como ação prioritária; pelo trabalho multidisciplinar e com participação social; pelas diversas temáticas transversais abarcadas na área; pela interface com outras áreas do conhecimento, como sociologia, direito, trabalho, comunicação social, pedagogia; entre outras. Repulsa talvez pelos mesmos motivos e pelo trabalho constantemente em construção e reinvenção, pela grande magnitude ‘do que há para fazer’, pela sombra da impotência e da frustração. Tais características, mesmo não sendo exclusivas da ST, a representam significativamente.

Para a ST frutificar no SUS, é preciso (re)estabelecer diálogos entre técnicos e usuários, entre assistência e vigilância, entre atenção primária e especializada, entre gestão e movimentos sociais e tolerar uma atuação técnica de efeitos infreqüentemente imediatos.

Sendo os trabalhadores usuários do sistema de saúde, a Renast, criada em 2002, constitui-se em principal estratégia para implementação e qualificação das ações de ST em todos os níveis de atenção do SUS, de forma articulada e integrada aos demais componentes da vigilância em saúde. Na Renast, o suporte técnico e pedagógico especializado da rede SUS cabe aos Cerest².

Na proposta para superar a heterogeneidade na atuação dos Cerest, o CNS publicou a Resolução nº 603, em 2018, que aponta:

[...] na perspectiva do matriciamento a todos os pontos de atenção da rede de assistência e vigilância; a construção das linhas de cuidado, protocolos e linhas guia, com definição de fluxos para a assistência e a vigilância; a articulação de ações intersetoriais; a ampliação da educação permanente com mudança dos processos de trabalho e o fortalecimento da participação social, incorporando os trabalhadores informais⁵.

“O baixíssimo número de CISTT implantadas até hoje nos conselhos municipais de saúde reflete a invisibilidade da Política de ST na agenda dos conselhos e gestores de saúde em todo o país”⁵ e aponta para uma (re)construção necessária da participação social no SUS e na ST. Esta se torna ainda mais relevante diante da ampliação da fragilização e precarização das relações de trabalho no Brasil, refletindo-se em um grande número de trabalhadores ao mesmo tempo mais expostos a condições inadequadas e desprotegidas de trabalho e menos inseridos em organizações representativas.

Cabe ao SUS, na atuação dos serviços de saúde, especialmente os Cerest pelo seu papel articulador, e na atuação do controle social, ampliar o acesso ao cuidado e à participação destes trabalhadores na superação das lacunas da PNSTT, bem como a comunicação e a informação em saúde.

Para isso, é necessário manter no horizonte que “seus marcos referenciais são os da Saúde Coletiva, ou seja, a promoção, a prevenção e a vigilância”⁶ e superar “a insensibilidade de agentes públicos para com a missão do SUS de proteger, promover a saúde e prevenir os danos à saúde do trabalhador [...]”⁶.

No contexto atual, inclui a luta por ampliação do financiamento do SUS, fortemente prejudicado pelas mudanças nas regras de gastos do governo federal, com redução e congelamento do orçamento do SUS.

Ademais, inclui reinventar-se e ousar. Acolher e dialogar. Refazer. Criar canais, utilizar tecnologias e meios de comunicação para aproximação entre serviços e fortalecimento da RAS e para novas formas de cuidado, produzir materiais técnicos

5. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 603, de 08 de novembro de 2018. Aprova o relatório da Câmara Técnica da CISTT/CNS, que apresenta proposta de reorganização da Atenção Integral à Saúde dos trabalhadores no SUS com o objetivo de desenvolver um novo modelo de organização dos Cerest com vistas à correção das assimetrias existentes entre as diversas regiões e em atendimento às realidades locais. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso603-Publicada.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2020.

6. GOMEZ, C. M., et al. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no SUS. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 23, n. 6, p. 1963-1970. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601963&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 dez. 2020.

de fácil acesso, disponibilizando em formato eletrônico. Criar e fortalecer parcerias interinstitucionais, envolvendo universidades e outras instituições de ensino, associações e organizações de trabalhadores, outros órgãos governamentais. Construir estratégias locais conjuntas, que sejam

aplicáveis e reprodutíveis, seguindo as diretrizes da PNSTT e os princípios do SUS. Ouvir. Recomendar. Vigiar. Repetir. Aproximar-se de usuários e gestores. Elaborar projetos e trocar experiências e saberes. Dar visibilidade aos feitos e às lacunas. E resistir. E lutar.

CONTROLE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL: A ATUAÇÃO DA CÂMARA TÉCNICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Olga Rios
Eduardo Bonfim da Silva
Geordecí Souza

A Câmara Técnica (CT) de STT da CISTT/CNS foi aprovada pela Resolução do CNS nº 555¹, de 15 de setembro de 2017, sob coordenação da CISTT nacional. Foi composta por 5 representantes de Cerest estaduais, sendo 1 por região; 3 representantes das CISTT estaduais; 3 representantes das CISTT municipais; 9 representantes CISTT nacional, da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e da comunidade acadêmica, totalizando 20 pessoas.

A convocação se deu para atender à exigência prevista no Plano Plurianual² 2016-2019 e às resoluções aprovadas na IV CNSTT, que atribuiu ao MS a meta de assegurar 100% das regiões de saúde com cobertura de pelo menos um Cerest;

Discutir um novo modelo de organização dos Cerest a partir do processo de revisão do modelo de regionalização em saúde em discussão nos estados e no âmbito da CIT; e com vistas à correção das assimetrias existentes entre as diversas regiões e em atendimento às realidades locais.

O documento resultante do trabalho da CT-CISTT/CNS foi publicado pela Resolução do CNS de nº 603³, de 8 de novembro de 2013, cabendo destacar alguns pontos:

I – Constituição de Referências Técnicas (RF) em STT, considerando a população do município, sua capacidade técnica instalada, seu perfil produtivo e epidemiológico. Disposição *tabela 1*¹⁻³.

1. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 555, de 15 de Setembro de 2017. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso555.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2020.

2. BRASIL. Lei nº 13.249, de 13 de Janeiro de 2016. Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2016 a 2019. *Diário Oficial da União*. 23 Jan. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/Lei/L13249.htm. Acesso em: 15 dez. 2020.

3. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 603, de 8 de Novembro de 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso603-Publicada.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2020.

Tabela 1. Proposta de organização da referência técnica municipal em saúde do trabalhador e da trabalhadora, segundo a faixa populacional dos municípios brasileiros

Faixa populacional	Total de municípios	% municípios	Total população	% população	Organização da Referência Técnica, Núcleo, Coordenação ou Gerência M unicipal de ST		
					Município que não é sede de Cerest regional	Município que é sede de Cerest regional	Capital sede de Cerest municipal
Até 20.000	3.808	68,37	32.069,038	15,38	1 RF que não é exclusiva da ST		
20.001 a 50.000	1.096	19,67	33.391.579	16,02	1 RF exclusiva da STT		
50.001 a 100.000	349	6,26	24.092.359	11,55	Núcleo de ST, com, no mínimo, 2 RT exclusivas da STT		
100.001 a 500.000	265	4,76	51.491.088	24,69	Coordenação municipal de ST composta por no mínimo 3 técnicos	No mínimo 1 RF exclusiva da STT	

Faixa populacional	Organização da Referência Técnica, Núcleo, Coordenação ou Gerência M municipal de ST				Município que não é sede de Cerest regional	Município que é sede de Cerest regional	Capital sede de Cerest municipal
	Total de municípios	% municípios	Total população	% população			
500.001 a 1.000.000	22	0,39	14.047.397	6,74		Coordenação municipal de STT composta por no mínimo 2 técnicos	
Maior que 1.000.000	3	0,05	3.637.680	1,74		Gerência municipal de STT composta por no mínimo 3 técnicos mais um por distrito sanitário	
Não se aplica (são as 27 capitais dos estados brasileiros)	27	0,48	49.724.699	23,85			No mínimo 1 RF exclusiva da STT
Total	5.570	100	208.494.900	100			

Fonte: Estimativas da população residente nos municípios brasileiros, segundo a faixa populacional. IBGE, julho/2018*.

4. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Estimativas da População. 2018*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 15 dez. 2020.

II – Modificação dos Cerest regionais em municipais nas capitais dos estados e no Distrito Federal. Devendo garantir a habilitação de um Cerest regional metropolitano para atender às

cidadas da população trabalhadora do entorno.

III – Implantação de Cerest municipais a cada 2 milhões de habitantes, conforme disposto na *tabela 2*.

Tabela 2. Dimensionamento do número de Cerest Municipais nas capitais do País

Nº Habitantes	Dimensionamento Cerest Municipal	Capitais	Total Cerest Municipal
Até 2.000.000	1	Curitiba, Recife, Porto Alegre, Goiânia, Belém, São Luís, Maceió, Natal, Campo Grande, Teresina, João Pessoa, Aracaju, Cuiabá, Porto Velho, Florianópolis, Macapá, Rio Branco, Vitória, Boa Vista, Palmas	20
De 2.000.001 a 4.000.000	2	Salvador, Belo Horizonte, Fortaleza, Manaus	8
De 4.000.001 a 6.000.000	3	-	-
De 6000.001 a 8.000.000	4	Rio de Janeiro	4
De 8.000.001 a 10.000.000	5	-	-
De 10.000.001 a 12.000.000	6	-	-
De 12.000.000 a 14.000.000	7	São Paulo	7
Total	-	-	39

5. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Estimativas da População. 2017**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 15 dez. 2020.

Fonte: População das capitais, IBGE, 2017*.

Nota: Considerando a especificidade do Distrito Federal, os 2 Cerest Municipais definidos para a capital Brasília serão realocados como Cerest Regionais.

IV – Considerar o controle social como premissa básica do SUS de grande relevância na PNSST.

– A efetivação do controle social na STT não se dá apenas por meio dos espaços institucionalizados.

– Imprescindível a ampliação, por meio de mecanismos de articulação e pactuação intra

e intersetoriais, para além das instâncias do SUS, com estruturas organizativas formais ou não, como: rodas de conversas, observatórios, câmaras técnicas, comitês, comissões, grupos de trabalho, conselhos de gestão participativa, fóruns, entre outros.

– A 'efetivação do controle social na STT' não

se dá apenas por meio dos espaços institucionalizados.

– ‘Imprescindível a ampliação’, por meio de mecanismos de articulação e pactuação intra e intersetoriais, para além das instâncias do

SUS, com estruturas organizativas formais ou não, como: rodas de conversas, observatórios, câmaras técnicas, comitês, comissões, grupos de trabalho, conselhos de gestão participativa, fóruns, entre outros.

Tabela 3. Dimensionamento do número de Cerest (estaduais, municipais e regionais) por estado da Federação

Região / Estado	Nº Regiões de Saúde	Nº Cerest atuais			Nº Cerest necessários			Total
		Cerest Estaduais	Cerest Regionais	Total	Cerest Estaduais	Cerest Municipais	Cerest Regionais	
Norte	45	7	15	22	7	8	45	60
Acre	3	1	0	1	1	1	3	5
Amapá	3	1	1	2	1	1	3	5
Amazonas	9	1	3	4	1	2	9	12
Pará	13	1	6	7	1	1	13	15
Rondônia	7	1	2	3	1	1	7	9
Roraima	2	1	2	3	1	1	2	4
Tocantins	8	1	1	2	1	1	8	10
Nordeste	133	9	51	60	9	11	133	152
Alagoas	10	1	3	4	1	1	10	12
Bahia	28	1	15	16	1	2	28	31
Ceará	22	1	8	9	1	2	22	25
Maranhão	19	1	4	5	1	1	19	21
Paraíba	16	1	3	4	1	1	15	17
Pernambuco	12	1	8	9	1	1	12	14
Piauí	11	1	4	5	1	1	11	13
Sergipe	7	1	3	4	1	1	7	9
Rio Grande do Norte	8	1	3	4	1	1	7	9
Centro-Oeste	39	4	15	19	4	3	39	47
Distrito Federal	1	1	2	3	1	0	2	3
Goiás	18	1	6	7	1	1	18	20
Mato Grosso	16	1	4	5	1	1	16	18
Mato Grosso do Sul	4	1	3	4	1	1	4	6
Sudeste	153	4	78	82	4	14	153	171
Espírito Santo	4	1	3	4	1	1	4	6
Minas Gerais	77	1	19	20	1	2	77	80
Rio de Janeiro	9	1	15	16	1	4	9	14
São Paulo	63	1	41	42	1	7	63	71
Sul	68	3	27	30	3	3	68	60
Paraná	22	1	9	10	1	1	22	24
Rio Grande do Sul	30	1	12	13	1	1	30	32
Santa Catarina	16	1	6	7	1	1	16	18
Total	438	27	186	213	27	39	438	504

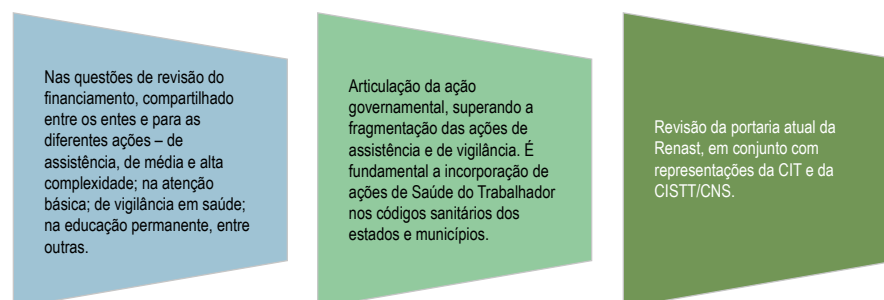
Nota: Considerando a especificidade do Distrito Federal, os dois Cerest Municipais definidos para a capital Brasília serão realocados como Cerest Regionais.

V – Composição da equipe técnica e gerencial dos Cerest, considerando o dimensionamento da população geral e trabalhadora, perfil produtivo e epidemiológico da região de saúde, as atribuições previstas e ações a serem realizadas em cada âmbito de atuação. A *tabela 4* apresenta a configuração e o dimensionamento mínimos a serem observados.

Tabela 4. Equipe mínima para composição dos Cerest Estaduais, Regionais e Municipais, quantitativo e formação

Nível de formação	Nº / Formação	Cerest Estadual	Cerest Regional	Cerest Municipal
Profissionais / técnicos NM e NS	Nº Total	15	10	10
Profissionais de NM	Nº mínimo	5	4	4
	Formação	Técnico de segurança do trabalho, Técnico de gestão ambiental, Técnico em vigilância em saúde, Técnico de enfermagem e ou Técnico agrícola/agroecologia	Técnico de segurança do trabalho, Técnico de gestão ambiental, Técnico em vigilância em saúde, Técnico de enfermagem e ou Técnico agrícola/agroecologia	Técnico de segurança do trabalho, Técnico de gestão ambiental, Técnico em vigilância em saúde, Técnico de enfermagem e ou Técnico agro/agroecologia
Profissionais de NS	Nº mínimo	10	6	6
	Formação obrigatória	1 médico (carga horária mínima de 20 horas semanais); 1 enfermeiro; 1 assistente social (30 a 40 horas semanais)	1 médico (carga horária mínima de 20 horas semanais); 1 enfermeiro; 1 assistente social (30 a 40 horas semanais)	1 médico (carga horária mínima de 20 horas semanais); 1 enfermeiro; 1 assistente social (30 a 40 horas semanais)
	Outras formações	Biologia, Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Química, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Veterinária, Administração, Arquitetura, Ciências Sociais, Comunicação, Direito, Educação, Engenharia e Estatística e Informação	Biologia, Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Química, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Veterinária, Administração, Arquitetura, Ciências Sociais, Comunicação, Direito, Educação, Engenharia e Estatística e Informação.	Biologia, Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Química, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Veterinária, Administração, Arquitetura, Ciências Sociais, Comunicação, Direito, Educação, Engenharia e Estatística e Informação.
Experiência em Saúde do Trabalhador e formação em nível de pós-graduação em Saúde Coletiva e Formação em nível de graduação ou pós-graduação como Sanitarista				

Figura 1.



Considerações finais

Ao longo da história da Renast, a Rede passou por diversas modificações, portanto, é preciso viabilizar e qualificar o processo de implementação da PNSTT no SUS, uma vez que mais de 30 anos após

a promulgação da Lei nº 8.080/90 essas ações ainda são pontuais e desassociadas no cotidiano da rede de serviços do SUS.

O resultado do trabalho da CT-CISTT/CNS aponta critérios e estratégias para a reorganização da Renast.

Estabelece, ainda, responsabilidades dos gestores e equipes técnicas de saúde nas três esferas da federação com vistas à implementação da PNSTT no País, considerando o contexto do processo de revisão e pactuação da regionalização em curso⁶.

Vale ressaltar que a atenção integral à STT requer e deve estar em sintonia com o modelo de atenção do SUS, evitando-se qualquer ação em paralelo, incorporando a vasta experiência acumulada ao longo desses anos.

Para viabilização das preposições aprovadas pela Resolução CNS nº 603/2018⁶, é necessário aprofundamento, debates e pactuações, destacando-se:

Foi aprovado pelos conselheiros nacionais na Trecentésima Décima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 7 e 8 de novembro de 2018, o seguinte encaminhamento: que seja estabelecido um processo de discussão e pactuação com os gestores no âmbito da CIT e o MS de modo a viabilizar estratégias de implantação progressiva desta proposta.

6. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 603, de 8 de novembro de 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso603-Publicada.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2020.

SAÚDE DOS TRABALHADORES E TRABALHADORAS PÓS-COVID-19

Maria Maeno
José Carlos do Carmo
Cristiane Queiroz Barbeiro Lima

A ausência de uma política efetiva, integrada e intersetorial, que propicie ações continuadas que traduzam a ampla compreensão de que o trabalho é parte dos determinantes de saúde e de doença, fez-se sentir de maneira gritante no caso da Covid-19. Os locais e ramos econômicos nos quais foi possível desenvolver ações com maior peso foram aqueles em que já havia previamente um trabalho conjunto de diferentes instituições, como é a atuação nos frigoríficos. O trabalho integrado entre agentes públicos, como o Ministério Público do Trabalho, a auditoria fiscal do trabalho e o SUS, com participação do movimento sindical, revelou um alto número de casos nas empresas do ramo, o que resultou em ações preventivas e processos judiciais, com repercussões na mídia¹⁻⁴.

Na maior parte do País, no entanto, desarticulado, esvaziado e desprestigiado pelas autoridades públicas, o sistema de vigilância nas esferas municipais, estaduais e federal não atende à necessidade de integração intersetorial para o controle da doença entre os trabalhadores que foram obrigados a trabalhar fora de seus domicílios. Com a capilaridade do SUS, teria sido de crucial importância que a Atenção Primária à Saúde (APS), desde o início da pandemia, fosse orientada contundentemente a realizar as ações de orientação e detecção precoce dos adoecimentos pelo Sars-CoV-2, com encaminhamento adequado às unidades de saúde, mantendo os cuidados às pessoas com agravos crônicos e às pessoas em situação de rua. Afora os bancos de dados que dificilmente captam

informações identificando os trabalhadores informais, um recurso precioso possibilitado por anos de atuação da APS, particularmente por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), é o mapeamento das atividades informais de trabalho existentes em espaços coletivos e domiciliares, espalhados nos territórios de atuação das equipes de saúde da família. Esse mapeamento sistematizado possibilita as orientações de prevenção da Covid-19, a localização das pessoas que não conseguem acesso a direitos como o auxílio emergencial de modo a ajudá-las, a distribuição de cestas de alimentos e produtos de higiene e limpeza. Para o desenvolvimento dessas ações, deve-se oferecer aos trabalhadores da saúde orientações e treinamento abrangentes, condições seguras para a realização do seu trabalho, apoio psicológico, além do aumento de contingente.

Subsidiado por sistemas de informação integrados, o poder público teria todas as condições de obter dados para planejar suas intervenções, como, por exemplo, sobre as trajetórias habituais dos trabalhadores e o tempo dispendido no transporte, no espaço municipal e intermunicipal, que permitisse uma análise da mobilidade das pessoas e sua relação com óbitos por Covid-19, a partir de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)⁵ sobre os riscos laborais com a utilização de bancos de dados das empresas já existentes, complementados por inspeções e fiscalizações dos locais de trabalho. As fichas de registro de casos de Covid-19 dos atendimentos nos

1. PINA, R. Como frigoríficos propagaram o coronavírus em pequenas cidades do país. *El País*, 29 jun 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-06-29/como-frigorificos-propagaram-o-coronavirus-em-pequenas-cidades-do-pais.html>. Acesso em: 15 dez. 2020.

2. MARTINS, J. S. Frigoríficos e covid-19 no Rio Grande do Sul. *UFRGS*, 18 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/coronavirus/base/artigo-frigorificos-e-covid-19-no-rio-grande-do-sul/>. Acesso em: 04 abr. 2020.

3. ROCHA, C. Por que os frigoríficos são foco de disseminação do coronavírus. *Nexo*, 15 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/05/15/Por-que-os-frigorificos-sao-foco-de-disseminacao-do-coronavirus-no-rio-grande-do-sul/>. Acesso em: 04 abr. 2020.

4. MANO, A. Como a Covid-19 varreu instalações brasileiras da JBS, maior produtora de carne do mundo. *Reuters*, 08 de setembro de 2020. Disponível em: <https://br.reuters.com/article/topNews/idBRKBN25Z1VL-OBRT-TP>. Acesso em: 12 set. 2020.

5. CERIONI, C. Transporte público tem mais influência nas mortes por covid-19 em SP. *Exame*, 10 ago 2020. Disponível em: <https://exame.com/brasil/transporte-publico-tem-mais-influencia-nas-mortes-por-covid-19-em-sp/>. Acesso em: 04 abr. 2020.

6. BRASIL. Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020. Regulamenta a Lei nº 13.979, de 06/02/2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. *Diário Oficial da União*. 20 Mar. 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Decreto/D10282.htm. Acesso em: 15 dez. 2020.

7. BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 25 Jul. 1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8213cons.htm. Acesso em: 15 dez. 2020.

8. BRASIL. Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 8 Dez. 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8742.htm. Acesso em: 15 dez. 2020.

9. BRASIL. Lei nº 13.982, de 02 abril de 2020. Altera a Lei nº 8.742, de 07/12/1993, para dispor sobre parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social para fins de elegibilidade ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), e estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei nº 13.979, de 06/02/2020. *Diário Oficial da União*. 2 Abr. 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Lei/13982.htm#:~:text=Alterar%20a%20Lei%20n%C2%BA%208.742,durante%20o%20per%C3%ADodo%20de%20enfrentamento. Acesso em: 15 dez. 2020.

10. BRASIL. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nºs 6.019, de 03/01/1974, 8.036, de 11/05/1990, e 8.212, de 24/07/1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. *Diário Oficial da União*. 14 Jul. 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/Lei/13467.htm. Acesso em: 15 dez. 2020.

serviços de saúde seriam de suma importância para a vigilância de locais de trabalho, se tivessem campos de ocupação, empresa e ramo econômico. De fevereiro a agosto, é possível identificar apenas os casos de profissionais das áreas de saúde e de segurança. A partir de agosto, é possível ter a informação sobre a ocupação do paciente, mas não sobre os locais de trabalho. Além do desafio de poder contar com a completude de preenchimento dessas fichas, dados sobre a ocupação sem a devida correspondência das informações sobre as empresas limitam o planejamento de vigilância dos ambientes de trabalho pelo SUS.

Há insuficiência e heterogeneidade da intervenção do poder público nos locais e processos de trabalho na contenção da disseminação do vírus. Os *shoppings centers* e supermercados mereceram mais cuidados, mas o comércio de rua, principalmente em regiões periféricas, retrata uma situação de temeridade, com aglomerações de pessoas, frequentemente sem o uso de qualquer aparato pessoal que ajude a conter a transmissão. Empresas de transporte coletivo agiram heterogeneamente, sendo que algumas poucas providenciaram dispositivos que separassem os motoristas e cobradores dos passageiros; uma boa parte delegou a esses trabalhadores a fiscalização dos passageiros no uso das máscaras. Mais do que as barreiras físicas representadas pelas paredes, o que efetivamente impede o pleno cumprimento do papel da vigilância são as limitações decorrentes do enfraquecimento das políticas públicas em defesa da saúde dos trabalhadores.

Nesse contexto, em que a garantia de sobrevivência é um dos elementos centrais para que se possa efetivar a única proteção real contra o Sars-CoV-2, que é o distanciamento físico, duas decisões inexplicáveis têm diminuído a proteção do segurado do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) que necessita de afastamento do trabalho por mais de 15 dias por incapacidade resultante de um acidente ou doença: a) o INSS não efetivou a perícia médica presencial por mais de 5 meses, embora esta faça parte das atividades essenciais segundo decreto federal⁶; dessa forma, nenhum agravo à saúde está sendo analisado quanto à sua natureza ocupacional, o que implica subtração de direitos, como inexistência de carência, recolhimento de fundo de garantia durante o afastamento, estabilidade de 12 meses após o retorno ao trabalho e impossibilidade de receber auxílio-acidente no caso de sequelas; b) o INSS tem antecipado um salário mínimo aos requerentes do auxílio-doença, por 3 meses, e não está concedendo o benefício referido no valor correspondente devido, segundo a lei pre-

videnciária⁷, o que traz prejuízos para os segurados que têm seus proventos mensais acima desse limite.

Aos requerentes de benefício de prestação continuada⁸, o INSS tem antecipado o valor de R\$ 600,00 durante o período de 3 meses⁹, quando o valor devido seria um salário mínimo⁸.

O que se deduz desse cenário sinteticamente traçado é que a pandemia chegou ao Brasil em um momento em que o governo federal e diversos governos estaduais e municipais explicitamente fizeram opção para que o Estado encolhesse e as políticas públicas nas áreas sociais fossem minimizadas ao extremo.

Por outro lado, contra projeções mais pessimistas, na maioria das regiões do País, o SUS conseguiu acolher os que necessitaram e necessitam de leitos hospitalares e de terapia intensiva, fruto de um sistema de saúde combatido, mas ainda presente em todo o território nacional; e do esforço enorme de seus profissionais e de organizações sociais e populares. É inquestionável que a tragédia sanitária seria ainda muitíssimo maior se não fosse a garantia da saúde um direito dos cidadãos e o seu provimento, uma obrigação do Estado.

A modalidade do teletrabalho, regulamentada em 2017¹⁰, deverá ser implementada em larga escala, mediante contratos individuais sem controle da jornada de trabalho, com exigências por resultados como forma de gestão e, no geral, sem o provimento de condições e equipamentos adequados. Muitos empregadores, por conta do preconceito e para fugirem da obrigação legal de investir na melhoria das condições de acessibilidade, obrigarão trabalhadores com deficiência a – não por opção, mas por imposição – terem que desenvolver suas atividades dentro dos seus domicílios, o que significará um grande retrocesso na luta pela sua inclusão social. Variantes desse processo de precarização são previstas, também, com a proliferação de autônomos e pessoas jurídicas, excluídas dos contratos empregador-empregado, relação que comporta direitos trabalhistas como férias, décimo terceiro e recolhimento do fundo de garantia. Os direitos previdenciários serão precarizados, dadas as dificuldades de que as contribuições individuais sejam efetuadas de forma permanente e regular. Licenças-maternidade, aposentadorias nas diversas espécies, auxílios-doença por incapacidade laboral e auxílios-acidente podem ser direitos restritos a uma população cada vez menor.

Trabalhadores demandados por aplicativos serão mais numerosos e mais variados, entre os quais, entregadores, motoristas, professores, profissionais de saúde, do direito, de limpeza, de cuidados pessoais, de manutenção, de tecnologia da informação. A própria necessidade e a

insegurança serão os alçozes a fazê-los buscar e trabalhar cada vez mais em condições tão desvantajosas.

São processos que precarizam a vida social e assujeitam as pessoas de maneira que a servidão será um privilégio, como analisa Antunes¹¹ em sua obra multifacetária.

Qual é a resistência possível e o avanço que devemos buscar no campo da ST?

A diminuição das desigualdades sociais, incluindo as existentes nas relações de trabalho, tem profunda ligação com o pleno restabelecimento do estado democrático de direito.

A submissão dos trabalhadores a situações de exploração ainda mais diversificadas implicará um aprofundamento do não atendimento de necessidades básicas de cidadania.

A luta por uma sociedade menos desigual é central para o trabalhador, e o papel dos sindicatos, estejam os trabalhadores em suas casas, nas ruas, nos espaços rurais ou no interior dos estabelecimentos, é de fundamental importância para que não se perca a dimensão de coletivo. Os meios de comunicação e a tecnologia devem ser utilizados para que os laços se fortaleçam e se construam caminhos coletivos e solidários. Individualmente não há saídas sustentáveis. O enfrentamento dessas múltiplas questões exige uma aproximação e integração entre o movimento sindical e os movimentos populares por moradia, saúde, transporte, educação e contra as discriminações e preconceitos. Antunes¹¹ aponta a necessidade da organização sindical ampliada que atenda aos trabalhadores intermitentes, em tempo parcial, subempregados, pejetizados e desempregados. Ressalta que o sindicalismo deve estar atento para as questões de preservação da natureza e da humanidade.

A dispersão dos locais de trabalho é elemento que reforça a importância da atuação do SUS, dadas as suas características de descentralização, integralidade e ampla cobertura geográfica. Embora não efetivado plenamente, na prática, mesmo por partidos com raízes populares e entidades sindicais, o fortalecimento do SUS significa a possibilidade de recuperação da tutela sobre o corpo do trabalhador e a de construção de caminhos da promoção de sua saúde, juntamente com profissionais que atuam sob o paradigma da ST.

O setor privado dificilmente terá como foco a promoção da saúde das pessoas, e, sim, sua própria lucratividade e a colaboração com as empresas no processo de controle da força de trabalho. Não se tem notícias de planos privados de saúde, aos quais trabalhadores de categorias tradicionais têm acesso, que tenham relatado espontaneamente os adoeci-

mentos ao modo de trabalhar ou que tenham como uma atribuição a observação, ou ao menos orientação, referente aos reais determinantes da ocorrência de acidentes e doenças. Pelo contrário, o ocultamento dos agravos conta, muitas vezes, com o aval técnico-científico dos planos privados de saúde, juntamente com os serviços de segurança e medicina do trabalho das empresas. Seus técnicos são colocados a serviço do capital, em detrimento da defesa da saúde dos trabalhadores. Emblemática nesse sentido foi a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2018, art. 9)¹² que liberava o médico do trabalho a utilizar dados do prontuário do trabalhador para contestar onexo causal de agravos com o trabalho no INSS, na defesa da empresa.



Foto: Roberto Parizotti/Fotos Públicas

Uma crença a ser profundamente revista é a da importância e prioridade do aprimoramento de normas técnicas em um terreno negocial desfavorável e sem focar nas questões críticas, principalmente a da democracia nas relações de trabalho. A prevenção dos acidentes e doenças ligados ao trabalho não deve se limitar à checagem de itens de legislação em saúde e segurança, sem que se garanta o direito à voz ativa do trabalhador e o papel de protagonista da sua própria história¹³.

Contudo, é necessário um esforço enorme no sentido de buscar outro modo de pensar e viver, de perceber que é possível produzir e usufruir as riquezas produzidas por todos, de que a tecnologia é um recurso potente para estimular a comunicação organizadora entre nós, para que a maioria da população se dê conta de que apenas saídas coletivas podem criar ondas de transformação que levem à construção de uma sociedade mais justa e solidária.

A defesa do SUS e da saúde dos trabalhadores é componente fundamental nesse processo de luta e deve ser bandeira importante dos movimentos sociais, em especial do movimento sindical.

11. ANTUNES, R. *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. São Paulo: Boitempo, 2018.

12. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 2.183, de 21 de maio de 2018. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 Set. 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-567-2018_60340.html. Acesso em: 15 dez. 2020.

13. VILELA, R. A. G., et al. Da vigilância para prevenção de acidentes de trabalho: contribuição da ergonomia da atividade. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 17, n.10, p. 2817-30, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/29.pdf>. Acesso em: 05 set. 2020.

A INTERINSTITUCIONALIDADE DA SAÚDE DOS TRABALHADORES E TRABALHADORAS: ENTRAVES HISTÓRICOS E REGRESSÕES NA SAÚDE DOS TRABALHADORES E TRABALHADORAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO TRABALHO E DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

Paulo Antonio Barros Oliveira

Dolores Sanches Wünsch

Jussara Maria Rosa Mendes

Como destacado nos capítulos anteriores, cabe a referência ao papel do trabalho na determinação social do processo de saúde-doença e às diferentes dimensões que recaem sobre ele, tais como: econômica, política, cultural, ideológica e histórica. A centralidade do trabalho humano é cada vez mais evidenciada como característica e elemento constituinte de nossa sociedade. Assim, destaca-se a importância da defesa do trabalho e da previdência social, em especial para a ST, principalmente quando a incapacidade para o trabalho se sobressai na constituição das condições de vida dos trabalhadores e trabalhadoras.

Nos últimos dois anos, referentemente ao desemprego, o Brasil chegou a 13,7 milhões de pessoas desocupadas e a 27,9 milhões de pessoas subutilizadas (pessoas que estão desocupadas, trabalham menos de 40 horas semanais ou estão disponíveis para trabalhar, mas não conseguem procurar emprego por motivos diversos). Alia-se a esse quadro a proliferação acelerada de novas tecnologias e novas formas de apropriação do trabalho, como, por exemplo, por meio de plataformas digitais.

Nesse ambiente, o País atingiu um recorde de número de pessoas desempregadas e de pessoas que simplesmente pararam de procurar emprego. Temos mais Pessoas Economicamente Ativas (PEA) desempregadas (88 milhões de adultos) do que contratadas (86 milhões de adultos empregados). Consequentemente, a ST é fortemente atingida nesse contexto de usurpação da força de trabalho em meio à precariedade instalada.

Nesse cenário, temos vivenciado forte desestruturação dos direitos dos trabalhadores e mesmo da estrutura responsável por acompanhar as questões do trabalho e da proteção social pela previdência social pelo Estado brasileiro. Esse cenário evidencia não ape-

nas a regressão de direitos trabalhistas e previdenciários, mas também dos meios institucionais para acessá-los. É o que se observa, por exemplo, com a extinção dos Ministérios do Trabalho e da Previdência Social que, em 2019, foram incorporados a um único ministério. Em que pese a histórica fragmentação das ações interinstitucionais entre esses ministérios, o fato de agora serem políticas públicas pertencentes ao mesmo ministério evidencia que o propósito não é de alcançar uma integração. Esses órgãos tornam-se uma Secretaria de Previdência Social e Trabalho, vinculada ao Ministério da Economia, e demonstram a clara orientação governamental de que o desmonte de ambas as políticas passa também pela desestruturação administrativa e política que rebate nos serviços, como expressão cabal da lógica do estado capitalista. São parte de uma contrarreforma do Estado, na qual a reestruturação estatal é defendida por forças econômicas e políticas que dominam o Brasil desde o golpe de 2016.

Ocorrem, então, contrarreformas por dentro e por fora do Estado por meio de leis, decretos e medidas administrativas que vão suprimindo e subsumindo os direitos dos trabalhadores. As Leis nº 13.429 e nº 13.467, ambas de 2017, constituíram-se em uma ampla reforma trabalhista pela qual foram promovidas mais de cem alterações na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Foram ampliadas as permissões de terceirização, criaram-se contratos precários, facilitou-se a dispensa, permitiu-se a majoração da jornada, retirou-se o caráter remuneratório de algumas verbas, fragilizaram-se as possibilidades de atuação dos sindicatos, entre outras alterações. Além disso, o acordo individual para realização de jornada regular de 12 horas sem intervalo foi autorizado, com a possibilidade de extensão desse tempo de trabalho. Ainda, a

mulher gestante ou lactante passou a ser obrigada a levar atestado médico para a empresa a fim de que seja afastada do ambiente insalubre de trabalho, o que a coloca em situação de extrema fragilidade. Todos esses são exemplos de alteração prejudicial à ST.

A Lei nº 14.020/2020, com seu Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda, autoriza a redução de salário e jornada, por acordo individual, oferecendo em troca um valor indenizatório, mesmo que seja irrisório, de complementação emergencial de renda. A lei autoriza a perda de até 70% do salário por meio de acordo individual ou a suspensão completa do pagamento enquanto durar a pandemia, de modo que o vínculo se mantenha, mas a renda, não.

A extinção do Ministério do Trabalho em janeiro de 2019, primeiro ato do atual governo federal, foi mais um duro golpe à classe trabalhadora. Suas atribuições foram divididas entre o Ministério da Economia, o Ministério da Cidadania e o Ministério da Justiça e Segurança Pública. Desfez-se a materialidade da carteira de trabalho, verdadeiro documento de identidade do trabalhador brasileiro. Observa-se, também, um verdadeiro congelamento do salário mínimo que, depois de muitos anos de correção acima da inflação, sofreu correção abaixo da inflação do ano anterior. Vivencia-se, de fato, um rebaixamento do nível geral dos salários.

Concomitantemente, a Fiscalização do Trabalho foi quase que completamente desestruturada no campo da ST e, também, alijada de toda a sua antiga autonomia técnica. No extinto Ministério do Trabalho, era uma Secretaria Técnica no segundo escalão da pasta, com relevância e protagonismo na execução das políticas públicas. Já no atual Ministério da Economia, integra seu quarto escalão, uma subsecretaria (da Inspeção do Trabalho) subordinada financeira, normativa e administrativamente à Secretaria do Trabalho, que, por sua vez, é subordinada à Secretaria Especial de Previdência e Trabalho. Toda essa estrutura está em evidente afronta à Convenção 81 da OIT, que determina a autonomia técnica e administrativa da Inspeção do Trabalho para todos os países que a ratificaram, incluindo o Brasil.

A completa irrelevância da Subsecretaria de Inspeção do Trabalho no auge da maior ameaça à vida de milhões de trabalhadores é a prova cabal de que não há, na atual gestão da qual faz parte, a menor preocupação com a promoção do trabalho digno e a salvaguarda dos direitos fundamentais previstos na CF/88.

O Brasil, uma das mais desiguais nações economicamente relevantes do planeta, que tem a sociedade fortemente marcada pela escravidão ainda em pleno

século XXI, não pode deixar de contar, em sua estrutura institucional, com um órgão que centralize, planeje, monitore e execute políticas públicas de Estado essenciais à proteção das trabalhadoras e dos trabalhadores, ainda mais diante do cenário econômico e social vindouro.

No contexto de 2020, em que se vivencia tempos de pandemia, não se constata a participação ativa da Fiscalização do Trabalho em ST entre as medidas anunciadas pelo governo. Pelo contrário, há propostas que diminuam ainda mais seus direitos, como a suspensão das obrigações de realização de exames médicos ocupacionais de controle periodicamente, a suspensão de treinamentos e capacitações de prevenção de acidentes e a suspensão de eleições para membros de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes. Paradigmático da índole da atual gestão está a 'reforma modernizadora' das 36 normas regulamentadoras ao atropelo de suas próprias normas, que acabaram sendo proibidas pela Judiciário Trabalhista por solicitação do Ministério Público do Trabalho. Tudo em nome da continuidade das atividades econômicas e, por conseguinte, da exploração do trabalho humano.

Os elementos apontados referentes aos aspectos evidenciados no âmbito trabalhista têm seus rebatimentos nos direitos previdenciários, ou seja, na regressão de direitos trabalhistas que impactam diretamente a possibilidade de acesso à previdência social e que se agravam duplamente perante os entraves legais e institucionais impostos por essa política.



Foto: Mariza Gomes de Almeida/Acervo Cc0ab

É importante ressaltar que, historicamente, na previdência social, a saúde e o trabalho, não são objetos reconhecidos, de imediato, como sendo sua finalidade protegê-los socialmente. Dessa forma, a construção dos direitos à ST na previdência social sempre foi um processo lento e de retrocessos. Não houve até então uma efetivação plena como política de natureza pública e de caráter mais universalizante, bem como não houve o reconhecimento da centralidade do trabalho no processo de saúde-doença. Há, portanto, uma luta social por parte dos trabalhadores contra as regressões advindas das constantes contrarreformas, do constante desmonte, que geram instabilidade e, acima de tudo, uma violação a esse direito socialmente reconhecido como imprescindível em qualquer sistema de proteção social.

No Estado capitalista, as políticas sociais assumiram perspectivas contraditórias, a previdência social historicamente tem esse caráter, ou seja, entre a garantia de direitos conquistados e a mera reprodução da força de trabalho. Porém, intrinsecamente, esse caráter se expressa na clivagem de acesso por meio da contribuição, e não pelo reconhecimento das reais necessidades dos trabalhadores. A seletividade restritiva nos critérios de avaliação de incapacidade coloca os trabalhadores em uma 'roda viva' entre o INSS e o empregador/mercado de trabalho, caracterizando uma *via crucis* enfrentada pelos trabalhadores na luta por seus direitos.

A busca por direitos previdenciários pelos trabalhadores quando do afastamento do trabalho por incapacidade se materializa na relação direta como o INSS, órgão executor da política de previdência. O INSS possui uma dinâmica cuja interação social sempre evidenciou um aparato burocrático-estatal e agora está cada vez mais 'digital' e remota. Além do que a visão da previdência é voltada à lógica de 'seguro' e seus 'segurados', destituídos do lugar social de trabalhadores e, quando reconhecido seu direito, trata-se de um 'seguro' a ser pago temporariamente, ou seja, a saúde e a renda não são protegidas.

Nessa perspectiva, destacam-se algumas questões centrais que são históricas e contemporâneas e que incidem diretamente na ST no âmbito da previdência social, a saber: a avaliação e o reconhecimento da incapacidade laboral, a fragmentação dos serviços previdenciários e a ausência de uma relação interinstitucional.

Primeiro, destaca-se que, no que tange à avaliação da incapacidade laboral, essa passa inicialmente pelo não reconhecimento da centralidade do trabalho para a análise pericial do processo de saúde-doença.

O Auxílio-doença previdenciário (B31) vem representando, historicamente, 90% dos benefícios por incapacidade concedidos pela previdência social. Embora o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário tenha representado um avanço e se constitua em um importante instrumento para o enfrentamento da subnotificação das doenças e dos acidentes de trabalho, o percentual de auxílios por incapacidade concedidos como benefício previdenciário, de ordem acidentária (B91), representa apenas 10% do total de auxílios por incapacidade concedidos pelo INSS¹.

Recentemente, duas importantes medidas impuseram novos agravantes ao acesso aos direitos previdenciários relativos à saúde dos trabalhadores. Uma delas foi a Portaria nº 152/2016, que instituiu a alta programada, dispensando a realização de nova perícia que possa avaliar as efetivas condições de retorno ao trabalho, o que deixa o trabalhador ainda mais desprotegido, cabendo a ele recorrer dessa decisão após o período 'pré-estimado', que invariavelmente é mínimo. A outra, uma das mais agravantes, foi a revisão dos benefícios de longo prazo, denominada 'pente fino', editada através da Lei nº 13.457/2017, que excluiu do direito ao auxílio por incapacidade/invalidez a nove de cada dez trabalhadores, colocando ainda mais à margem do mercado de trabalho milhares de trabalhadores.

Nesse sentido, também se destaca que a relação da perícia médica com os trabalhadores que buscam a previdência social tem sido um dos elementos centrais que vem contribuindo para a desproteção social. A ausência histórica de uma concepção de ST aliada ao conservadorismo que permeia majoritariamente a perícia médica levam à restrição da garantia dos direitos previdenciários dos trabalhadores que buscam a previdência social devido a agravos relacionados à sua saúde. Somado a isso, é cada vez menor o número de trabalhadores com vínculo previdenciário em função da reforma trabalhista e da lógica securitária do regime previdenciário. Logo, os que a acessam ficam protegidos temporariamente, via auxílio incapacidade previdenciário, sem levar em conta as conformações do mercado de trabalho devido à crescente precarização das relações de trabalho. Portanto, além da perda e/ou redução da 'capacidade' para o trabalho, os trabalhadores enfrentam um cenário desfavorável, que não é considerado na avaliação laboral médico-pericial, que se dá no âmbito de uma política pública de previdência social.

Outra dimensão regressiva quanto à atenção à saúde dos trabalhadores na previdência social está na reforma da estrutura administrativa. Recentemente,

ocorreu a extinção da Diretoria de Saúde do Trabalhador (Dirtsat), criada em 2009 por meio do Decreto nº 6.934. Entre suas competências, estava a de gerenciar e normatizar as ações da Perícia Médica, Reabilitação Profissional e Serviço Social, buscando unificar esses serviços com ações que envolvessem a ST, em uma difícil tentativa de superar a fragmentação desses serviços. Com os Decretos nº 9.745 e nº 9.746, de 2019, que tratam da nova Estrutura Regimental do INSS, a Perícia Médica passou a ser Subsecretaria da Perícia Médica Federal do Ministério da Economia, e foi criado o cargo de Perito Médico Federal. Já os serviços de Reabilitação Profissional e Serviço Social retomaram à antiga, agora reativada, estrutura de Diretoria de Benefícios.

É importante destacar o ocorrido com o serviço de Reabilitação Profissional, que deveria se constituir em uma atividade potencialmente interdisciplinar, intra e intersetorial. Entre 2015 e o início de 2016, houve várias medidas no sentido de desenvolver um modelo de reabilitação integral do trabalhador, articulado com as políticas de saúde, trabalho, educação, entre outras, e discorreu-se sobre a adoção de instrumentos de avaliação de incapacidade e funcionalidade de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da OMS. Essa proposta não apenas não se concretizou como se agravou com a saída da Perícia Médica Federal da estrutura do INSS. Suas novas atribuições rompem com a já escassa interdisciplinaridade existente nas

análises e avaliações conjuntas sobre a realidade dos trabalhadores em reabilitação profissional.

O que se vivencia é um processo de destruição e desmonte da política pública de previdência social. Direitos foram retirados, novas regras de exclusão e seletividade para o acesso aos direitos previdenciários foram impostas, reformas institucionais foram realizadas e medidas que excluem ainda mais os trabalhadores da previdência social foram ditadas ao INSS. Sem contar o grande distanciamento com a política de saúde e a total ausência de integralidade na atenção à ST.

A reversão da lógica liberal impregna as opções políticas adotadas nos últimos anos, que rebatem na destruição da previdência social, tanto pela contrarreforma constitucional, com impacto na estrutura do INSS, quanto pelo processo em curso de desconstrução das normas regulamentadoras de segurança e saúde do trabalho. Tal situação faz parte de um processo de destruição gradual do serviço público determinada pela austeridade travestida de 'teto de gastos', em especial no que tange ao SUS².

Destaca-se, portanto, no âmbito da ST, as políticas públicas do trabalho e da previdência social, cujos aspectos e medidas aqui apontados contribuíram para a ampliação do abismo interinstitucional, a crescente regressão de direitos a partir das contrarreformas permanentes pela adoção de desmedidos entraves e pelas regressões impostas no País a partir de 2016 e aprofundadas em 2019.

2. INSTITUTO TRABALHO DIGNO; AUDITORES FISCAIS PELA DEMOCRACIA (AFD). *Ministério do Trabalho: ressurgimento para quê, para quem?* DMTBrasil, abril de 2020. Disponível em: <http://www.dntemdebate.com.br/ministerio-do-trabalho-ressurgimento-para-que-para-quem/>. Acesso em: 15 dez. 2020.

A CRISE DO TRABALHO E DESAFIOS PARA A UNIVERSALIZAÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

*Paulo Gilvane Lopes Pena
Mônica Angelim Gomes de Lima
Maria da Graça Druck de Faria*

A ST se estrutura no Brasil a partir dos anos 1980, no centro das lutas pelas liberdades democráticas e pela Reforma Sanitária, como alternativa à insuficiência do modelo hospitalocêntrico de saúde e de baixa qualidade predominante no período da ditadura militar, em direção à criação e implantação do SUS e das ações de ST em 1990. Desde esse ponto à publicação da PNSTT em 2012, um longo percurso foi marcado por avanços e retrocessos no âmbito das ações de ST e dos direitos dos trabalhadores. A

Portaria nº 1.832 instituiu a PNSTT em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, com destaque para universalidade, integralidade, participação da comunidade e dos trabalhadores no controle social.

Demarca-se, assim, o direito dos trabalhadores à uma política de atenção integral à saúde, envolvendo a promoção, a prevenção dos agravos e o cuidado assistencial nas três esferas de gestão do SUS. Configura-se na forma de uma política de Estado às ações de atenção integral à saúde de usuários-trabalhadores, formais e

informais, com ações específicas no âmbito da vigilância à saúde e capilaridade que alcança os territórios onde vivem e trabalham, com destaque para a Visat e a ênfase na Atenção Básica à Saúde (ABS). Essa tarefa extraordinária marca o caminho para assegurar a todos trabalhadores o direito universal à ST nos diversos modelos de desenvolvimento e processos produtivos. Com isso, existe a necessidade de conhecer o perfil produtivo da situação dos trabalhadores como sujeitos políticos para o controle ou eliminação dos riscos relacionados com as precárias condições de trabalho, articuladas à assistência integral à saúde. Essa política pressupõe a integração das ações de vigilância e assistência em nível da ABS e nos demais níveis de atenção. Representa um dos maiores desafios e pretensões da atualidade para o SUS, considerando que o País tem o maior universo de trabalhadores a serem alcançados por um modelo de serviço público de saúde no mundo – países mais populosos, como China, Índia, EUA e Indonésia, não dispõem de serviços públicos de saúde para assistência a toda a população.

Trata-se de uma construção recente que necessita ser compreendida na sua magnitude diante da complexidade do trabalho, das dificuldades das organizações dos trabalhadores e do desenvolvimento dos serviços de ST e do próprio SUS nas diversas conjunturas institucionais. Uma construção não linear, mas condicionada às profundas transformações e crises no trabalho, porém mantendo continuamente os modos de exploração dos trabalhadores. Ademais, trabalhadores estão subjugados à era neoliberal de desmonte, perda de direitos, somadas às revoluções tecnológicas aliadas à ação antissocial de fragmentação das instituições de proteção do trabalho e de ameaças à saúde, caracterizados pela precarização do trabalho.

Conhecer a real magnitude e características essenciais da estrutura do trabalho inscritos em diversos modelos produtivos no Brasil é uma tarefa complexa. Há uma história trágica de genocídios dos povos indígenas, 400 anos de escravidão que se somam, na atualidade, às novas formas de escravismo, violência e repressões aos movimentos de trabalhadores e suas organizações sindicais, recordes de desemprego, trabalho infantil, racismo ocupacional, epidemias de doenças ocupacionais e sofrimento no trabalho.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹ vinculavam 106 milhões de pessoas à População Economicamente Ativa (PEA) em 2020, entre 15 e 65 anos (50,1% da população). A PEA revela 30 milhões com carteira de trabalho, sendo 23,2 % por conta própria, 11,1% ocupados sem carteira e 13,3% desempregados. Nesse contexto, apenas um terço dos trabalhadores inseridos no mercado formal

tem acesso regulamentado aos Serviços Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) das empresas. Contudo, os SESMT não estão inclusos no controle direto do SUS enquanto serviços de saúde e são fiscalizados cartorialmente pela Inspeção do Trabalho que está em forte processo de desestruturação. Com exceções, os SESMT são serviços de baixa eficácia, pois orientam-se para manutenção das atividades econômicas de interesse do capital motivados pelo produtivismo econômico, e não para a proteção à ST. Com isso, há dois terços dos trabalhadores sem acesso a qualquer serviço de proteção à sua saúde, exceto pelas ações dos Cerest por meio da Visat.

Entretanto, os dados da PEA não expressam a gravidade de situações ocupacionais como o trabalho infantil, que envolve 2,5 milhões de crianças e adolescentes, entre 5 e 17 anos, que exercem atividades remuneradas ou não, com consequências dramáticas e invisíveis para saúde. Outro exemplo se refere aos aproximadamente 160 mil trabalhadores submetidos às condições análogas à escravidão, segundo o Ministério Público do Trabalho.

São trabalhadores em condições irregulares ou ilegais, em que não há garantia dos direitos trabalhistas e securitários, ou seja, trabalho sem carteira assinada²; trabalho autônomo irregular representado por grande número de ambulantes, feirantes, biscateiros que povoam os espaços urbanos e rurais, com dificuldade de acesso aos serviços de ST pela insuficiência das políticas de proteção aos vulneráveis.

Deve-se considerar os trabalhadores inclusos nas categorias previdenciárias como segurado especial constituído por trabalhadores rurais em regime de agricultura familiar, em número de 10 milhões de postos de trabalho, segundo o IBGE¹; pescadores artesanais com estimativa de 1,5 milhão; entre outros. Estes, embora no trabalho formal com direito ao Seguro Acidente do Trabalho, têm inexpressividade epidemiológica por baixa acessibilidade e visibilidade enquanto trabalhadores nos serviços de saúde e de ST, persistindo sub-registro de acidentes e doenças no trabalho na previdência social e no Sistema Nacional de Atendimento Médico (Sinam). Para o trabalhador informal, essa situação se amplifica com a fragilidade do processo de implantação da PNSTT. Existe ainda o trabalho subjugado a estigmas e preconceitos denominado pela OIT de ‘zonas sombrias’, em que podem ser irregulares ou mesmo crime em alguns países e em outros regularizados e protegidos por lei. Tem-se o exemplo do trabalho das profissionais do sexo, legalizado no Brasil exceto quando explorado por terceiros. No entanto, a categoria não tem sido

1. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Agropecuário*. 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/agricultura-e-pecuaria/21814-2017-censo-agropecuaria.html?edicao=25757&t=sobre>. Acesso em: 11 jan. 2021.

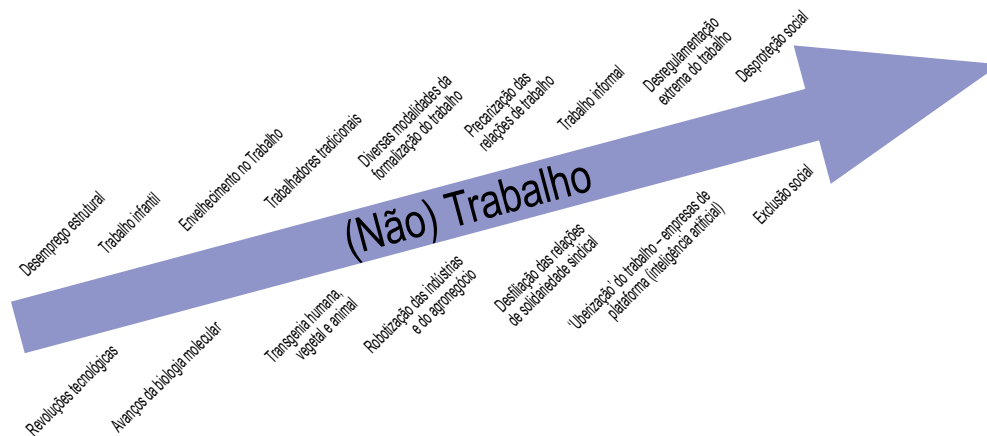
2. DRUCK, G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? *Caderno CRH*, v. 24, n. esp.1, p. 35-55, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-49792011000400004&script=scl_arttext. Acesso em: 11 jan. 2021.

objeto de programas de ST, e as doenças do sexo não são reconhecidas como relacionadas ao trabalho pelo MS. Adiciona-se a incidência de gênero, raça, etnias, migrações, pessoa com deficiência, cujas informações ainda são precárias e/ou desconhecidas, como marcadores de ampliação da vulnerabilidade individual e social, que atuam intensificando exposições e efeitos negativos à saúde dos trabalhadores. Cabe também salientar a incidência desigual sobre a inserção no mercado de trabalho e a capacidade de vocalização desses grupos de trabalhadores.

Esse contexto está permeado, ainda, por processo de globalização e revoluções tecnológicas que associam o moderno e o trágico, com a denominada ‘uberização’ do trabalho decorrente da nova era virtual³, assim como a introdução massiva de produtos transgênicos, com riscos desconhecidos para o meio ambiente e saúde, como ilustra a figura abaixo, desafiando ainda mais a investigação da relação entre essas e outras exposições isoladas ou conjugadas e a produção de tecnologia de prevenção de agravos biopsicossociais.

3. ANTUNES, R. *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. São Paulo: Boitempo, 2018.

Figura 1. Vulnerabilidade Social^{2,3}



Na era da acumulação flexível, as transformações trazidas pela ruptura com o padrão fordista geraram outro modo de trabalho e de vida pautados na flexibilização e precarização do trabalho, como exigências do processo de financeirização da economia, que viabilizaram a mundialização do capital em um grau nunca alcançado. A hegemonia neoliberal deu a sustentação política e ideológica a esse processo, fazendo da concorrência uma norma de conduta em que os trabalhadores devem ser ‘empresários de si mesmos’.

A precarização do trabalho se tornou o centro da dinâmica do capitalismo flexível e tem diversas dimensões: no mercado de trabalho, por meio de contratos precários, sem direitos e da informalidade; nos locais de trabalho, por intermédio da intensificação do trabalho com metas inalcançáveis, extensão da jornada, polivalência, gestão pelo medo, assédio moral e discriminação criada pela terceirização; no desrespeito às normas elementares sobre riscos, medidas preventivas coletivas, necessário treinamento, elevando os índices de acidentes e adoecimento; no enfraquecimento da organização sindical e da ação coletiva, decorrentes da violenta concorrência entre os trabalhadores, da

sua heterogeneidade e divisão, promovendo a pulverização dos sindicatos; e, por fim, na crise do direito do trabalho, cada vez mais condenado e descartado a exemplo das contrarreformas trabalhistas em curso.

A legalização da terceirização para todas as atividades (meio e fim), na Lei nº 13.467/17⁴ – Lei da Reforma Trabalhista –, impõe a precarização como regra, conforme demonstrado por inúmeras pesquisas nos últimos 30 anos, pois ela cria trabalhadores de “segunda categoria”, que ganham menos, trabalham mais, adoecem e morrem mais, têm direitos desrespeitados e são invisibilizados em seus locais de trabalho. A terceirização, ao estabelecer uma relação contratual de prestação de serviços entre a empresa contratada e a tomadora, por meio de um processo de intermediação da força de trabalho, deixa a empresa que terceiriza livre da fiscalização das instituições operadoras do direito do trabalho, à medida que não tem qualquer responsabilidade solidária sobre os trabalhadores terceirizados. As empresas contratadas, como intermediadoras, só têm a finalidade de ‘vender gente’; e, na concorrência para ganhar os contratos, ‘vende a alma’ dos trabalhadores, já que, para cumprir o preço mais baixo e os prazos exíguos, cria redes de subcontratação,

4. BRASIL. Lei nº 13.467, de 13 de Julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. *Diário Oficial da União*. 13 Jul. 2017. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/lei/13467.htm#:~:text=Alterar%20a%20Consolida%C3%A7%C3%A3o%20das%20Leis,%C3%A0s%20novas%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20trabalho](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/lei/13467.htm#:~:text=Alterar%20a%20Consolida%C3%A7%C3%A3o%20das%20Leis,%C3%A0s%20novas%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20trabalho.). Acesso em: 11 jan. 2021

contaminando toda a cadeia com a lógica do baixo custo, levando no limite ao uso do trabalho análogo ao escravo, como tem sido revelado pelas auditorias do trabalho.

Durante a pandemia da Covid-19, grande parte dos trabalhadores terceirizados está nas atividades consideradas essenciais: enfermeiros, técnicos em enfermagem e médicos nos hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPA); nos serviços de limpeza, recepção e segurança nas universidades, escolas, bancos e outros. Uma gama de serviços que não pode parar, cujos trabalhadores não podem ficar em casa, expostos à contaminação diariamente, sem proteção suficiente, já que as empresas que os contratam não oferecem condições seguras de trabalho. Muitos já foram contaminados, parte sobreviveu, outros morreram, ou estão adoecidos pelas jornadas excessivas e pela tensão permanente.

Se a terceirização era a forma mais precária de trabalho, superexplorando o trabalhador e burlando o direito do trabalho; o capitalismo inovou mais uma vez, com a 'economia digital' e decretou a morte do direito do trabalho. É a 'uberização' como chamam alguns estudiosos, empresas-aplicativos que, 'escondidas' atrás da tecnologia de informação, criaram um padrão de exploração da força de trabalho sem limites, não reconhecem a relação de emprego, pois contratam os trabalhadores como autônomos prestadores de serviços, 'empresários de si mesmos'. A empresa-aplicativo usa o trabalho e os instrumentos de trabalho dos trabalhadores para faturar altos lucros, a exemplo de motoristas e entregadores, que arcam com os custos dos seus carros, motos ou bicicletas. Em uma situação de alto desemprego, passou a ser alternativa para milhões de trabalhadores e já se estendeu a outras profissões, como médicos, enfermeiros, advogados, professores, entre outros.

Durante a pandemia, tornaram-se serviços essenciais. Ademais, se antes já arriscavam suas vidas para cumprir as metas e/ou para obter alguma remuneração para sobreviverem, agora estão expostos cotidianamente à contaminação pelo vírus Sars-CoV-2, com poucas medidas preventivas adotadas pelas empresas, nenhum compromisso destas com o adoecimento ou mesmo morte destes trabalhadores e sem qualquer proteção social e trabalhista do Estado.

É a desumanidade do capitalismo em meio à crise humanitária. Situação que só pode ser alterada pela força dos próprios trabalhadores. Foi o que demonstrou a greve dos entregadores de aplicativos no 1º de julho de 2020, por meio de uma campanha nacional que se estendeu para outros países e que buscou atingir os consumidores, por intermédio das redes sociais, chamando o apoio da sociedade. Segundo o presidente da Associação dos

Motofretistas de Aplicativos e Autônomos do Brasil, "*a gente quer que a população saiba o quanto custa uma entrega mais barata ou gratuita*". O líder do Movimento Entregadores Antifascistas, que se autodefine como um "*político de rua*", tem se manifestado sobre a perversidade do capitalismo, o comportamento egoísta do 'rico' e as reais condições desses trabalhadores, que foram iludidos com a ideia de empreendedor, de que são 'livres' para fazer seu horário, quando, segundo ele, o que faz o horário dos entregadores é a dívida que eles têm para pagar.

Ao lado da crise dos sindicatos, enfraquecidos pela precarização social do trabalho, pelas políticas neoliberais, pelos ataques das reformas trabalhistas, surgem novos movimentos sociais e novas redes de contrapoderes, cujas formas de organização são as mais variadas. São fóruns, plenárias, redes, associações que reúnem diferentes profissões e representações organizadas horizontalmente. São movimentos que inovam e resgatam experiências históricas, como a que construiu a Reforma Sanitária, o SUS e o direito constitucional da ST no Brasil.

Para os serviços de ST, inscritos nas estruturas do SUS, o desafio é conhecer a realidade das ocupações e sua diversidade no Brasil sucintamente apresentada. Trata-se de compreender a simultânea precarização estrutural do País, relativa às situações de miséria social e trabalho desqualificado, com a precarização pós-fordista resultante da reestruturação produtiva, associada à precarização extrema imposta pelas mutações tecnológicas em curso como pressuposto essencial para as ações da proteção à saúde e de melhoria das condições de trabalho.

Enfim, as estratégias para universalização da ST exigem abordagens múltiplas de Visat com as diversas formas de organização dos trabalhadores para agir no chão das fábricas, campo, periferias, centros comerciais, feiras, nas zonas sombrias de proteção dos trabalhadores estigmatizados às formas extremas de exploração nas novas modalidade de escravidão e, sobretudo, nesta era virtual com o trabalho hiperprecarizado, constituindo-se em uma '*ciber-Visat*' ou '*Visat digital*' para enfrentar os desafios abissais da atualidade. No entanto, a centralidade do trabalho na sociedade com todas essas mutações persiste não apenas na expressão de submissão ao domínio do capital, mas de resistências e ações transformadoras da sociedade e de lutas dos trabalhadores como sujeitos. Por isso mesmo, apreender as experiências dos próprios trabalhadores, atualizando-as nas novas conjunturas, é o grande desafio para o trabalho e para a ST no Brasil.

PONTO E VÍRGULA AO FINAL DO BLOCO 5 – PENSANDO O FUTURO

*Elizabeth Costa Dias
Paulo Gilvane Lopes Pena*

Ao recebermos o honroso convite dos organizadores do Almanaque ‘Saúde do Trabalhador em tempos de desconstrução: caminhos de luta e resistência’, publicação conjunta do Cebes/Asfoc, para coordenar o Bloco 5 – ‘A institucionalidade fragmentada’ –, fomos desafiados por múltiplos sentimentos e sensações e temores. Tínhamos, por um lado, a oportunidade de produzir sobre um tema ao qual temos nos dedicado por muitos anos, tornando-o acessível a um grande número de pessoas envolvidas com a questão; a necessidade de contar com um grupo seletivo de colaboradores experientes e comprometidos, porém assoberbados por um sem-número de atividades em tempos de pandemia e sob grande pressão de tempo exíguo.

Assim, é com alegria que chegamos ao final da tarefa com um bloco robusto, denso, que aborda diversas dimensões do movimento da ST no SUS, que contou com a participação de 29 colaboradores/ autores, que deram o melhor de si para retratar desde os primórdios da emergência do movimento nos anos 1980, o processo constituinte, a PNSTT e os desafios para sua implementação, os distintos modelos de gestão das ações na rede pública de serviços de saúde; a Renast; a Vigilância em Saúde dos trabalhadores e trabalhadoras; a participação e o controle social; as relações com as questões ambientais; a emergência da pandemia de Covid-19 e seus reflexos sobre a vida e a saúde dos trabalhadores; as ações interinstitucionais, com ênfase no trabalho e na previdência social, e os desafios que as mudanças no trabalho impõem para a universalização da proteção e assistência integral à saúde de todos/as trabalhadores brasileiros.

A provocação contida no título do texto refere-se ao conceito de Movimento Social, entre os quais incluímos o da ST, que não tem fim. Daí o ponto e vírgula!

Temos como norte algumas premissas e princípios para o Movimento da Saúde do Trabalhador que consideramos importante resgatar aqui, pois constituem seu ‘DNA’.

Começa pelo entendimento básico que vem da construção social do processo saúde-doença, que sustenta a compreensão da determinação social fazendo com que não seja inerente ao trabalho, como tentam

fazer acreditar, mas resulta de decisões ditadas pelo valor ou falta dele atribuído pelo sistema produtivo aos seres humanos trabalhadores.

Outro pilar é representado pelo entendimento do trabalhador enquanto sujeito de sua vida e saúde, e de que ninguém sabe mais ou percebe melhor os impactos do trabalho sobre sua vida, saúde e adoecimento. Por isso a necessidade e a importância da sua participação nas decisões que envolvem as relações trabalho-saúde-doença e o controle social no SUS.

Outra questão importante decorre da transversalidade das políticas de saúde dos trabalhadores, uma vez que poucos problemas identificados ao âmbito dos serviços de saúde podem ser, de fato, ali resolvidos. Por esse motivo a importância da articulação com outros campos de conhecimento e com outras instâncias, entidades e instituições sociais para a garantia da saúde. De modo simplificado, pode-se dizer que a saúde dos trabalhadores depende do modelo de desenvolvimento adotado no País e na região, o empreendimento ou o trabalho, que, por sua vez, resulta dos processos de luta e negociação social.

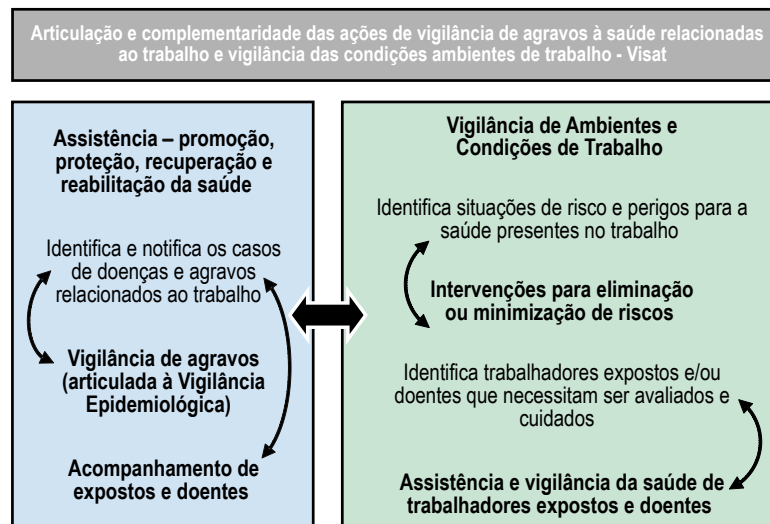
Disso decorre a necessidade da articulação intra-SUS, e a interinstitucionalidade, em particular com as instâncias do trabalho e da previdência, ambiente e o sistema judiciário, em especial com a justiça e a procuradoria do trabalho.

Segue-se, sem nenhuma hierarquia preestabelecida, o entendimento quanto à indissociabilidade preventivo-curativo, com primazia da prevenção das ações de saúde voltadas para os trabalhadores. Consideramos um falso dilema a discussão, por vezes emocionada e destrutiva, de que a vigilância é mais importante que a assistência. Na perspectiva da atenção integral, ambas são complementares. Para que a vigilância à saúde funcione bem, ela necessita estar amparada no cuidado resolutivo, de acesso universal capaz de não apenas resolver os problemas trazidos pelo trabalhador/a ao serviço de saúde, mas estabelecer a relação causal com o trabalho, alimentar os sistemas de notificação e, dessa forma, a vigilância epidemiológica, dos ambientes e locais de trabalho e sempre que possível integrada à vigilância ambiental.

A atenção integral à saúde dos trabalhadores inclui as ações de 'promoção da saúde', que reconhece o trabalho como oportunidade de saúde. Elas pressupõem o empoderamento dos trabalhadores para participar das decisões sobre seu processo saúde-doença e nas lutas por melhores condições de trabalho.

Já a Visat envolve a vigilância epidemiológica dos agravos relacionados com o trabalho e a identificação

e a avaliação dos riscos para a saúde presentes nos ambientes de trabalho, de modo a antecipar e prevenir os danos à saúde, por meio de mudanças nos processos de trabalho e secundariamente na proteção individual do trabalhador. Também, como dito anteriormente, envolve o reconhecimento e registro da relação do adoecimento com o trabalho que permite desencadear os desdobramentos necessários e adequados



Fonte: Diretrizes para a Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, 2016¹.

1. Universidade Federal de Minas Gerais. *Diretrizes de implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica*. 2016. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/294234/>. Acesso em: 16 dez. 2020.

Entretanto, apesar da experiência acumulada nos últimos 30 anos da ST e dos avanços observados, o desafio da atenção integral à ST no SUS permanece.

Vários modelos de atenção e gestão do cuidado à saúde dos trabalhadores/as foram tentados; e o mais bem-sucedido e duradouro foi a criação da Renast focada na atuação dos Cerest, incorporando ações de assistência e vigilância, informação e orientação dos trabalhadores, produção de conhecimento na rede SUS.

A incorporação das ações de ST na atenção básica ou primária de saúde – porta de entrada no sistema – continua um desafio atual, apesar das experiências bem-sucedidas registradas, e de ser o modelo preconizado de organização do cuidado no SUS. Também, é recomendada pela OMS desde a conferência de Alma-Ata em 1978 e a Declaração de Astana de 2018.

No SUS, a atenção primária é considerada ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. A capilaridade da rede, a organização do trabalho em equipe de saúde, com responsabilidade sanitária sobre um dado território, tem grande potencial de sucesso no

cuidado à saúde dos trabalhadores, em especial, no contexto das mudanças no trabalho em que mais de 50% da força de trabalho no Brasil está inserida no setor informal ou precarizado. Os ACS, por exemplo, são os únicos membros das equipes de saúde com acesso facilitado aos domicílios, nos quais crescentemente são desenvolvidas atividades produtivas.

Outrossim, não precisamos de grandes investimentos, para além do fortalecimento da própria APS no SUS. Pode-se começar com o que já é feito e qualificar as ações de saúde – individuais e coletivas – desenvolvidas com/para os usuários trabalhadores considerando sua inserção particular nos processos produtivos.

Finalizando, entre os desafios permanentes, estão: a ampliação do controle social; ampliação das ações de ST nos programas/políticas públicas de geração de trabalho e renda, como os catadores de reciclável, marisqueiras, carroceiros, artesãos; a aproximação e articulação das agendas de ST – segurança – ambiente no setor público e privado; a articulação com o Ministério Público do Trabalho e construção

de uma agenda comum para o enfrentamento de problemas específicos: trabalho infantil; trabalho rural – agroindústria; trabalhadores da saúde, entre outros

Ao encerrarmos, não podemos deixar de mencionar os aprendizados, as angústias e as incertezas que vivenciamos neste momento histórico, coma a pandemia da Covid-19, que se inicia em 2020 e cujos desdobramentos desconhecemos.

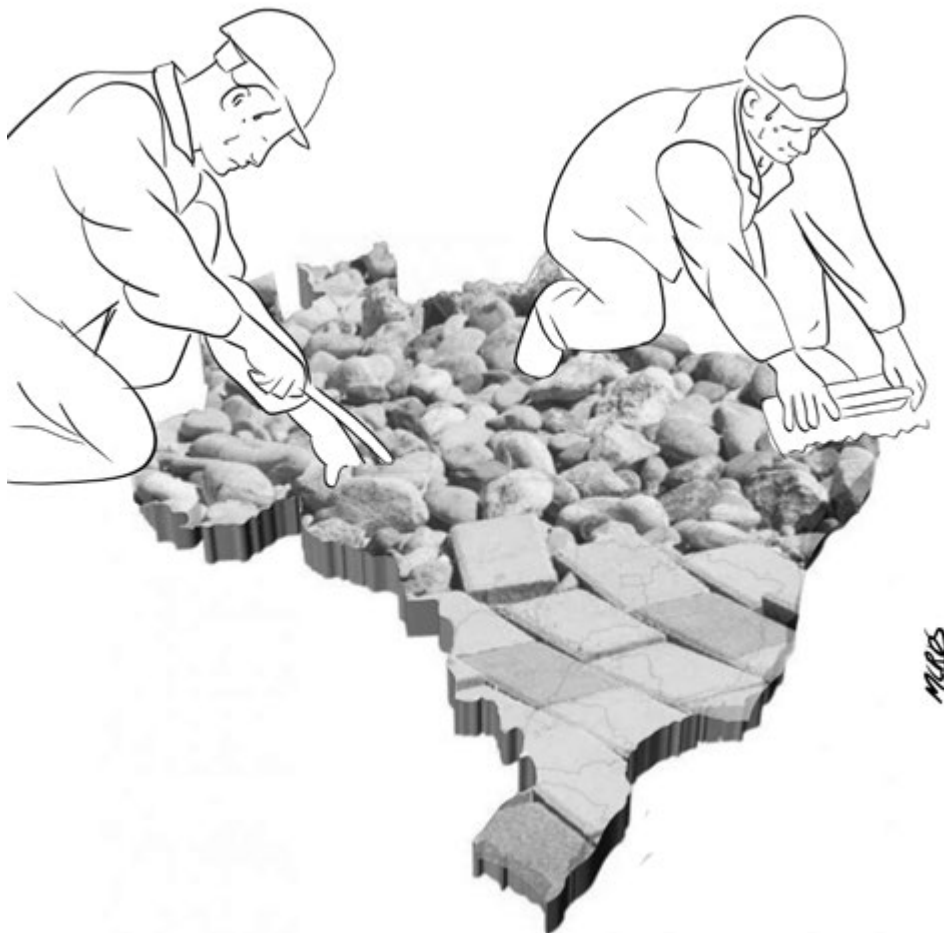
O capítulo escrito por Maria Maeno e José Carlos do Carmo, que integra este bloco, antecipa algumas inquietudes e perguntas que nos atravessam. Porém, apesar das discussões, que se multiplicam, são poucas as repostas. São tempos que Edgar Morin denomina de “*experiência das irrupções do inesperado na história*” em que predominam as incertezas, mas está prenhe de possibilidades.

Quando em dezembro de 2019 o Centro de Controle e Prevenção de Doenças na China identificou o surto de uma doença respiratória grave, entre trabalhadores de um mercado de alimentos na cidade de Wuhan, na província de Hubei, o agente causador foi identificado como um novo coronavírus, o Sars-CoV-2,

e a doença denominada Covid-19, que se espalhou rapidamente e foi reconhecida como pandemia pela OMS em março de 2020.

Para os estudiosos do trabalho e suas relações com a saúde dos trabalhadores e o ambiente, é impactante reconhecer que tanto o surgimento da doença quanto sua dispersão no continente europeu estão relacionados com processos produtivos. Isso porque a doença começou entre trabalhadores e usuários de um mercado, local de atividade produtiva; e, segundo alguns estudos apontam, sua dispersão rápida ao norte da Itália estaria associada à aquisição de empresas de confecção por empresários chineses e ao intenso fluxo de trabalhadores trazidos da China para garantir mão de obra disciplinada e barata. Mais uma vez, expressa-se a forte conexão em atividades produtivas e o processo saúde-doença e os danos ambientais.

Os desafios estão postos. Para enfrentá-los, precisamos resgatar nossos valores essenciais e nos organizarmos para buscar construir um outro mundo possível, mais justo, fraterno e comprometido com a vida.





Greve dos entregadores de aplicativos, São Paulo, SP. 25 de julho de 2020.

6

TRABALHO EM SAÚDE E OS SANTOS DE CASA

Coordenação

Jorge Mesquita Huet Machado, Luciene de Aguiar Dias & Simone Santos Oliveira

DOI: 10.5935/978-65-87037-01-1.09



OS CAMINHOS, FRAGMENTOS E CONEXÕES

Jorge Mesquita Huet Machado
Simone Santos Oliveira
Luciene de Aguiar Dias

Os lugares do cuidado

O trabalho em saúde e seus lugares são espalhados em uma rede múltipla de serviços de saúde com características distintas, conectados por uma ação de promoção e atenção à saúde, configurando o Sistema Único de Saúde (SUS) articulado internamente por instâncias de coordenação técnica das secretarias municipais, estaduais e do Ministério da Saúde, redes assistenciais (hospitais, Unidades de Pronto Atendimento – UPA, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu, Unidades de Atenção Básica, Equipes de Saúde da Família, Centros de Atenção Psicossocial – Caps), instâncias de supervisão, redes de laboratórios de saúde pública e de vigilância em saúde e saúde coletiva (serviços de vigilância epide-

miológica, vigilância sanitária, vigilância em saúde ambiental e de vigilância em saúde do trabalhador), com conexões aos serviços de saneamento ambiental, a redes de assistências social e de educação em espaços de ensino e aprendizado profissional das múltiplas disciplinas, profissões e especialidades que compõem a força de trabalho em saúde. Tudo isso articulado externamente a uma rede multissetorial de promoção da saúde, destacando-se a conexão com as atividades de produção, distribuição e consumo de alimentos e de insumos industriais para a saúde.

São lugares de cuidados clínicos e cirúrgicos de contato direto com as pessoas, são espaços da rua e das casas, são laboratórios e escritórios em conexão com todas as atividades humanas.

CARTA PARA MINHA MÃE... COISAS QUE EU QUERIA CONVERSAR COM VOCÊ

Luciene de Aguiar Dias

Se o mundo ficar pesado / Eu vou pedir emprestado / A palavra poesia¹

Você tem 85 anos. Eu 54. Te disse um tempo antes que iria aposentar com 55. Estava tudo combinado. Mas não vai dar. Mudou tudo e tanto, que nem consigo te explicar com clareza e da forma que compreenda esses novos tempos que, de uma forma tão abrupta e repentina, modificaram tão profundamente a vida da gente. Você fez aniversário. Eu também fiz. Mas nós não nos abraçamos. Moramos na mesma cidade – Macaé (RJ) –, desde março não te abraço ou toco na sua pele.

Um dia desses, me pediu para ver meu sorriso sem máscara, assim fiz, sorri de longe... Se te visito do portão, você fica na porta da casa. Sou Enfermeira, estou no *front*. E a senhora, minha mãe, é mãe de enfermeira. Sinto falta de te levar para as compras e te ver sacudir o abacate ou o maracujá para verificar

se estão saudáveis. Sinto falta de degustar seu café coado fresquinho feito pra mim. De sairmos juntas para almoçar nos domingos. E de deitar exausta e triste no seu sofá e te ver trazendo uma manta para me cobrir e aquecer meus lampejos de sonho.

Se o mundo emburrecer / Eu vou rezar pra chover / Palavra sabedoria¹

Mas você, minha mãe, é mãe de enfermeira. E eu estou no *front*. Por amor, te amo de longe, porque segundo o texto de Bonfatti² (2020) “em tempos de pandemia quem ama deve manter os preceitos do distanciamento social”. Segundo o Conselho Federal de Enfermagem³ (Cofen), em dados apontados em junho de 2020, somos 2.322.762 profissionais de enfermagem. Creio que, em sua maioria, vivendo uma situação semelhante a essa, que cá, nós duas vivemos. Faz muito tempo, te contava que as coisas não iam bem, muito além dessas matérias que a mídia

1. SILVA, J. *Samba da Utopia*. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/jonathan-silva/samba-da-utopia/>. Acesso em: 01 ago. 2020.

2. BONFATTI, R. *Dia dos Namorados*. Disponível em: https://15557d4b-846d-4ca4-a9f7-0518a88199e2-usfiles.com/ugd/15557d_b159f-f38700d405087ae4bf232b0f317.pdf. Acesso em: 01 ago. 2020.

3. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Enfermagem em números*. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 01 ago. 2020.

4. SOUZA, D. O. *Textos de Diego de Oliveira Souza*. Disponível em: https://15557d4b-846d-4ca-4-a9f7-0518a88199e2_usrfiles.com/ugd/15557d_6aee64590d-864d788fc2db222d3d92da.pdf. Acesso em: 01 ago. 2020.

5. UOL. *Pandemia do coronavírus é maior prova de fogo do SUS*. Disponível em: <https://jc.ne10.uol.com.br/pernambuco/2020/03/5603069-pandemia-do-coronavirus-e-maior-prova-de-fogo-do-sus.html>. Acesso em: 01 ago. 2020.

faz mostrando filas ou desqualificando o trabalho que nós, como servidores públicos, executamos – porque nada são além de realidades mal mostradas ou explicadas. Afirmo isso como uma cidadã e trabalhadora, pois poucos são nesse país que sabem e entendem o SUS, suas diretrizes, sua base legal e muito menos sua operacionalização.

Alguns afastados dos pais; outros, dos filhos; outros, do cônjuge (por comorbidades), mas estamos afastados do convívio familiar... Também te falei várias vezes que não me vejo como uma trabalhadora de nenhum ente federado seja ele estado ou município, mas do SUS. Esse nosso mesmo SUS, a mais robusta política pública desse país, prescrita constitucionalmente em 1988, sofre ataques constantes para o seu desmantelamento. Te falava que as coisas não iam bem... São tantos os impropérios que ouço “*o SUS foi feito pra não funcionar*”, “*eu não preciso do SUS*”, “*divide esse dinheiro gasto com o SUS para a população mais pobre e cada um que se vire*”, fora alguns termos chulos usados que não pretendo repetir...

O nosso SUS, que nunca dorme, é invisível em algumas de suas muitas atividades, entre delas as ações de vigilância em saúde (sanitária, epidemiológica e em saúde do trabalhador), monitoramento de vetores, planejamento e orçamento, compras e armazenamento, auditorias, ensino e pesquisa e formação de recursos humanos etc.

Quanto trabalho é feito sem que a população veja ou saiba... Mas o foco da mídia e das queixas está na crítica ao funcionamento dos serviços de saúde – hospitais, postos de saúde, UPA, ambulatórios entre outros. É onde estou, minha mãe, na assistência, dentro de um desses serviços de saúde, que depende do SUS invisível para bem funcionar. E esse bem funcionar depende também de outros fatores como a própria capacidade técnica e organizacional de seus micro (serviços e municípios) e macrogestores (Estado e União). Depende ainda dos legisladores, das instâncias de controle social (Conselhos de Saúde), bem como de controle externo (Tribunais de Contas, Ministério Público).

Sei que parece complexo, minha mãe, não importa! Vale que você sempre soube que eu estava na trincheira de luta em defesa do SUS. De mãos dadas com meus pares ou mesmo sozinha perante uma multidão de contrários... Porque depende, mãe, fundamentalmente de nós, trabalhadores de saúde do SUS, como agentes do Estado que somos, fazer essa engrenagem girar na direção da população.

Se o mundo andar pra trás / Eu vou escrever num cartaz / A palavra rebeldia¹

E 2020 nos trouxe essa pandemia em pleno contexto de desmonte do SUS, situação bem retratada pelo colega de profissão e professor Diego Souza⁴ em inúmeros textos da Coluna Opinião no *blog* www.multiplicadores-devisat.com. Pensamos: dessa vez vai! A rede vai ter que se organizar melhor... Faremos treinamentos, que será a oportunidade de discutir velhos problemas e tentar corrigi-los. Inicialmente, fomos aplaudidos, bateram panelas, cantaram, e até mesmo o Ministro da Saúde na época do início da pandemia – Luiz Henrique Mandetta – disse que o SUS estaria ao lado dos 215 milhões de brasileiros⁵ em entrevista que está disponível na internet. E nós do SUS estamos, mãe, porque o SUS não escolhe sobrenome, renda familiar, empregado ou desempregado, faixa etária, etnia, religião, território, nacionalidade nem nada. É de todos e para todos... E se algum serviço do SUS faz escolhas, não é uma ‘escolha’, é porque deve atender protocolos estabelecidos e aprovados, e esses são, na maioria das vezes, devidos à complexidade da causa do atendimento, do problema de saúde a ser tratado. Mas é verdade que muitas vezes não temos capacidade de acolher tantos que precisam. Mas lembra? Esse é um dos problemas antigos. Desses que se somaram aos novos que chegaram com a pandemia. E hoje, praticamente após quatro meses dessa frase do ex-ministro, estamos ainda sem um novo Ministro da Saúde. Sem um direcionamento gestor quanto aos protocolos sociais, técnicos e terapêuticos para a Covid-19. Reafirmo que os problemas antigos se somaram aos novos problemas.... Mas a gente teima e segue firme!

Se a gente desanimar / Eu vou colher no pomar / A palavra teimosia¹

Se antes da pandemia desta cruel Covid-19 nós éramos poucos, somos menos ainda agora na lida. Muitos trabalhadores da saúde foram afastados por idade ou por serem portadores de comorbidades que os tornam mais suscetíveis ao adoecimento. Se por vezes faltavam insumos, seja materiais, seja estruturais, permanecem faltando. Se a rede de saúde já não enredava, o distanciamento entre os serviços aumentou. As restrições do isolamento diminuíram as reuniões formais e as possibilidades de discussão da situação, os encontros informais para um café (em que se resolviam e se esclareciam muitas coisas), aumentou o medo, as disputas, os desencontros, a falta do esclarecimento. Aumentou a nossa solidão. Por estarmos paramentados (com os Equipamentos de Proteção Individual – EPI), face e cabelos tão recobertos, muitas vezes passamos ao lado de um colega que é amigo e

não o reconhecemos. Nossos olhares, mãe, ficaram mais distantes, cheio de névoas, a voz abafada, e os sorrisos sumiram... Estamos isolados socialmente como todos e isolados enquanto trabalhadores. Existe uma tensão, como uma desconfiança... Meu colega que pediu minha caneta emprestada, me devolveu ela contaminada (sem querer)?

Tudo ultimamente se tornou um risco, até se sentar numa cadeira. Agora, antes temos que desinfetar com álcool a 70%. E tudo demora mais, atender um após o outro depende de procedimentos e cuidados para evitar a transmissão da Covid-19. Nem todo mundo entende. Talvez nem todos cumpram exatamente os exigentes cuidados. Vai saber? Isso gera muita tensão e alguns conflitos entre as equipes.

Mas, para além disso, me pergunto: como estão as gestantes? Delas, li uma notícia desanimadora, escrito assim no *site* de notícias UOL⁶ “das 160 mortes registradas [de gestantes] entre o início da epidemia e 18 de junho nada menos que 124 ocorreram no Brasil”, triste isso. Quem são essas mulheres e o que aconteceu a elas? Me pergunto sem parar...

Pergunto também diante do meu espelho que permanece mudo sobre os pacientes oncológicos, os idosos, as crianças, os diabéticos, os hipertensos etc. Mas fundamentalmente, onde está a vigilância em saúde do trabalhador? Quem e como estão sendo observados os processos e ambientes de trabalho desses setores econômicos ditos essenciais? A limpeza urbana, a produção de alimentos até sua chegada até nós, a produção de medicamentos, material de limpeza, do álcool que agora é essencial a todos – os plantadores de cana e os trabalhadores da usina de beneficiamento... É o Estado ausente.

Mas quero voltar ao que me motivou a te escrever, minha mãe: nosso trabalho no SUS. Se antes havia assédio moral... nem sei dizer o quanto somos mais vigiados e ameaçados atualmente, por todos os lados. Vizinhos, conhecidos, gestores e até mesmo a população que atendemos nos oprime com atos ou atitudes. Nem todos, é claro, mas descontam em nós seus medos, desamparo, desconhecimento, desalentos.



Foto: Scarlet Rocha / Mídia Ninja

Se acontecer afinal / De entrar em nosso quintal / A palavra tirania¹

Encerro aqui esta carta, minha mãe, que mais parece um muro das lamentações... Mas não é! É apenas para te dar notícias, tentar te dizer que estamos trabalhando muito e estamos mais cansados, mais solitários, mas não estamos sozinhos e estamos atentos. Que estamos na luta, lutando pela saúde da população e pela sobrevivência do SUS. E que tudo está sendo registrado. Por nós trabalhadores, pela população, pelos poetas, escritores, jornalistas, compositores, acadêmicos, pesquisadores, sindicalistas, enfim... por toda gente do bem, toda gente de fé, por todas as mães e todos mais que sabem o que é amor e solidariedade. Eu quero que leia e conte p'ra toda gente, que nem o vírus nem a 'tirania' nos fizeram desistir de cantar, dançar, lutar e sonhar. Beijo. Te amo!

Pegue o tambor e o ganzá / Vamos pra rua gritar / A palavra utopia.

Samba da Utopia¹

Profissionais da saúde são agredidos enquanto fazem manifestação pela vida, em Brasília, 1º de maio de 2020.

6. UOL. Covid mata mais grávidas no Brasil. Disponível em: https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2020/07/15/covid-mata-mais-gravidas-no-brasil.htm?utm_source=facebook&utm_medium=social-media&utm_campaign=noticias&utm_content=geral. Acesso em: 01 ago. 2020.



Foto: Scarlet Rocha / Mídia Ninja

DEMOCRACIA FAZ BEM À SAÚDE? GESTÃO DO TRABALHO E A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (DA SAÚDE)¹

Élida Azevedo Hennington

Fátima Cristina Rangel Sant'Anna

Dário Frederico Pasche

1. Síntese adaptada de capítulo de livro publicado. HENNINGTON, E. et al. Saúde do trabalhador da saúde. In: OLIVEIRA, S. S., et al. (Org.). *Vigilância em saúde do trabalhador: formação para ação*. Rio de Janeiro: CDEAD/ENSP/Fiocruz, 2019. 280 p.

2. NOGUEIRA, R. P. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

3. ASSUNÇÃO, A. A., et al. *Trabalhar na saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

4. MERHY, E. E. *Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2002.

O conceito de trabalho em saúde é de origem relativamente recente na literatura da saúde coletiva. A partir dos anos 1980, esse conceito passa a transcender o enfoque tradicional que se restringia aos particularismos da análise das funções de cada profissão de saúde. Assim, o conceito atual remete ao conjunto de funções e atividades que se realizam nos estabelecimentos de saúde. Sob o rótulo 'trabalho em saúde', estão coisas tão distintas quanto os trabalhos de lavar roupa dos leitos, de contabilizar as despesas do hospital, de ler uma lâmina de hemograma, de examinar um paciente etc. Quando se fala em trabalho em saúde, não se entende como sendo um processo único².

O universo dos sujeitos categorizados como profissionais da saúde caracteriza-se por amplo contingente de trabalhadores, com diversificadas competências, habilidades, especialidades, cargos e funções, diferentes níveis de escolaridade e de autonomia no exercício da profissão e ocupação. Além disso, encontram-se inseridos em equipes com divisões de trabalho mais horizontalizadas ou bastante verticalizadas, de modo geral, obrigados a estabelecer relações entre si, porque a maioria dos processos de trabalho são coletivos, planejados e desenvolvidos de modo integrado em equipes multiprofissionais³.

Neste ensaio, o foco recai sobre o processo de trabalho em saúde como prestação de serviço nas unidades de saúde, implicando a presença humana em todos os seus componentes e etapas. Isto é, pressupõe o ser humano e suas necessidades encarnados como os objetos de intervenção e com a finalidade de produzir ações de saúde ou, precisamente, de produzir saúde. Em sua dimensão relacional, envolve atividades corporais, intelectuais, criativas, afetivas e comunicacionais. O trabalho em saúde vivo em ato pressupõe o trabalhador como sujeito ativo do trabalho, como produtor de saúde e de si mesmo⁴.

Tido como indispensável à produção e acumulação na perspectiva de mercado, o trabalho em saúde na

sua imaterialidade passa a ser valorizado pelo capitalismo contemporâneo que molda, controla, explora e manipula a subjetividade dos trabalhadores, ativando e organizando as relações de produção/consumo.

A negligência com a saúde do trabalhador é elemento intrínseco ao sistema produtivo capitalista, corrigida paulatina e gradativamente pela ação política dos trabalhadores e por processos de normatização legislativa, até porque a preservação da saúde de quem trabalha é, em alguma medida, benéfica aos propósitos da produção e do consumo.

Na atenção à saúde, processos terapêuticos e de cuidado em determinadas situações de trabalho trazem importantes impactos à saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras da Saúde (TS) e se constituem em fonte de sofrimento/adoecimento. Tais situações convocam à elaboração de um sistema de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) que dê conta das especificidades mencionadas, ampliando o enfoque tradicional em favor de uma ótica que privilegie o significado do trabalhar em saúde hoje.

Referimo-nos aos TS como aqueles que acolhem, cuidam e tratam e se responsabilizam pela saúde das pessoas nos territórios. Tudo isso exige conhecimento técnico-científico, esforço físico e mental, comprometimento, dedicação. Frequentemente, esquece-se que, como qualquer outro trabalhador ou trabalhadora, estão expostos a variados riscos dentro e fora do ambiente de trabalho. Podem se acidentar, adoecer e morrer em decorrência das atividades laborais ou em situação de trabalho, no trajeto de casa para a unidade de saúde, por exemplo, ou mesmo durante o trabalho realizado no território. Sofrem desgaste em empregos precarizados, trabalhando sob gestão pouco democrática nos serviços e com exigências de produtividade. Muitos vivenciam precárias condições de trabalho, jornadas exaustivas, histórias de assédio moral e labutam em territórios muitas vezes degradados e dominados pela violência.

O debate em torno da Visat está relacionado com a dinâmica pela qual se dão as transformações

no mundo do trabalho e as formas como são pensadas as políticas públicas, em especial a política de saúde, em diferentes contextos sociotemporais. Historicamente, a luta por saúde no trabalho está intensamente imbricada nas lutas por cidadania. No Brasil, as mudanças no que se refere às modalidades de participação da sociedade na formulação, gestão e avaliação das políticas públicas têm sido primordiais na reconstrução das relações entre Estado e Sociedade e, conseqüentemente, nos avanços em defesa da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras.

Ao resgatar a luta dos TS por um trabalho saudável, destacamos aqui pontos de interseção nas trajetórias das lutas por uma saúde pública enquanto dever do Estado e direito universal. Estes configuram o movimento pela reforma sanitária, a ampliação da democracia no Brasil pós-ditadura e a pauta de reivindicações construída pelos TS no decorrer dos últimos anos.

O engajamento dos TS na defesa da saúde como um bem coletivo e público não se distancia das lutas pelas transformações cotidianas das condições objetivas de realização do trabalho no setor⁵. Tais dimensões de luta são indissociáveis, mesmo no que se refere aos trabalhadores inseridos no setor privado. No conjunto das políticas públicas, em uma abordagem mais ampla dos direitos sociais, a conquista da saúde no trabalho requer a efetivação de políticas públicas mais justas, entre elas, as de regulamentação e regulação do trabalho.

Muitos são os desafios, mas também observamos avanços para a força de trabalho em saúde especialmente no campo político-institucional e legal-normativo. Destacamos os debates nas Conferências de Saúde, especialmente a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), marco da Reforma Sanitária e criação do SUS; a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e a I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS). Em seguida, a II CNRHS e a aprovação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS/2000) que ofereceu subsídios às discussões da III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e à criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde em 2002.

Marco na discussão das relações de trabalho no setor público foi a criação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS), fórum paritário de negociação, criado em 1993 e reinstalado no ano de 2003, reunindo gestores públicos, prestadores de serviços privados da saúde e entidades sindicais nacionais representativas dos TS. Visou à democratização das relações de trabalho na saúde, instituindo processos negociais de

caráter permanente para tratar conflitos e demandas decorrentes das relações de trabalho e contribuir para o efetivo funcionamento do SUS.

Em 2009, foi criada a Política de Atenção Integral à Saúde do Servidor Público para a implementação das ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho e a promoção à saúde do servidor público federal.

A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) determinou o período de 2006 a 2015 como a década dos recursos humanos em saúde nas Américas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Opas dedicaram o ano de 2006 à valorização dos recursos humanos em saúde. O Ministério da Saúde do Brasil acompanhou esse movimento, consagrando esse ano como o Ano dos Trabalhadores em Saúde, chamando atenção para necessidade de desenvolvimento de políticas voltadas para o setor.

Em 2012, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Portaria GM/MS nº 1.823)⁶ visou promover, orientar e subsidiar a atenção integral à saúde do trabalhador, enfatizando as ações de vigilância para reduzir mortes, acidentes e adoecimentos relacionados ao trabalho. Em 2013, em Recife, o III Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde reafirmou o papel central dos trabalhadores na construção e fortalecimento dos sistemas de saúde: 'Uma verdade universal: não há saúde sem trabalhadores da saúde'. A Declaração de Recife abordou os principais desafios referentes à força de trabalho em saúde e as ações para enfrentá-los a fim de melhorar esse cenário e a qualidade de assistência: trabalhadores em número suficiente, com boa formação que resulte em competências técnicas e sociais para que possam responder às necessidades e expectativas da população.

Em 2014, a LXVII Assembleia Mundial da Saúde renovou os compromissos para a cobertura universal e implementação de estratégia global de recursos humanos para a saúde a partir da carta de Recife.

Em 2016, a OMS publicou o documento 'Global strategy on human resources for health: workforce 2030', reiterando que os sistemas de saúde dependem dos TS para funcionar adequadamente. Para tanto, destaca-se a necessidade de adoção de políticas apropriadas por parte dos países, de investimento estratégico e gestão de agenda da força de trabalho em saúde.

As bases jurídico-legais para uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador são bastante expressivas. Normas e instrumentos legais são permanentemente produzidos e atualizados com dinamicidade nos diversos campos do direito. Entretanto, ainda há muito a ser feito na prática em prol da saúde e segurança dos TS.

5. RANGEL-SANT'ANNA, F. C. *Controle Social e a Saúde do Servidor Público*. Rio de Janeiro, UFRJ; UNIRIO; SIASS; SRH/MP, 2011.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.823 de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União*. 24 Ago. 2012.



Há uma grande diversidade de cenários de trabalho em saúde, tais como hospitais, clínicas, laboratórios, centros de saúde. Mesmo quando nos referimos à atenção primária, tendo em vista a extensão do território brasileiro e sua heterogeneidade sociocultural, há múltiplas e diferenciadas redes básicas coabitando no SUS e diferentes realidades de trabalho diante da diversidade dos 5.570 municípios brasileiros. O SUS atende cerca de 70% da população brasileira, mais de 190 milhões de pessoas e é o principal empregador de TS – 80% da força de trabalho do setor, o que representa quase 2 milhões de empregos. Na Atenção Básica, existem atualmente cerca de 42 mil equipes de saúde da família, 25 mil equipes de saúde bucal e 260 mil Agentes Comunitários de Saúde (ACS)^{7,8}.

Diante dessa diversidade, devemos buscar fugir da lógica operativa do Ministério da Saúde de padronização, normalização e homogeneização também quando discutimos ações de Visat. Não há receita pronta e única. No máximo, podemos discutir alguns caminhos, estratégias e posicionamentos em busca de um modo de atuar na prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores da atenção básica.

Uma das premissas da intervenção em saúde é a realização de 'diagnósticos locais' que incluam as condições de saúde e trabalho nos territórios e possibilitem quantificar e qualificar os fenômenos que devem ser enfrentados pela vigilância.

Os serviços de saúde podem e devem mobilizar os TS para utilizar dados existentes e construir sistemas locais de informação, de modo a haver um monitoramento sobre a situação de saúde desse grupo de trabalhadores e uma organização local regional com apoio do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), e a proposição de ações coletivas de enfrentamento.

Os modos de fazer gestão do trabalho são o fundamento para organizar a vida no trabalho e, conseqüentemente, interferir diretamente na vida do trabalhador e na sua saúde. Existem fortes indícios que o cerne da discussão sobre a saúde do trabalhador da saúde está vinculado à forma como se dá a gestão no cotidiano e o lugar que o trabalhador ocupa nesse processo. Aqui e acolá, nos serviços que preconizam (e realizam) uma gestão democrática e participativa, as pessoas adoecem menos e se sentem mais realizadas. Nesses espaços de fala e escuta qualificada, conseguem ter seu sofrimento ou adoecimento identificados, acolhidos e encaminhados pelo coletivo de trabalho. A problematização e a gestão compartilhada

favorecem a descoberta de caminhos para enfrentamento dos problemas de saúde que afligem o trabalhador no dia a dia.

Defendemos que dispositivos como a cogestão são um divisor de águas da Visat na saúde, pois, a partir desse modo de gerir o trabalho, é possível criar espaços de discussão e encontrar soluções para os problemas de forma compartilhada e horizontalizada pelos coletivos de trabalhadores que vivenciam situações comuns, rompendo com a alienação e o estranhamento. A atenção básica como porta de entrada e ordenadora do sistema de saúde pode ser o cenário ideal para novas experimentações nas formas de organizar e gerir o trabalho em saúde, assumindo formas de gestão democráticas como dispositivos de intervenção que pautam a saúde do trabalhador e colocam na roda a equipe e os diferentes sujeitos – trabalhadores, gestores e usuários – em busca de estratégias e soluções para os problemas que afetam os TS. Por consequência, repercutem na própria gestão e nos serviços prestados à população.

Sob uma gestão democrática, é possível pautar, discutir e implementar medidas de intervenção sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença-cuidado relacionado aos TS nos diferentes territórios. É possível criar mecanismos de acolhimento do sofrimento do trabalhador e de encaminhamentos de suas demandas e necessidades de saúde (inclusive de promoção, prevenção/proteção, recuperação e de reabilitação), dar apoio ao desenvolvimento do seu trabalho nos serviços de saúde como forma de empoderamento e de maior qualificação do seu fazer, e permitir que o TS saia do seu lugar de aparente desânimo, descaso ou indiferença e seja desafiado a adquirir novos conhecimentos que potencializem sua prática e que o ajudem a refletir, analisar e produzir saúde de forma embasada, crítica e efetiva – para si, para o outro e coletivamente.

Pautar os temas da saúde do trabalhador permite a elaboração de planos de intervenção considerando diretrizes do SUS e a interpretação-ação dos trabalhadores, que produzem afetos e são afetados em sua condição de sujeito no processo de pensar-fazer saúde. Reconhecer que, para uma atuação competente dos TS, são necessários saberes, mas também atitudes, ancoradas na perspectiva da ação autônoma e responsável.

A cogestão faz essa aposta: capacidade de ação criativa e coletiva, que aponta para novas soluções dos problemas e singulariza sujeitos, que se moldam na lida e no manejo de situações que o despertam para a reflexão-crítica-ação. Esta é a própria natureza da cogestão: incluir para influenciar.

7. CARVALHO, M. N., et al. Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 23, n. 1, p. 295-302, 2018.

8. PAIM, J., et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

Somos moldados fortemente pelo trabalho, que produz em nós traços de humanidade. Portanto, pensar em saúde do TS implica pensar nas formas de gestão do trabalho. Quando não se aposta na autonomia corresponsável do trabalhador, estimula-se uma subjetividade que renuncia ao desejo ao trabalho e reforça a obediência e a conformidade. Moldam-se,

assim, sujeitos adoecidos, resignados à sua condição de insumos, de recursos (humanos). TS não devem ser encarados como meros recursos, e, sim, como força de trabalho criativa e singular que deve ter sua saúde preservada e protegida. São potência em defesa da vida. Por tudo isso, afirmamos: democracia faz bem à saúde dos trabalhadores.

SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE: ENTRE A DEFESA E A CONCRETIZAÇÃO DE DIREITOS

Claudia Rejane de Lima

As reivindicações por melhores condições de trabalho e sua relação com a saúde sempre mobilizaram as lutas do movimento sindical e compuseram as pautas de negociação, algumas vezes de forma central, outras de forma complementar às pautas econômicas. Estas que, geralmente, são o principal foco dos sindicatos em todos os setores, inclusive na área da saúde, mesmo levando-se em conta que o trabalho nesse setor é reconhecidamente insalubre e penoso, realizado em geral sob condições adversas, conforme desvelado recentemente neste contexto de pandemia.

A falta generalizada de EPI ganhou visibilidade na mídia. Contudo, no seu cotidiano, os profissionais de saúde se deparam também – e há muito tempo – com outras dificuldades, como a falta de medicamentos, insumos, equipamentos e instalações adequadas; jornadas extenuantes; número de funcionários insuficiente para a demanda de serviços. Vínculos de trabalho precários; além da própria natureza do trabalho, marcada por elevada sobrecarga psíquica, por lidarem diuturnamente com situações-limite, que implicam decisões sobre a vida, a morte e o sofrimento humano. Se, por um lado, a importância social do trabalho nesse setor pode ser uma fonte de satisfação, por outro, as condições em que ele se realiza acabam sendo fonte de esgotamento e insatisfações¹ com repercussões importantes na saúde dos trabalhadores e na própria qualidade dos serviços.

Aos riscos biológicos, popularizados pela Covid-19, somam-se outros riscos (físicos, químicos, mecânicos etc.): a exigência de um conjunto de esforços físicos, emocionais e cognitivos, geradores de desgaste, que se expressam ao longo do tempo sob a forma de adoecimento, como é o caso, por exemplo,

das Lesões por Esforços Repetitivos/Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (LER/Dort), da fadiga, dermatites, dos transtornos mentais, além do risco de agressão de usuários, dos acidentes com perfurocortantes e de outras situações frequentes no trabalho em saúde.

A proteção à saúde como direito e a realidade dos fatos

A proteção à saúde dos trabalhadores é um direito assegurado na legislação trabalhista e na Constituição Federal, que, a partir de 1988, a colocou como uma área de competência também da saúde pública, no rol de responsabilidades do SUS, demarcando não só a ampliação do seu enquadramento jurídico-institucional como também referências éticas e conceituais visando a novo campo de práticas. Sob a perspectiva da saúde pública, os agravos à saúde gerados pelo trabalho são resultado de determinações sociais relativas à inserção dos trabalhadores nos processos produtivos e do conjunto de condições derivadas de suas contradições e assimetrias de poder, visão que vai além da exposição ocupacional a fatores de risco.

Em que pese a existência de um vasto arcabouço jurídico, há uma defasagem entre os direitos prescritos nas leis e a realidade do trabalho na saúde, especialmente no setor público, no qual as relações de trabalho são marcadas por ambiguidades entre o papel do Estado como empregador e a sua função pública. Pelo menos três aspectos parecem interferir na materialização dos direitos dos trabalhadores públicos e, por sua vez, em seu correlato, nas obrigações do Estado como empregador: 1) o fato de o vínculo de contratação ser considerado administrativo, relação

1. ASSUNÇÃO, A. A., et al. *Barreiras e facilitadores na implantação da política nacional de promoção da saúde dos trabalhadores do SUS*. Belo Horizonte: UFMG, 2017.

2. BRAGA, D. G. *Conflitos, eficiência e democracia na gestão pública*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

que considera o trabalhador como parte do Estado a serviço do interesse público; 2) as ações de fiscalização e inspeção, funções típicas de Estado, em que ele próprio não se constitui em objeto; 3) a não regulamentação do direito à negociação coletiva, que é um instrumento básico para a resolução de conflitos e pactuação de compromissos nas relações de trabalho².

Os trabalhadores do setor privado também enfrentam condições bastante adversas e números elevados de acidentes de trabalho. Contudo, as relações de trabalho, o reconhecimento de assimetrias e conflitos de interesses e os direitos trabalhistas estão claramente delimitados do ponto de vista social e jurídico, como resultado das lutas travadas desde os primórdios do capitalismo.

Embora também tenham uma importante trajetória de lutas em defesa dos interesses da classe trabalhadora, inclusive no processo de democratização do País e na reforma sanitária que deu origem ao SUS no Brasil, os trabalhadores do setor público conquistaram o direito à organização sindical somente em 1988 e, como mencionado, sem o reconhecimento do seu principal instrumento de ação, que é a negociação coletiva.

Conquistas negociadas em espaços democráticos de negociação

À revelia das lacunas e controvérsias jurídicas, os trabalhadores do setor público contabilizam conquistas importantes, a exemplo da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), que foi criada em 1993, por iniciativa do Conselho Nacional de Saúde, e que funcionou de forma intermitente até 2003, quando foi reinstalada por iniciativa do Ministério da Saúde. A MNNP-SUS é um fórum paritário de pactuação de temas no campo da gestão do trabalho em saúde, da qual participam representantes dos trabalhadores, gestores públicos e privados, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e prestadores de serviço filantrópicos.

Dentre os protocolos negociados no âmbito da MNNP-SUS, vale destacar três que dizem respeito de forma direta às condições de trabalho: o Protocolo 007/2007, sobre a implementação da Política de Desprecarização do Trabalho no SUS; o Protocolo 008/2011, que instituiu as diretrizes para a Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS; e o Protocolo 009/2015, que estabelece diretrizes para a Agenda Nacional do Trabalho Decente, formulado com a parceria e apoio da Organização Internacional do Trabalho (OIT).

As atividades da MNNP-SUS infelizmente foram suspensas em 2019 pelo governo federal, no bojo das medidas de desconstrução dos espaços participativos e de controle social das políticas públicas. Outras iniciativas importantes que vinham sendo desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts), de apoio à estruturação de mesas regionais de negociação, em parceria com Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese); o investimento na educação permanente, em parceria com universidades, e outras ações e programas também foram interrompidos. A construção de condições para a implantação do Protocolo 008/2011 estava entre as prioridades do Degerts e da MNNP-SUS, a exemplo do curso de atualização em Gestão das Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde (Cegest), realizado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) entre 2012 e 2014, envolvendo, a princípio, trabalhadores de nível universitário, depois estendido para os servidores de nível médio.

A elaboração e aprovação do Protocolo 008/2011 foi um avanço importante, porque ampliou anos-luz as referências para as ações em saúde do trabalhador em relação às práticas tradicionais, hegemônicas no setor privado, que restringem à noção de risco ocupacional e a aplicação de normas. O protocolo reconhece a gestão do trabalho, o empoderamento dos trabalhadores, a negociação coletiva e outros aspectos inovadores como estratégicos para o desenvolvimento de políticas e programas de promoção da saúde dos trabalhadores nas unidades de trabalho.

Conforme expresso no seu art. 2º sobre os princípios, a Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS tem como premissas a universalidade, ao abranger todos os trabalhadores e trabalhadoras do SUS, independentemente do vínculo empregatício; a democratização das relações de trabalho, que aponta para a importância da participação dos trabalhadores na formulação, planejamento, gestão e na avaliação de políticas e ações referentes à saúde do(a) trabalhador(a); a integralidade da atenção à saúde do trabalhador, com foco em ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância, assistência, recuperação e reabilitação; o papel estratégico da Negociação Coletiva do Trabalho em Saúde; a Valorização do Trabalhador; a Humanização do trabalho em saúde; a Intersetorialidade; e a Educação Permanente do(a) Trabalhador(a) do SUS³.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo 008/2011. Institui as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1 Dez. 2011.

Desafios à consolidação dos direitos

Como diz Norberto Bobbio⁴⁽²⁵⁾, “nem tudo que é desejável e merecedor de ser perseguido é realizável”. Segundo ele, não basta fundamentar ou proclamar um direito; é necessário um conjunto de condições objetivas para sua viabilização⁴. São muitas e complexas as barreiras para a concretização das diretrizes pactuadas na MNNP-SUS e, em uma perspectiva mais ampla, os direitos assegurados na Constituição Federal de 1988, pois seus avanços ou recuos são resultado de determinações sociais, políticas e econômicas.

A defesa e consolidação dos direitos dependem, em grande medida, da pressão exercida pela sociedade e, particularmente no caso das relações de trabalho, da força e organização do movimento sindical. No tocante à saúde dos trabalhadores, nem sempre as formulações e pactuações estabelecidas nos fóruns com a participação de representantes de organizações sindicais nacionais se desdobram em ações efetivas em suas entidades de base, situação que se verifica também, no caso da MNNP-SUS, em relação às entidades representativas dos gestores. Por serem decisões consensuais, seriam esperados, em tese, compromissos compartilhados também na sua efetivação.

A fragilidade de elos que garantam, na ponta, a transformação de diretrizes nacionais em políticas e programas de promoção da saúde dos trabalhadores, adequados a cada realidade de trabalho é, sem dúvida, uma grande dificuldade. Se, por um lado, há resistência dos gestores, por outro, no cotidiano sindical, geralmente os problemas relativos às condições de trabalho aparecem de forma fragmentada e pontual na agenda, com pouca ênfase para uma intervenção mais abrangente nos processos de trabalho.

Os problemas ganham visibilidade nas situações mais críticas, a exemplo do contexto da pandemia, quando a falta generalizada de EPI mobilizou sindicatos e conselhos profissionais, cada um a seu modo e no âmbito dos interesses de seu espaço de representação. A unificação das ações é um desafio, dada a multiplicidade de categorias profissionais envolvidas no trabalho em saúde, a hierarquia estabelecida entre elas na organização dos processos de trabalho e a diversidade de vínculos de contratação, advindos das terceirizações e outras formas precarizadas de inserção nos serviços, como os contratos temporários, extensamente utilizados na administração pública. Talvez essa heterogeneidade não fosse uma barreira para as ações em saúde do trabalhador se fosse considerado o princípio da universalidade e o caráter coletivo do trabalho em saúde.

No entanto, também é diversificada a compreensão dos processos saúde-doença relacionados com o trabalho e, por conseguinte, a transformação dos problemas em reivindicações. Geralmente, há uma narrativa ambígua em defesa dos princípios da Saúde do Trabalhador, sintetizados nas diretrizes do SUS, mas, ao mesmo tempo, um reforço das práticas tradicionais, segundo marcos da saúde ocupacional, consolidados na legislação trabalhista de Saúde e Segurança no Trabalho (SST).

Análise feita por Cardoso e Lima⁵ em estudos realizados com base no banco de dados do Sistema de Acompanhamento de Contratações Coletivas do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Sacc-Dieese) sobre o tema saúde do trabalhador aponta que, em grande parte dos acordos e convenções coletivas estudados, as cláusulas se limitam a reproduzir a legislação trabalhista, ou têm um alcance limitado para transformar as situações de trabalho que causam adoecimento.

As autoras mencionam pesquisa realizada por Cardoso et al.⁶⁽⁶⁾ sobre as cláusulas negociadas entre 2010 e 2012, em que, “do total de cláusulas registradas sobre todos os temas (46.806 cláusulas), aproximadamente 20% (9.492 cláusulas) se referiam a questões relativas à saúde do trabalhador”, percentual que indica a preocupação dos sindicatos com o tema. Contudo, grande parte dessas cláusulas referiam-se a condições básicas há muito tempo previstas em lei, como o fornecimento de EPI e uniformes, assim como os adicionais de insalubridade e periculosidade, que aparecem com destaque, contudo sem qualquer menção às necessárias mudanças nos processos de trabalho para eliminar ou controlar suas fontes de risco. A ênfase na reparação previdenciária dos danos causados à saúde pelo trabalho, na monetização dos riscos, lamentavelmente, ainda é um traço forte na ação sindical.

Os estudos mencionados referem-se a sindicatos de diversos setores produtivos do setor privado. Uma análise mais consistente do setor público demandaria pesquisas em outras fontes, embora, de modo geral, perceba-se que suas reivindicações e negociações seguem a mesma linha. Dada a natureza do trabalho na esfera pública, muitas vezes, no cotidiano do trabalho – que é no qual os problemas se materializam e o alcance das medidas de proteção à saúde são colocadas à prova –, a defesa da saúde dos trabalhadores se perde nas bandeiras políticas de lutas mais gerais e acaba sendo encoberta, sob a reivindicação genérica de condições de trabalho.

Em um país de tradição autoritária como o Brasil,

4. BOBBIO, N. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

5. CARDOSO, A. C. M., et al. A negociação coletiva e as possibilidades de intervenção nas situações de risco à saúde no trabalho. São Paulo: *Rev Bras Saude Ocup.*, n. 45, p. 1-11, 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rbso/v45i2317-6369-rbso-45-e2.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2020.

6. CARDOSO, A. C. M., et al. A saúde do trabalhador no processo de negociação coletiva no Brasil. *Est. Pesq.*, n. 76, 2015.

onde direitos básicos são sistematicamente desrespeitados e, desde o golpe de 2016, desconstruídos de forma galopante em todas as áreas, especialmente no trabalho, as lutas não são fáceis. Os sindicatos são desafiados constantemente a enfrentar temas estruturais, relacionados com o emprego e a sobrevivência; e, no contexto atual, a defesa da democracia apresenta-se como prioridade.

Contudo, sem desconsiderar a complexidade das lutas, no que diz respeito à saúde dos traba-

lhadores, é importante dar um passo além, para superar o descompasso entre a defesa formal dos direitos e as iniciativas efetivas para sua concretização, o que implica, entre outras coisas, considerar a saúde em sua dimensão política e ideológica e a centralidade do trabalho nas relações sociais, dimensões que perpassam as diretrizes pactuadas pelos sindicatos nos protocolos mencionados neste artigo.

VIDA NO HOSPITAL E SUAS CONEXÕES

Jorge Mesquita Huet Machado

Marilena Villela Correa

Luciene de Aguiar Dias

Seguindo no almanaque, revisitamos um texto publicado na revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde de Jorge Machado e Marilena Correa em 2002¹, trazendo uma tentativa de imersão no trabalho em saúde e um olhar sobre o trabalho no setor saúde e enfatizando algumas contradições do modelo dominante de segmentação da prática das corporações de trabalhadores dos serviços de saúde e do trabalho ante as reestruturações contínuas de atividades e ainda do uso de tecnologias em seus múltiplos campos de práticas.

A visão hegemônica da medicina e mesmo da epidemiologia encara o processo de adoecimento como um fenômeno biológico individual das pessoas, abstraindo outras dimensões fundamentais da vida, com destaque para a questão das relações sociais, humanas ou interpessoais, e a própria atividade de trabalho (ou a privação do trabalho pelo desemprego), para a qual todos nós somos formados e da qual depende, em grande parte, a própria produção material da vida de cada um.

No campo da saúde do trabalhador, o processo de trabalho tornou-se uma categoria fundamental, possibilitadora de análises sobre o adoecimento e o sofrimento ligados a ele, permitem propor novos modelos de abordagem do processo saúde-doença. Disso resultaram análises sobre o problema do desgaste físico e psíquico ligado a tipos específicos de atividade produtiva ou laborativa. De certa maneira, essas análises não deixam de refluir na direção do modelo médico o reconfigurando, na medida em que nos seus resultados apontam indicadores de morbidade e ou de mortalidade – ferramentas fundamentais no combate aos agravos impostos aos trabalhadores e demais pessoas (no caso de agravos ambientais) –, mas com relativo prejuízo, ao deixar à sombra a contribuição mais original do modelo da saúde do trabalhador, que seriam as considerações e o detalhamento dos outros elementos acima indicados – as relações humanas condicionadas por recortes de classe, raça e gênero em suas relações com o trabalho, o sentido relacionado as necessidades de produção e reprodução e a significação simbólica cultural.

Colocamo-nos diante do desafio de produzir uma abordagem do trabalho em saúde que guarde relações aos modelos de estudo do campo da saúde do trabalhador, mas com ênfase nos últimos elementos citados. Estudar o trabalho em saúde pode compreender uma ampla gama de atividades de produção e serviços.

Processo de trabalho no hospital

O processo de trabalho em saúde é múltiplo e complexo, ele pode ser desenvolvido em diversos tipos de serviços e produção no âmbito do comple-

1. MACHADO, J. M. H., et al. Conceito de vida no trabalho na análise das relações entre processo de trabalho e saúde no Hospital. *Inf. Epidemiol. SUS*. v. 11, n. 3, p. 159-166, 2002.



xo industrial da saúde. Embora se fale de SUS e de atenção integral à saúde como paradigmas, várias atividades intersetoriais que se articulam em um processo de trabalho voltado para promoção da saúde e reprodução social permanecem em uma situação de articulação de determinação apartada de uma operação integrada. A ação de promoção da saúde de cunho político e intersetorial é negligenciada. O dominante é a reprodução de um modelo em que o trabalho no hospital representa um centro irradiador de organização, voltado para um modo de trabalhar em saúde hospitalocêntrico centrado em ações de alta densidade tecnológica e de uso de equipamentos e de terapias farmacológicas que resulta em um modo de produção limitado ao setor saúde e em uma ação pouco articulada em torno da promoção da saúde. Está fortemente diferenciado e organizado com fragmentações no campo de práticas e alicerçado na hierarquia entre os grupos profissionais envolvidos no trabalho em saúde, em função do próprio discurso médico-hospitalar dominante.

Aspectos organizacionais do hospital

Retomando a literatura existente sobre saúde e trabalho no hospital, observa-se que a questão do sofrimento ou desgaste está sempre colocada em contraste com a abordagem dos aspectos organizacionais do hospital. O que, sem dúvida, corresponde à ênfase na natureza do trabalho hospitalar, levando em consideração aspectos positivos e analisando a inserção afirmativa dos trabalhadores do campo da saúde na modalidade do trabalho hospitalar e sua permanência, a despeito de aspectos penosos ligados a esse tipo de trabalho.

O modelo dominante de análise do trabalho hospitalar dá muita ênfase aos aspectos reconhecidamente associados ao sofrimento psíquico. Essa categoria é definida ora como sinônimo de 'mal-estar e de sentimento de vida contrariada' em Palácios², ora para Dejours³ – como um espaço que se caracteriza por uma luta contra a doença mental. Para este último, embora a organização do trabalho exerça uma ação específica sobre o aparelho psíquico, não existe doença mental específica do trabalho. O que ocorre muitas vezes, em função daquela luta, é o surgimento de doenças somáticas mediadas pelo sofrimento psíquico. Esses autores concordam que o sofrimento psíquico estaria relacionado com a impotência diante das formas objetivas em que se organiza o trabalho. Essa organização configura um conjunto de normas e regras que estabelecem a forma como o trabalho deve ser executado em uma unidade de produção.

Ou seja, é a prescrição do trabalho que compreende: divisão de trabalho, qualificação, condições; aspectos afetivos e relacionais implicados no posto de trabalho ocupado; o grau de iniciativa e autonomia; o grau de ambiguidade sobre os resultados da tarefa; status social da atividade; possibilidade de cooperação e comunicação; entre muitos outros aspectos.

Para Palácios, a pouca participação e controle sobre o processo de trabalho no hospital resultaria em carga psíquica. Não há dúvida de que o desgaste estaria relacionado com os aspectos acima enumerados. Entretanto, a nosso ver, há, muitas vezes, a transposição e a operacionalização de categorias analíticas construídas a partir do modelo do trabalho industrial, que devem ser questionadas na análise do trabalho em saúde e do trabalho hospitalar. Conhecer um hospital implica, por um lado, descrevê-lo por meio de dados secundários, que constituem os indicadores hospitalares rotineiramente produzidos. Todavia, para além disso, em um estudo que se apoie em instrumentos metodológicos da antropologia, temos buscado inspiração nos textos de Latour e Woolgar em *Vida no Laboratório*⁴, e sua proposta de uma antropologia simétrica, da sociologia e outras disciplinas do campo das ciências humanas que nos possibilitem observá-lo, auscultá-lo, penetrar na densidade das questões que uma unidade complexa como esta apresenta. O caminho que o hospital percorre em sua história como instituição aponta sua transformação de depositário de doentes e excluídos em *locus* de extrema concentração de tecnologia e saber. Procuramos nos deter, neste contexto de alta complexidade, em aspectos relevantes direcionadores das transformações humanas ocorridas e desencadeadas pelo trabalho no interior do hospital. É este que vai ser o delimitador do lugar, como espaço aberto, no qual acontecem as interações entre trabalhadores, doentes e seus familiares com os objetos, técnicas, tecnologias, ferramentas e procedimentos terapêuticos. Dizem-se espaço aberto, pois as relações existentes no interior de um hospital estão permeadas por elementos externos do presente e do passado e que vão se relacionar com a vida de seus personagens, que podem ser apreendidos pelas vivências internas ao hospital. Ao lado de novos dilemas sobre como estabelecer o bom atendimento ao paciente, mantêm-se antigos problemas: priorizar a ciência, a atenção, o suporte à dor e ao sofrimento.

Vida no hospital

Falamos em uma perspectiva de estudar os modos de vida no hospital, guardando a ideia de que as relações de trabalho estão englobadas em relações

2. PALÁCIOS, M. *Trabalho hospitalar e saúde mental: o caso de um hospital geral e público do município do Rio de Janeiro, 1993*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1993.

3. DEJOURS, C. *Travail usure mentale essai de psychopathologie du travail*. Paris: Le Centurion, 1980.

4. LATOUR, B., et al. *A vida de laboratório: a produção de fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

sociais e relações humanas amplas por parte daqueles que ali convivem, tanto os que trabalham em suas diversas modalidades de inserção institucional com seus interesses profissionais e ou de pesquisa, como as pessoas atendidas, alocadas em projetos de pesquisa específicos do hospital com suas expectativas de bem-estar, de tratamento ou de alívio de seu sofrimento. Isso amplia a perspectiva dominante de análise do trabalho hospitalar, centrada, ora nas questões da carga e do sofrimento, e nos riscos do trabalho em saúde, ora em relação aos acidentes, tal como representado paradigmaticamente, no caso do trabalho hospitalar, pelos acidentes perfurocortantes. Se dizemos que amplia é porque não tem sentido renunciar às perspectivas teórico-metodológicas, como já dito, fundamentais do campo da saúde do trabalhador.

Destacam-se algumas questões na discussão prévia do trabalho hospitalar: os riscos específicos, o trabalho feminino, o sofrimento psíquico. E algumas ‘situações descritoras’ das relações ocorridas no hospital: os doentes; as especialidades; as formas de atendimento; os departamentos com suas divisões; os programas e projetos existentes; o *layout*, a circulação e seus tempos; os serviços de apoio; a construção de hierarquias; a comunicação; os indicadores que constituem elementos da rede do trabalho no hospital. Sendo este universo extremamente vasto, ampliá-lo compreende enormes dificuldades, encontradas ao longo de nosso trajeto. De todo modo, mantém-se esse esforço de, cada vez mais, aproximarmos-nos do trabalho hospitalar por uma abordagem que não pensa esse trabalho apenas como sofrimento e com suas cargas físicas e mentais; porque o contato com o sofrimento daquele que trabalha se dá na relação entre pessoas, na qual o paciente é quem está mais diretamente colocado em uma situação de exposição, dependência, situações extremas de ruptura e de despojamento da própria vida, posição diferente daquelas encontradas nas relações humanas comuns. Por meio da solidariedade daqueles que convivem no hospital, pode ser proposta uma nova abordagem da saúde no hospital.

Considerações metodológicas

Propomos, no momento, que avanços metodológicos possam ser alcançados trilhando os seguintes caminhos:

a) introdução do conceito de vida no trabalho e na análise de processo deste, o que se torna ainda mais apropriado no trabalho em serviços de saúde devido à natureza e à intensidade das relações humanas presente no cotidiano desse tipo do trabalho, superando

e incluindo modelos centrados em situações de risco e efeitos para a saúde;

b) inclusão do conceito de situações descritoras, e da abordagem da antropologia simétrica na análise do processo de trabalho, como formas de observação que possibilitam a reorganização metodológica no campo da saúde do trabalhador;

c) tomar de Foucault ferramentas conceituais para a descrição do processo de trabalho: distribuição de espaço; controle das ações; acompanhamento das pessoas de acordo com a hierarquia; registro do processo para classificar, julgar, medir e relocar as pessoas. O modelo de análise que Foucault apresenta em seu livro *Microfísica do Poder* atribui um sentido de aperfeiçoamento a estas técnicas de gestão humana. A disciplina implicaria, para o autor:

- uma distribuição espacial dos indivíduos;
- o exército que deixa de ser um aglomerado de pessoas, a escola que, ao ministrar um ensino a coletivos, organiza espacialmente grupos de indivíduos;
- o controle sobre o desenvolvimento das ações – como são feitos os gestos no trabalho, quais os mais eficazes, rápidos e ajustados;
- a vigilância constante dos indivíduos, o que implica uma hierarquia de olhares, como os instalados por figuras como o contramestre na fábrica, o suboficial no exército;
- um registro contínuo originado daquela vigilância que individualiza as pessoas em seu poder de classificar, julgar, medir, localizar cada um; e

d) estudar a influência da pesquisa na qualidade dos serviços de saúde.

Considerando que a pesquisa no hospital é um de seus elementos intrínsecos, esse é sempre um lugar de formação de recursos humanos para o setor e de desenvolvimento de tecnologia com maior ou menor ênfase, dependendo do tipo de hospital. A pesquisa no hospital também pode ser vista como diretamente ligada à atividade clínica ou cirúrgica desenvolvida, ou indiretamente relacionada com os dados secundários decorrentes dos atendimentos.

Características do trabalho hospitalar

Desejamos destacar, então, algumas características que temos observado no processo de trabalho em hospital, que consideramos merecedoras de atenção e discussão e, também, algumas particularidades em sua relação com a saúde de atividades diretamente relacionadas com o cuidado:

a) a concentração de trabalho humano e a sua aplicação em pessoas intensificam as relações entre

elas como um elemento central, e a tecnologia e o conhecimento se tornam fatores distanciadores ou de intermediação desta relação;

b) os trabalhos prescritos são orientações transmitidas em períodos de formação. Nas ações decorrentes do atendimento a cada paciente, há um componente rotineiro e outro particular. Este último faz a diferença objetiva em relação aos trabalhos prescritos industriais. A necessidade de improvisação e impasses decorrentes de falta de algum componente acontecem; e, como na indústria, alternativas operacionais são aplicadas e tendem a não ser seguras, ou seja, constantemente trazem um maior risco;

c) exige altos níveis de qualificação para muitas de suas atividades, além de constante treinamento prático e o enfrentamento de situações com alta variabilidade e emergenciais;

d) grau de imprecisão das tarefas é alto, e a presença de tomadas de decisão em situações novas faz parte da rotina;

e) a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) embora contamine com menos frequência que a hepatite, por sua letalidade e significado social, disseminou uma revisão dos padrões de biossegurança internos aos hospitais, além de provocar uma reestruturação dos serviços e uma renovação da preocupação com as doenças infectoparasitárias, contudo, toda essa estruturação e organização precisa ser urgentemente revista e sofrer adaptações nos serviços de saúde com o advento da pandemia de Covid-19;

f) há um consenso sobre o alto valor social do trabalho hospitalar, sendo esse um dos motivadores da satisfação dos trabalhadores do setor saúde. Paradoxalmente, ele pode induzir a ações em que as medidas de proteção são relegadas por um impulso fundamentado na premência de resolver o problema do paciente. Para concluir, essas características são passíveis de observação a partir de análises qualitativas e representam em si situações descritoras do trabalho hospitalar, fazendo parte da rede que o constitui.

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E DA SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES E TRABALHADORAS DA SAÚDE NO COMBATE À COVID-19

*Simone Santos Oliveira
Lucia Rotenberg*

O trabalho em saúde tem vivenciado grande impacto com a pandemia da Covid-19. São muitos os profissionais infectados pelo vírus, além do elevado número de mortes associado às diferentes categorias – técnicos(as) de enfermagem, enfermeiros(as), médicos(as) e fisioterapeutas.

Este cenário pandêmico acaba por colocar em evidência a precarização crescente do SUS ao longo dos anos, por meio de um sub financiamento, com aumento das privatizações e redução dos direitos sociais, que resultam em condições de trabalho degradadas e perversas.

Em meio a esta situação crítica, as unidades de saúde, em especial, as Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), têm que se preparar não só em relação à infraestrutura e suprimentos, mas também a ações de proteção contra a transmissão hospitalar e promoção do bem-estar mental dos profissionais¹. Neste contexto de desafios, as ações se concentram

nos riscos biológicos, por vezes negligenciando-se as implicações de cunho emocional aos TS.

Essenciais e indispensáveis, os profissionais da saúde que atuam na resposta à emergência sanitária da Covid-19 estão entre os grupos mais vulneráveis às consequências emocionais e psicológicas. O número crescente de casos confirmados e suspeitos, a sobrecarga de trabalho, a disponibilidade insuficiente de equipamentos de proteção individual, a falta de medicamentos específicos, de equipamentos, de infraestrutura e de pessoal, acrescidos de sentimentos de apoio inadequado, podem contribuir para a carga mental dos profissionais de saúde.

Assim como ocorreu em relação a outras doenças infecciosas, como Sars e H1N1, há padrões consistentes de reação entre os profissionais de saúde que se referem a situações de trabalho, de quarentena, e mesmo após o retorno ao trabalho após licença por

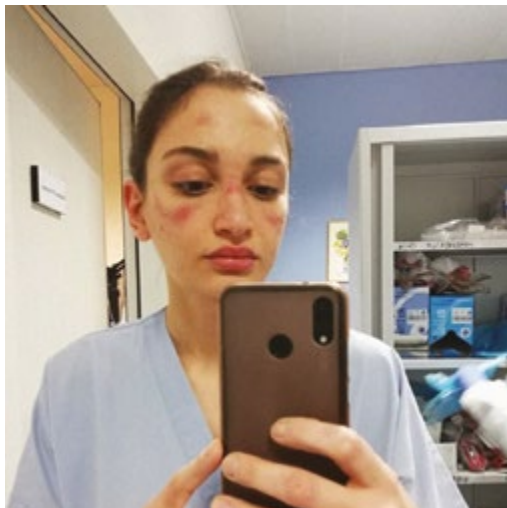
1. PHUA, J., et al. Intensive care management of coronavirus disease 2019 (COVID-19): challenges and recommendations. *Lancet Respir Med.* v. 8, n. 5, p. 505-517, 2020.

2. WALTON, M., et al. Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care.* v. 9 n. 3, p.241-247, 2020.

doença. Entre os desafios, está o medo do contágio de si próprio(a) ou da família, lidar com protocolos novos e que se modificam rapidamente, cuidar de pacientes muito graves com rápida deterioração e cuidar de colegas que também adoeceram². Entre os efeitos psicológicos negativos durante a pandemia, está o esgotamento, a ansiedade, a depressão e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).

Destacam-se situações em que, por insuficiência de recursos, há escolhas difíceis a serem tomadas em relação à disponibilização de equipamentos hospitalares. Como observam Walton e cols.², são decisões que diferem em essência daquelas a serem tomadas no caso de doença menos virulenta ou de recursos suficientes e que, portanto, afetam sobremaneira os profissionais de saúde. Tais decisões têm que ser embasadas em protocolos, mas elas diferem da prática usual e das recomendações pré-Covid-19. Frequentemente, a equipe já se mostra preocupada com essa questão a partir do ocorrido em outros países, e já sente a culpa antecipadamente, aguardando que a situação possa piorar em seu próprio país.

Foto: Reprodução Instagram



Lidar com a pandemia atual demanda mudar nossas ações para enfrentar uma crise sem precedentes. Estudos em diversos países durante a pandemia indicam grande quantitativo de profissionais que pode ter a saúde comprometida. No Brasil, o contingente de TS que atuam na atenção primária, nos serviços especializados e nos hospitais somam aproximadamente 3,5 milhões de profissionais seja da rede pública, seja na rede privada³.

Condições de trabalho favoráveis aos riscos psicossociais:

- cargas de trabalho excessivas;
- exigências contraditórias e falta de clareza na definição das funções;

- falta de participação na tomada de decisões que afetam o trabalhador e falta de controle sobre a forma como executa o trabalho;
- má gestão de mudanças organizacionais, insegurança laboral;
- comunicação ineficaz, falta de apoio da parte de chefias e colegas;
- assédio psicológico ou sexual, violência de terceiros.

Os TS têm enfrentados rotinas exaustivas, fazendo um complexo uso de si para cuidar dos pacientes. A vivência dessa sobrecarga do trabalho e sensação de impotência diante do número significativo de mortes pela Covid-19 podem gerar estresse e *burn-out* (transtorno de esgotamento). Muitas vezes os sintomas do estresse psicológico são difusos, como dores, enxaqueca, desconforto estomacal, falta de concentração, alteração no sono e irritabilidade. É preciso valorizar e respeitar os protagonistas do cuidado.

Narrativas dos trabalhadores e trabalhadoras sobre suas vivências

O trabalho em saúde durante a pandemia

Eu troquei de uma área ambulatorial para uma área hospitalar. Eu fiquei cinco anos na Atenção Básica, e de repente eu me vi naquele meio em que tudo era muito novo e no meio de uma pandemia. [...] Com o tempo, os médicos foram adoecendo, e eu acabei intensificando em 1001% a minha jornada trabalhista, porque ao mesmo tempo em que os médicos estavam sendo afastados por serem do grupo de risco, alguns médicos também ficaram doentes, E como eu estava ali, eu acabei assumindo vários plantões, então foi, assim, uma mudança muito drástica. Então, as pessoas perguntam, 'E como era antes da pandemia?'. Eu não sei, foi meu primeiro dia de trabalho no hospital. (Médica, Emergência de Hospital público).

Precariedade no trabalho dos profissionais de saúde

Eu fui contratada no contrato emergencial para atendimento do Covid. É um hospital de referência para Covid. Eu já trabalhei lá por muitos anos, [...] Sou celetista. [...] Eu peguei covid, fiquei bem mal, fiquei afastada por 14 dias e ainda estava mal, mas tive que voltar. Eu até fui no médico de novo, ele me deu mais 3 dias, mas me disseram que se eu ficasse mais esses dias, eu entrava pelo INSS. E a situação como está, de emprego, as coisas estão difíceis, a gente ficou sabendo que o pessoal que estava pelo INSS não estava recebendo, então eu acabei melhor voltar, mas eu ainda estava com sintomas. (Técnica de Farmácia, CTI de Hospital público).

3. REDE COVIDA. A saúde dos trabalhadores de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. Disponível em: <http://covid19br.org/>. Acesso em: 30 maio 2020.

Efeitos emocionais do trabalho em saúde durante a pandemia

Eu via dez pessoas morrerem num plantão! Às vezes eu tinha a sensação de que eu estava naqueles filmes de zumbi, as pessoas ficarem, porque a UPA não tem geladeira, então ficava entulhados, ficava com cheiro, e você assinando óbito. O doente entrava, e ele chegava assim, com uma leve dispneia, e enquanto ele fazia o raio x e o hemograma, que era o que a gente tinha, em quatro horas, ele agravava muito. E aí você ia vendo uma pessoa morrer ali na sua frente, sem você... Porque não tinha hospital de campanha, não tinha vaga, assim... Então teve plantão que eu encostei na parede e falei 'o que que eu estou fazendo aqui? Primeiro que eu estou contaminando a minha família, estou correndo risco, e não estou podendo fazer nada pelas pessoas'. [...] Então, tem muitas pessoas que eu não falo há muito tempo. Em rede social eu bloqueei gente que fazia piadinha, sabe, porque eu via a gravidade. Agora eu estou passando meio que um momento de depressão mesmo. Eu já venho há umas três semanas que estou embotada, e com essas questões de trabalho, né... (Médica UPA).

Foi um período de muito cansaço, eu chegava em casa morta, porque a gente viu tantas pessoas morrerem, foi um período muito difícil, porque a pessoa chegava e ficava muito ruim, porque o quadro das pessoas evoluía muito rápido, uma pessoa chegava falando com a família e em 24 horas ela estava entubada. [...] No início da pandemia, houve muita comoção, era muita gente desesperada, gente se jogando no chão porque perdeu parente, então estava muito pesado. (Supervisora administrativa, Atendimento ao cliente).

Então, assim, eu particularmente dei uma pirada no início, porque, assim, eu achava que eu ia pegar e que eu ia transmitir pra minha mãe. E todos os profissionais, apesar de ninguém ter se negado a ir ao trabalho, né, a gente via assim, uma angústia muito grande nos profissionais de pegar a doença, de passar para as pessoas de dentro de casa. O que eu posso dizer hoje, depois de quatro meses, quase cinco meses, nesse trabalho, é que ninguém na equipe se contaminou, quase todos já foram testados, alguns mais de uma vez, como eu. E isso dá uma segurança muito grande pra gente, é um sinal de que o nosso protocolo está funcionando. (Médica, Policlínica Universidade Pública).

A primeira sensação era de medo, de impotência, ninguém sabia exatamente, como é que a gente ia poder estar contribuindo. A gente estava exposto, a gente é psicóloga, a gente não tem uma tradição de uso de EPI, a gente não sabia, exatamente, nem como que a gente ia poder... nosso trabalho é assim, se eu recebo o parecer de uma clínica, eu vou nessa clínica, depois

eu vou numa outra clínica, e a gente pensava que a gente mesmo poderia ser um vetor de contaminação nesse momento de muita indeterminação. Então a gente começou a pensar: então vamos fazer remoto? Vamos ligar pro paciente [...]. Então a gente foi criando, dentro do que a gente não sabia o que fazer, a gente foi criando uma saída né. Aí a gente foi se surpreendendo [...] Mas não foi fácil! Estou te contando como uma coisa que a gente conseguiu fazer, mas foi a duras penas. Era muito mais incerteza do que certeza. (Psicóloga, Hospital Público).

Ações de proteção e promoção da saúde

Ao reconhecer os riscos inerentes à assistência em saúde, a gestão dos serviços de saúde tem o compromisso ético de assegurar estratégias e ações de suporte psicológico e de apoio aos trabalhadores.

A primeira intervenção sobre a saúde mental da equipe de linha de frente é garantir boas condições de trabalho e de descanso, por meio de pausas regulares. Outro passo fundamental em relação ao apoio psicológico é o fornecimento de EPI adequado, com orientações e treinamento claros antes de interagir com os pacientes⁴.

A coesão e a cooperação são estratégias essenciais para o enfrentamento da situação, pois contribuem para a resiliência da equipe de saúde⁵. A questão da comunicação nas equipes é reconhecidamente um problema nas unidades de saúde. Dessa forma, é preciso promover:

- Reuniões que permitam que os trabalhadores expressem suas preocupações e tirem suas dúvidas. Também pode ser um espaço que incentive o apoio entre colegas;
- Espaços de diálogo breves e sistemáticos antes e após cada plantão. A metodologia é simples, não precisa de recursos, somente ajuste na organização do trabalho. A proposta contribui para refletir o sentido e propósito do trabalho, além de, possivelmente, promover maior coesão à equipe.



4. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na pandemia Covid-19. Rio de Janeiro: Cepedes, 2020.

5. JUN, J., et al. Clinician Mental Health and Well-Being During Global Healthcare Crises: Evidence Learned From Prior Epidemics for COVID-19 Pandemic. *World. Evid. Based Nurs.* v. 17, n. 3, p. 182-184, 2020.

Por fim, cabe considerar que, em uma pandemia cujas consequências crescem de forma assustadora, o tempo é um inimigo. Assim, há que se pensar em alternativas factíveis na forma de atividades rápidas a serem realizadas durante a troca de plantão. Vale destacar que as ações em saúde mental devem ser realizadas de ma-

neira coordenada para não haver falta ou sobreposição de frentes de trabalho, promovendo um único fluxo de cuidado. Seja qual for a estratégia de apoio psicológico, é essencial ter em mente que as ações não devem ser pensadas isoladamente, elas devem ser pautadas na realidade e complexidade de cada serviço de saúde.

ESCOLHAS ESTRATÉGICAS E GESTÃO DE VARIABILIDADES NA PREVENÇÃO DA COVID-19

*Ildeberto Muniz de Almeida
Leticia Rodrigues de Souza
Marco Antonio Pereira Querol*

Introdução

A proteção da Saúde dos Trabalhadores da Saúde (STS) em tempos de Covid-19 é aqui abordada em perspectiva da historicidade de mudanças ocorridas com a chegada da pandemia e das respostas mobilizadas.

O cotidiano de sistemas de trabalho é marcado pela convivência com mudanças emergentes a serem detectadas e interpretadas. De acordo com o diagnosticado, os sujeitos envolvidos mobilizam repertórios de correções e implementam adaptações buscando responder às mudanças e manter o sistema funcionando com o mínimo possível de resultados não desejados.

A atividade de prevenção depende de ações de gestores e trabalhadores da oferta direta de cuidados. O conhecimento dos trabalhadores que atuam na linha de frente é essencial no processo de gestão estratégica, especialmente em situações em que decisões têm que ser tomadas rapidamente, muitas vezes sem a presença dos recursos e conhecimentos necessários.

A Covid-19 exige reorganização de sistemas e serviços de saúde em um processo que precisa se dar de modo integrado e promotor de colaboração na aplicação da hierarquia de medidas de prevenção.

De acordo com a OMS, respostas à doença devem articular

três objetivos: 1) Diminuir e interromper a transmissão, [...] epidemias [...]; 2) Prover cuidado [...] para [...] pacientes [...] mais graves e 3) Minimizar o impacto [...] sobre sistemas de saúde [...] e atividade

econômica. Esse terceiro objetivo implica inclusão da proteção da STS nos planos de resposta à pandemia¹.

Vale destacar que sistemas de gestão de serviços de saúde não costumam assumir políticas e práticas que considerem simultaneamente esses três conjuntos de objetivos.

Como fazer a prevenção em situações de mudanças tão rápidas e radicais?

A preocupação com a prevenção tanto precisa estar presente nas práticas e escolhas adotadas na esfera gerencial, que decide o caminho a ser seguido na resposta à pandemia, quanto nas escolhas de estratégias e modos operatórios a serem adotados no desenvolvimento da assistência na linha de frente.

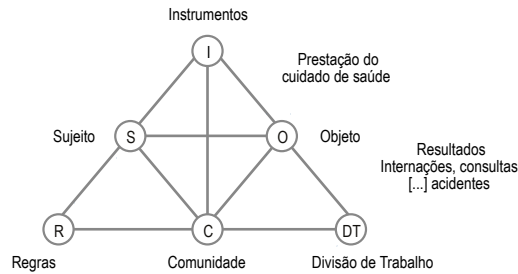
A abordagem teórica aqui adotada mostra que as atividades de gestão estratégica, de oferta de cuidados e a de prevenção de riscos de contaminação são interdependentes. São apresentados exemplos práticos de interações entre atividades e resultados dessas interações no risco de contaminação.

Gestão estratégica e prevenção de risco como sistemas de atividades

A unidade teórica de análise é a atividade humana composta por ações e operações. Uma atividade é mediada por elementos técnicos e sociais e representada como sistema de atividade composto por sujeito (que conduz as ações), instrumentos, regras, divisão de trabalho, comunidade e um objeto, que é aquilo que é transformado na atividade.

1. ALMEIDA, I. M. Proteção da saúde dos trabalhadores da saúde em tempos de COVID-19 e respostas à pandemia. *Rev. bras. saúde ocup.* n. 45, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/rbso/v45/2317-6369-rbso-45-e17.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2020.

Figura 1: Modelo de sistema de atividade



Fonte: Adaptado de Engeström, Y. (1987)².

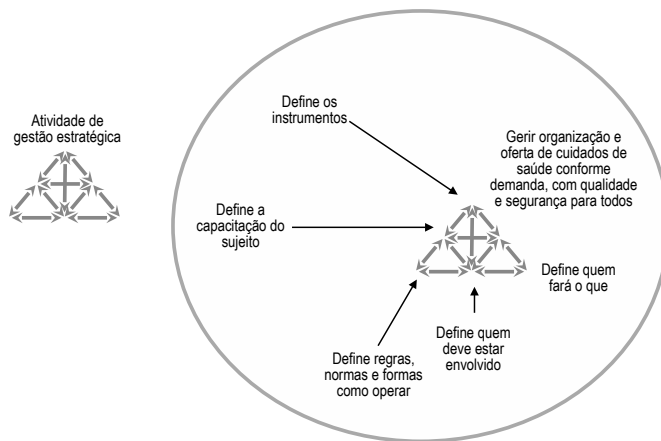
Sendo a unidade de análise o serviço de saúde, sua atividade tem como sujeitos a equipe de saúde que usa instrumentos para melhorar a saúde de seu paciente. Para tanto, várias pessoas (comunidade) conduzem ações que integram uma divisão de trabalho.

A execução da atividade de serviços de saúde exige decisões estratégicas relativas a seus objetivos e a como devem ser alcançados (recursos humanos,

financeiros, materiais e sua organização). A gestão estratégica também pode ser entendida como sistema de atividade especializado cujo objeto é conduzir ações de gestão (escolher planos, tecnologias, procedimentos) para que o sistema de prestação de serviços de saúde produza os cuidados desejados. A figura representa a atividade de gestão estratégica produzindo, separadamente, parte dos elementos de outro sistema.

2. ENGESTRÖM, Y. *Learning by expanding: An activity-theoretical approach to developmental research*. 1987. Disponível em: <http://lchc.ucsd.edu/MCA/Paper/Engestrom/Learning-by-Expanding.pdf>. Acesso em 20 jul. 2020.

Figura 2. Objeto da atividade de gestão estratégica



Fonte: Adaptado de Engeström, Y. (1987)².

A atividade de gestão estratégica cabe a gestor especializado. Tal forma de organizar a gestão sofre limitações em situações complexas e de rápida mudança como em uma pandemia. Nesse contexto decisões, podem desconsiderar fatos e avisos facilmente identificáveis quando o sistema em funcionamento passa por variabilidades que ajudam a revelar problemas não antecipados.

Respostas à pandemia e desafios da prevenção

A chegada da pandemia em hospital de referência afetou da alta gestão às equipes de linha de frente, exigindo, entre outras respostas, aumento da oferta

de leitos e equipamentos de UTI e coleta de exame para teste do vírus.

As escolhas afetam coletivo com interesses diversos e em competição, em contexto de escassez crônica de recursos e em que, historicamente, a tomada de decisões se dava de modo fragmentado e até excludente. Este estudo sugere que se o processo de tomada de decisões excluir interesses de atores da linha de frente, pode favorecer o surgimento de problemas que poderiam ser evitados ou minimizados.

A Covid-19 exigiu outras mudanças, como a criação de novos serviços e atividades, ditos Covid-19, como hospital de campanha, destinado exclusiva-

mente à assistência ou à destinação exclusiva de serviço preexistente para assistência a doentes Covid-19. Aqui, a separação entre atividades Covid e não Covid é total: espacial e temporal, e o risco de contaminação é maior por envolver contato próximo e ou direto com os doentes.

A reorganização de atividades com a divisão em Covid e não Covid visa estabelecer separação espacial e temporal entre as áreas. Ao fazer isso, os serviços tendem a criar terceira área que é, simultaneamente, Covid e não Covid, com separação apenas temporal. Exemplos mais evidentes se referem a apoio diagnóstico em que há apenas um equipamento para os dois grupos de pacientes. O desafio da prevenção passa a ser o da 'proteção das zonas de fronteira'. Manter as medidas de prevenção para os momentos da transição pode deixar lacunas em relação a riscos que surjam nesses períodos.

Na atenção básica, a criação de áreas novas destinadas a assistência de casos suspeitos e confirmados de Covid-19 pode envolver triagem, que encaminha pacientes para fluxo não Covid em prédio previamente existente; e casos suspeitos ou confirmados de Covid para tenda instalada no lado de fora do serviço. Também pode ser criado posto de coleta de exames para diagnóstico da doença.

Implantada tenda para atendimento externo de pacientes Covid, parada cardiopulmonar em paciente requereu *kit* de ressuscitação que permanecia na área não Covid. O socorro foi emergencial, sem tempo para mudança de paramentação do pessoal exigindo contato direto com caso confirmado da doença. Equipamento de uso compartilhado é resultado que emerge como aviso de risco – e, se evitado, antecipa ações de prevenção.

Esse exemplo gera questões: que razões explicam que o novo serviço não tivesse *kit* próprio? Como se deu o processo de tomada de decisões? Houve participação da equipe de prevenção?

Aprendizagem possível ressalta que tomadores de decisão devem sempre considerar que, com a inovação, vem possibilidades de interações novas que precisam ser avaliadas no que se refere a interferências na segurança do trabalho.

Novos caminhos da prevenção

Incorporar a preocupação com a STS em momentos de mudança rápida e complexa como o caso da pandemia de Covid-19 exige mudanças em práticas historicamente arraigadas tanto nos gestores envolvidos como nas equipes de SST que, regra geral, estão excluídas da gestão estratégica e acomodadas com a naturalização de práticas excludentes. No pior dos cenários, o mesmo tipo de exclusão também ocorre com equipes de segurança de pacientes e equivalentes.

Em outras palavras, cabe estimular reflexões sobre projetos de mudanças com foco em identificação de inovações e resultados.

Se a arquitetura dos serviços, materiais, atividades, equipes, regras, formas de organização do trabalho e comunidades com quem vai interagir incluem diferenças, há a necessidade de análise visando identificar que novos tipos de interações e situações de risco podem ser antecipados nas novas rotinas criadas, assim como nas variabilidades mais frequentes ou de maior gravidade potencial.

Identificadas as diferenças, cabe explorar razões associadas às suas origens checando a possibilidade de adotar ajustes de projetos que reduzam o custo humano do trabalho e riscos novos antes de sua implantação.

Nesta análise, é fundamental envolver o ponto de vista daqueles que executarão as atividades; e explorar se a chegada da pandemia muda a forma como viam o risco da contaminação seja em atividades que já faziam há anos, seja nas que agora executam com maior frequência, como é o caso da coleta de *swabs*, da intubação e extubação etc.

O foco da prevenção é posto no controle da transmissão e no enfoque tradicional da gestão de segurança, com peso na 'segurança prescrita', ou seja, implantar medidas de segurança determinadas nas regras vigentes. Na Covid-19, isso significa ênfase em uso de EPI, higiene de mãos, medição de temperatura e medidas de etiqueta pessoal complementadas por rastreamento e isolamento de contatos.

Essa abordagem pode alimentar a falsa ideia de que a segurança seja afeita exclusivamente às atividades que se dão na linha de frente dos cuidados.

A 'segurança na ação' precisa considerar a disponibilidade de recursos financeiros e materiais (e se houver escassez de EPI? E se for de qualidade inferior?), humanos (e se inclui novatos e inexperientes?), bem como a emergência de variabilidades, como a presença de profissionais assintomáticos, pré-sintomáticos e sintomáticos nas equipes, o trabalho em situação de desequilíbrio entre efetivo e demanda instalada, o adoecimento de colegas, o medo de contaminar familiares.

É preciso mobilizar estratégias de prevenção que ampliem o leque de medidas adotadas em consonância com conceitos como os de 'hierarquia de medidas de prevenção' e outros que tendem a ser úteis como critérios a serem considerados pelos tomadores de decisões na gestão estratégica do sistema.

Perguntar sobre a presença de recomendações de segurança classificadas nos níveis mais elevados da hierarquia de medidas de prevenção é caminho de valorização da gestão de segurança.

A mudança aqui recomendada é incluir na 'segurança total a segurança na ação', medidas destinadas a lidar com incertezas, com variabilidades presentes na vida como ela é. Na pandemia, o caminho da 'segurança na ação' é dificultado por se tratar de doença nova e em relação à qual ainda é enorme o desconhecimento.

Considerações finais

Situações de mudanças complexas e rápidas, como pandemias, exigem que a tomada de decisões estratégicas do sistema envolva todas as lógicas que se apresentam. A escolha de estratégias e o *design* de inovações tendem a ser aperfeiçoados se estiverem amparados em ferramentas conceituais e experiências potencialmente mais úteis na hora de lidar, entre outras, com a segurança no trabalho,

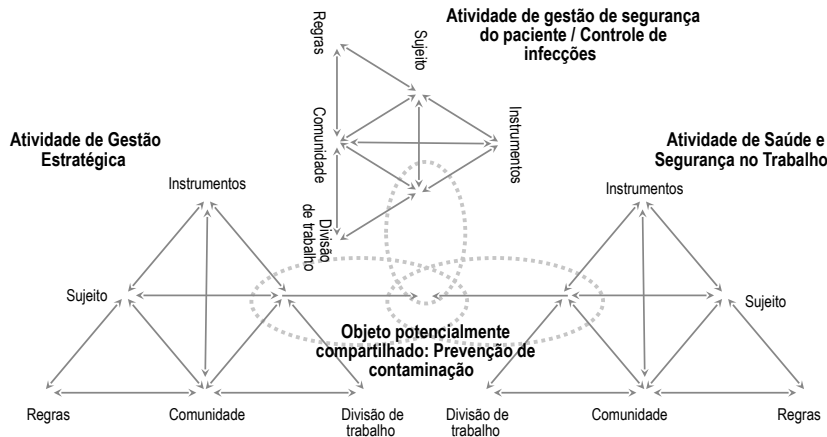
a segurança do paciente, o controle de infecções hospitalares, melhorias de qualidade.

Não existe garantia de que todos os problemas serão antecipados dada a presença de representantes de equipes como as acima citadas no grupo de tomada de decisões. Tampouco a inexistência de problemas no passado deve ser assumida como garantia de sucesso no futuro.

A prevenção não deve ser atividade separada e independente, mas, sim, integrada a outras como a prestação direta de cuidados, a promoção da SST e a gestão estratégica.

A prevenção da Covid-19 pode ser representada como objeto integrado, parcialmente compartilhado por sistemas de atividade: o de gestão estratégica, o da SST e o da segurança do paciente.

Figura 3. Sistemas de atividade gestão estratégica, gestão de SST, gestão de segurança do paciente [...] trabalhando colaborativamente para prevenção da Covid-19



Fonte: Adaptado de Engeström, Y.³.

Caminhos da aprendizagem possível são muitos. Frequentar a vida é, talvez, um dos mais ricos e reveladores notadamente porque coloca os interessados na aprendizagem em contato direto com multiplicidade de resultados desejados e não desejados que são, ambos, oportunidade para estudo em busca de padrões de respostas associados a esses dois tipos de desfechos. Aqueles a serem reforçados como vias para sucesso e aqueles a serem evitados para diminuir desfechos não desejados.

Os exemplos mostram a necessidade de abordagem não fragmentada da hierarquia de medidas de segurança no desenvolvimento da atividade da prevenção. Situações complexas exigem mudança em processos de tomada de decisões gerenciais que podem minimizar a introdução de perigos e riscos. Isso implica reconhecer, antecipadamente ou no curso das ações o impacto de riscos associados a decisões

como a criação de UTI sem central de monitoramento e/ou a de deixar serviço Covid e não Covid com apenas um *kit* de ressuscitação. A segurança na linha de frente também pode ser aperfeiçoada desde que se passe a considerar as variabilidades e a necessidade de prevenção considerando mudanças de riscos quando se precisa fazer ajustes em resposta a variabilidades.

Encontrar o objeto compartilhado entre a gestão estratégica e a de saúde e segurança exige aprendizado mútuo de ambas as atividades. Ambos os sistemas precisam aprender a colaborar e considerar a perspectiva do outro. Novos estudos são necessários para analisar se e como é possível implementar atividade de gestão estratégica envolvendo a colaboração com as atividades de gestão da SST, e como esta colaboração pode ser promovida inclusive em setores de atividades diferentes do da saúde aqui abordado.

3. ENGESTRÖM, Y. Expansive Learning at Work: Toward an activity theoretical reconceptualization. *J. Edu. Work.* v. 14, n. 1, p. 133-156, 2001.

ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO ENTRE PROFISSIONAIS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Flávia Nogueira Ferreira de Sousa

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Environmental Burden of Disease Series 11*. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43051/924159232X.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 03 out. 2019.
2. BRASIL. Ministério da Economia. *Anuário Estatístico da Previdência Social*. Brasília, DF: Ministério da Economia, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/previdencia/pt-br/acesso-a-informacao/dados-abertos/previdencia-social-regime-geral-inss/aeaps-2013>. Acesso em: 15 dez. 2020.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 29 Set. 2017.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2019 uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

Os Acidentes de Trabalho com Exposição a Material Biológico (ATBIO), apesar de evitáveis, são frequentes entre os TS no mundo inteiro devido às particularidades dos procedimentos realizados por esses profissionais, a alta exposição a riscos biológicos no cuidado a saúde das pessoas e as condições adversas em que o trabalho é executado. Segundo a OMS, 35,7 milhões de profissionais de saúde no mundo estão expostos ao risco de acidentes no trabalho por materiais perfurocortantes contaminados, e, destes, 2 milhões se contaminam por alguma doença infecciosa a cada ano em países africanos, mediterrâneos e asiáticos¹. No Brasil, benefícios previdenciários para ATBIO têm-se elevado, sendo estimados 5.914 casos em 2010 e 14.155 em 2017².

No entanto, apesar de ser um sério problema, a prevenção desse tipo de acidente ainda é um desafio. A maioria dos profissionais dos serviços de saúde desconsidera as possíveis consequências negativas, descumprindo normas básicas de segurança e se re-

cusando a notificar o acidente e a buscar atendimento médico após a exposição.

Considerando a necessidade de dispor de dados de forma mais sistemática para orientar as ações de Visat no Brasil, os casos de ATBIO devem ser notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), de acordo com a Portaria de Consolidação nº 4 de 2017³. Nesse sentido, deve ser notificado todo caso de acidente de trabalho ocorrido com quaisquer categorias profissionais, envolvendo exposição direta ou indireta do trabalhador a material biológico (orgânico) potencialmente contaminado por patógenos (vírus, bactérias, fungos, príons e protozoários), por meio de material perfurocortante ou não³.

Entre 2010 e 2018, foram registrados no Sinan 339.325 casos de ATBIO entre profissionais de saúde e 73.647 entre demais profissionais. No mesmo período, número de casos registrados aumentou 75,6% entre os profissionais de saúde; 95,6% entre os demais profissionais e 79,1% entre todos os casos notificados⁴.

Gráfico 1. Acidentes de trabalho com exposição a material biológico, entre profissionais de saúde e demais profissionais, por ano – Brasil, 2010 a 2018



Fonte: Elaboração própria com base nos dados de BRASIL. Ministério da Saúde⁴.

Os dados da ficha de registro dos casos conformam as bases sobre as quais se geram informações, roteiros ou direcionamentos para as ações de assistência e Visat. Assim, a notificação como registro documental é necessária para que as estimativas da ocorrência de ATBIO, assim como a de morbidade e letalidade das infecções adquiridas devido ao acidente, sejam divulgadas, o que se faz considerar que a Visat e os serviços de saúde necessitam voltar maior atenção ao problema, direcionar medidas para a notificação dos acidentes, melhorar o encaminhamento dos trabalhadores acidentados aos serviços especializados e adotar medidas para a prevenção nos locais de trabalho, preferivelmente de maneira participativa e transdisciplinar, de forma a produzir efeitos tanto no ambiente de trabalho como na relação dos trabalhadores com sua atividade.

No entanto, ainda são frequentes situações que dificultam essa vigilância participativa, como a centralização na tomada das decisões nos serviços de saúde, representação sindical ou outras formas de organização dos trabalhadores frágeis e descrença acentuada da influência dos coletivos de trabalhadores na organização de suas próprias atividades, observando-se atitudes predominantemente defensivas ante as exigências da organização do trabalho⁵.

Os ATBIO não podem ser vistos como fenômenos fortuitos ou casuais, pois sua compreensão e prevenção necessitam de abordagem mais ampla que perpassa pela análise coletiva desses acidentes por meio do diálogo entre conceitos e experiências dos trabalhadores e instituições de saúde, levando em consideração suas relações sociais e propiciando a elaboração conjunta de novas formas de reorganização do trabalho. A forma coletiva de analisar acidentes pode favorecer a gestão democrática do serviço de saúde e a ampliação das possibilidades de trabalho participativa⁵.

Estudos indicam que a informação e a capacitação centrada em aspectos técnicos não são suficientes para reduzir a ocorrência de acidentes. Além de questões tradicionalmente reconhecidas, como a percepção do risco e o conhecimento das precauções universais, o clima organizacional de respeito à segurança e os conflitos de interesse entre a segurança do trabalhador em saúde e a assistência ao doente (muitas vezes o compromisso com o doente supera a preocupação com a própria segurança) devem ser levados em consideração quando se pensa em medidas de prevenção dos ATBIO, ou seja, aspectos subjetivos do processo de trabalho devem estar envolvidos nessa análise.

Análise coletiva do ATBIO permite a elaboração de uma interlocução entre os atores envolvidos, com o

objetivo de compreender a dinâmica do evento e todas as etapas de seu desencadeamento, inclusive aquelas relacionadas com a organização do trabalho e com a concepção de máquinas e instalações, a fim de evitar acidentes semelhantes⁵. Dá destaque, nessa construção, a acolher as diferenças dos saberes e experiências dos diversos trabalhadores envolvidos. Essa maneira de retratar o acidente é completamente distinto da forma culpabilizatória, em que se atribui a um fator ou a um culpado o ATBIO. A análise deve ser pluricausal, aquela que se diferencia da determinação de culpa, enquanto a análise monocausal, ainda prevalente no Brasil, tende a atribuir ao próprio trabalhador acidentado. Dessa maneira, cada acidente tende a ser visto como um acontecimento particular, a ser considerado em sua singularidade⁵, dando visibilidade a causas que vão além de culpas individuais ou más condições de trabalho. Dar ênfase apenas as más condições de trabalho, todavia muitas vezes necessária, pode levar a reivindicações de transformações de caráter geral, sem interferir na capacidade de ação e nos recursos subjetivos dos trabalhadores para essa ação.



A ficha de notificação dos ATBIO é composta por vários campos para registro de dados que auxiliam a Visat, assim como os empregadores e trabalhadores, a registrarem de maneira mais fidedigna possível as informações da análise coletiva desse evento, assim como fornece informações essenciais tanto para prevenção como para a assistência adequada aos acidentados. É possível registrar informações relativas à ocorrência do ATBIO, como: o tipo de exposição, o material orgânico a que o trabalhador foi exposto, a circunstância do acidente, o agente envolvido e os EPI que o trabalhador estava usando no momento do acidente. Esses registros ajudam a verificação de falhas nas medidas de segurança, a probabilidade de

5. OSÓRIO, C., et al. Método de Análise Coletiva dos Acidentes de trabalho no Hospital. *Cad. Saúde Pública*, v. 21, n. 2, p. 517-524, 2005.

Descarte inadequado de materiais perfurocortantes.

Fonte: <https://www.toledo.pr.gov.br/noticia/vigilancia-em-saude-orienta-sobre-o-descarte-correto-de-materiais-perfurocortantes>

contaminação do trabalhador por diversas doenças infecciosas, a identificação de atividades/funções/circunstâncias que necessitam de intervenção para se tornarem mais seguras, a avaliação de prognóstico, a magnitude do acidente, entre outros.

O tipo de exposição percutânea devido a ATBIO com perfurocortantes merece importante atenção quando comparado aos outros tipos de exposição (em mucosas, pele íntegra ou não íntegra), uma vez que são decorrentes de lesões por agulha, lâmina ou caco de vidro, objetos que podem conter sangue ou outros fluidos corporais potencialmente contaminados, aumentando o risco de transmissão de doenças graves como HIV e hepatites. É preciso investigar a parte do corpo em contato com o material biológico, pois diferentes são os graus de risco de contaminação para certas doenças e, conseqüentemente, diferentes também são as condutas recomendadas pós-acidente e as medidas de prevenção de ATBIO semelhantes.

Os ATBIO, envolvendo sangue e outros fluidos potencialmente contaminados, são casos de emergência, uma vez que profilaxia de algumas infecções como HIV e hepatite B ou C, quando indicadas, precisam ocorrer imediatamente após o acidente, para melhores resultados. A análise da gravidade do risco do ATBIO leva em consideração o volume de sangue, assim como a quantidade de vírus presente; dessa maneira, existe a necessidade de avaliação dessas características e registro qualificado na ficha de notificação. Os acidentes mais graves, além de estarem relacionados com um maior volume de sangue, estão associados a lesões profundas, provocadas por material perfurocortante, presença de sangue visível no dispositivo invasivo, acidentes com agulhas previamente utilizadas em veia ou artéria do paciente-fonte e acidentes com agulhas de grosso calibre, e aqueles em que há maior inóculo viral envolvendo paciente-fonte HIV positivo.

desprotegidas, à administração de medicamentos sem o uso devido dos equipamentos de proteção, à desconexão da agulha da seringa, assim como ao reencape de agulhas contaminadas.

A ficha de notificação de ATBIO contém campos específicos para monitoramento dos potenciais casos de contaminação por hepatites B e C e por HIV, como: situação vacinal do acidentado em relação às três doses de hepatite B, resultados de exames do acidentado (no momento do acidente – data zero), resultados dos testes sorológicos do paciente-fonte, além da conduta no momento do acidente, se teve indicação de profilaxia e evolução do caso, se houve soroconversão ou não.

É importante ressaltar que as profilaxias pós-exposição podem não se mostrar totalmente eficazes, diante de uma série de fatores, como tipo de exposição, tempo, tipo de material biológico fonte da contaminação etc. Assim, a prevenção da exposição ao sangue ou a outros materiais biológicos é a principal e mais eficaz medida para evitar a transmissão do HIV e dos vírus da hepatite B e C⁶.

Nessa perspectiva, quando esses campos da ficha são preenchidos qualificadamente, a análise coletiva do acidente e monitoramento dos casos assim como ações de profilaxia e mitigação dos fatores de risco de ATBIO presentes nos ambientes e processos de trabalho, de forma participativa, tornam-se mais eficazes.

Diante desse contexto, é imprescindível a realização da vigilância epidemiológica acerca dos ATBIO, no sentido de proporcionar aos empregadores, às instituições e aos próprios trabalhadores a oportunidade de revisitarem conjuntamente estratégias que, além de prevenirem os acidentes, promovam a saúde, a qualidade de vida do trabalhador em suas atividades laborais.

A identificação dos riscos aos quais os profissionais estão expostos (levando em consideração a investigação dos fatores que contribuem para a ocorrência desse tipo de acidente, bem como a avaliação e priorização dos riscos), a definição de estratégias de atuação para a minimização destes, a ação e o monitoramento das estratégias de maneira participativa são ferramentas de gestão de riscos que podem ser aplicáveis à proteção de trabalhadores expostos a ATBIO. Ainda, a disponibilização e o incentivo ao uso de equipamentos de proteção (individual e/ou coletivo), a oferta de capacitações, a disponibilização de ambientes de trabalho adequados são requisitos que devem ser adotados, conforme constam nas normas regulamentadoras disponíveis (NR-06, NR-07, NR-32)³.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. *Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material Biológico: HIV e hepatites B e C*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

Foto: Sindsaúde/RS



Ainda é possível registrar a circunstância de ocorrência do ATBIO como o descarte inadequado de materiais contaminados, devido a recipientes superlotados, ao transporte/manipulação de agulhas

VIOLÊNCIA NO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Alba Regina Silva Medeiros
Marta Gislene Pignatti
Maria Cecília de Souza Minayo

Os ACS são sanitaristas comunitários reconhecidos na implantação da Atenção Básica à Saúde por meio do Programa Saúde da Família (PSF) e desempenham o papel de mediadores entre a equipe e a comunidade, sendo responsáveis por colocar em prática, nos domicílios dos usuários do SUS, as ações de atenção básica.

Desenvolvem seu trabalho no território vivo, em que os limites prescritos de horário e de atividades geralmente são ultrapassados. As práticas planejadas, interativas e de intervenção setorial ganham concretude e significado porque os ACS tratam do bem mais precioso da vida humana: a saúde e as ameaças que possam colocá-la em risco.

Os locais de atuação dos ACS são predominantemente regiões de periferias urbanas, onde se materializam a desigualdade social, a ineficiência do Estado quanto à segurança, saúde, saneamento e onde se acumulam riscos ambientais, sociais e relacionais. Nesses contextos, a rua é considerada uma extensão da casa, local de atividades cotidianas, espaço para brincadeiras infantis e encontros de vizinhos, na qual ocorrem feiras, festas e velórios; mas também é cenário para vários tipos de violência interpessoal, comunitária e criminal.

Dada a multiplicidade de situações vivenciadas, e das mais diversas relações humanas estabelecidas em sua atividade, é quase impossível dimensionar o que é ser um ACS. A nebulosidade de contorno na atividade e indefinição do trabalho real, em lugar de dar-lhe poder, acaba por fragilizá-lo e expô-lo a conflitos sociais, danos psicológicos e, muitas vezes, a risco à saúde e à vida.

Teoricamente, o fenômeno da violência é diverso, difuso, multicausal e polimorfo e histórico, tendendo a repetir-se¹. As teorias e discursos que se propõem a explicá-lo também são controversos. Alguns defendem que é preciso ser violento para se afirmar e vencer na vida, nos negócios e na política, e usam até exemplos históricos para isso. Conjunturalmente, no País, vive-se essa glorificação da força e das armas, o que se reproduz no comportamento da população, perdendo força os discursos que defendem o diálogo típico da atitude democrática.

Na população atendida pelos ACS, esses profissionais encontram principalmente as seguintes expressões de violência: conjugal, contra crianças, adolescentes e idosos, na escola, delinquência juvenil e armada.

A ênfase desse trabalho é a violência sofrida pelo ACS no exercício de seu trabalho. Ela pode ser entendida como quaisquer atos agressivos ou abusivos, incidentes ou ataques, que lhe causem danos, constrangimentos, desconforto, adoecimento, morte, e risco à segurança, bem-estar e saúde no exercício de sua atividade². Pelas características do modo de produção desse serviço, a violência se origina na organização do processo de trabalho e nas interações que requer. Suas atividades podem acontecer em meio a riscos físicos, morais e psíquicos que se misturam e se potencializam¹.

Pesquisa realizada com 49 ACS, em todas as regiões administrativas de saúde de Cuiabá (MT), entre 2018-2019, observou o importante serviço que esses profissionais prestam à população, em especial à mais desfavorecida, mas também as mais diversas expressões de violência que os atinge no exercício de sua atividade. As mais comuns no cotidiano são: a violência psicológica nas formas de agressão verbal, ameaças, intimidações, abusos emocionais e insultos; e a violência institucional do próprio setor saúde².

É importante falar da violência institucional. Ela se expressa na desorganização, na desvalorização e nas omissões que redundam em precárias condições de trabalho, por parte dos setores hierárquicos da atenção primária ou pelos gestores. Por exemplo, no estudo, foram citados como sinais de precariedade: falta de material de identificação, de mochila e de equipamentos de proteção como máscaras, luvas, filtro solar, sombrinha, chapéu e uniforme com filtro ultravioleta adequado para sol, impermeável para dias de chuva e calçados fechados¹.

Não são omissões, descaso e negligências que caracterizam a violência no trabalho, por privar das condições necessárias para o exercício adequado e seguro qualquer atividade? Quando se fala de profissionais de serviços públicos, está pressuposta a

1. MEDEIROS, A. R. S., et al. O/A ACS e a manifestação das violências no trabalho. In: BITENCOURT, S. M., et al. *Corpo, gênero e cuidados: perspectivas e desafios na contemporaneidade*. Cuiabá: EdUFMT, 2020.

2. MEDEIROS, A. R. S. *Agente Comunitário de Saúde: processo de trabalho na mediação entre equipe e comunidade*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, 2020.

presença do Estado na forma de gestão. Portanto, a responsabilidade pela violência institucional de que os ACS são vítimas é da instituição pública que representa o governo e o Estado¹.

Existe também a violência social sofrida ou presenciada pelos ACS quase diariamente; quando transitam no território, adentram nas residências e escutam as necessidades das pessoas a quem atendem. Muitos desses Agentes se dizem impotentes, sem preparo e sem apoio para lidar com situações frequentemente mais complexas com que sua formação os equipou. Eles se deparam, por exemplo, com vários tipos de violência doméstica: mulheres violentadas ou espancadas; abandono de pessoas idosas; casos de pedofilia e estupro; situações de maus-tratos a crianças e a pessoas com deficiência física e mental; e maus-tratos a animais. Esses eventos costumam ocorrer dentro do 'sacrossanto lar', e frequentemente são guardados mediante ameaças de homens (algumas vezes de mulheres) autoritários e machistas, que perpetuam a lógica do patriarcalismo profundamente arcaico.

Observa-se que as violências domésticas presenciadas pelo ACS se somam às violências sofridas por eles no trabalho, seja as institucionais provenientes das relações hierárquicas internas, seja as de que são vítimas por parte de pessoas da comunidade. Contrapondo-se a esse lado negativo, é muito forte seu poder de mediação, o que promove o reconhecimento e, por vezes, até compensa o sofrimento no trabalho¹.

Algumas falas que revelam situações vividas

O Agente é psicólogo, é orientador, a gente é conselheiro, claro que você tem que ter certo cuidado, você não pode falar 'ab seu marido está te batendo, vai lá, denuncia ele', essa mesma mulher vai lá e volta para o marido dela: 'a fulana mandou denunciar'. (Maria, UESF 1).

Em casos como o citado – tão comum no cotidiano das mulheres nos bairros populares – a violência intrafamiliar se reproduz e o ACS encontra entraves para atuar. Porque às vezes já ouvi conflito familiar e eles ali vendo que eu estou, não deixaram eu entrar, para eu não poder denunciar. Só que, assim eu fico quieta, não falo para o Enfermeiro, não falo. (Josefa, UESF 4).

Na situação seguinte, sobrepõem-se elementos de negligência, descaso, abandono, privação, opressão, abuso econômico e financeiro contra idosos. Três idosos maltratados, explorados pela irmã.

Mas, ali é muito, ali é muito sofrimento. Eu não consigo entrar lá não, um dia eu fui lá, eu não vou entrar, vou ficar aqui fora, eu não consigo entrar não, o cheiro é muito forte, extremo mesmo de não dar conta de

entrar. Falta de higiene mesmo, higiene precária. Eles querem isso aqui ó (o dinheiro deles), isso que está aqui. (Tania, UESF 3).

Em casos como o citado acima, há que ver o lado cruel da irmã, mas também esticar o olhar para além do âmbito familiar, para a ausência do apoio institucional, hoje premente e urgente para a população cada vez mais longeva. A compreensão das situações concretas por parte dos ACS é fundamental. Por exemplo, encontram-se casos de extrema negligência com o familiar idoso, mas se denunciar a família, como fica a situação, tendo em vista que é a aposentadoria dele que sustenta todos. Situação assim levam o Agente a se calar¹.

A impossibilidade ou a ausência de retaguarda para solução de situações de saúde que precisam de encaminhamento geram sentimentos de impotência e muito sofrimento. É o caso de abuso sexual de crianças. O fato de adentrar o espaço privado leva a enxergar violências impetradas e protegidas pelo escudo do espaço sagrado, reservado e íntimo de difícil intervenção¹. Tudo isso ocorre ao arrepio do Estatuto da Criança e do Adolescente!

Um rapaz estava abusando da menina. Eu já tinha feito alguma coisa de uma forma e não tive resposta. Impotência! Mas eu estava assim porque me prejudicava não conseguir resolver a situação. (Rosa, UESF 8).

Outro tema recorrente é a violência de gênero, fenômeno predominantemente feminino no que toca à vítima, e masculino no que se refere ao agressor. Esse padrão se manifesta contra os próprios Agentes¹. O assédio sexual às ACS é recorrente. Portanto, qualquer esforço de prevenção ou intervenção a esse tipo de agravo tem que considerar essa especificidade, como no caso exposto:

O homem trancou o portão e eu fui lá fazer o cadastro. Eu bati para cadastrar. Ele pegou e falou peraí, já vou abrir a porta. De repente ele abriu a porta só de cueca e falou entra aí. (Joaquina, UESF 6).

O fato de a maioria das ACS serem mulheres aumenta em três vezes o risco de violência nesse ambiente de trabalho e exacerba o risco de assédio sexual¹. Além da violência intrafamiliar nas suas mais diferentes expressões, os ACS também lidam em espaços sociais nos quais prosperam a violência comunitária e a delinquência armada. A presença de facções criminosas que gerenciam o território para o varejo da venda de drogas acaba por envolver usuários e familiares em práticas ilícitas e potencializa o uso da força nas relações. O fato de os ACS morarem nos territórios onde trabalham, de um lado, é seu trunfo, mas de outro, torna-os vulneráveis a ataques e até a ameaça de morte, por tais grupos.

Você vai à casa de uma pessoa que você sabe que ela mexe com coisa ruim, você vai com o coraçãozinho bem apertado porque você sabe que qualquer hora pode acontecer alguma coisa. (Simone, UESF1).

Tensão! Assim, estouraram uma boca de fumo e que foi eu que denunciei, então veio a pressão psicológica para eu ia sair da unidade. Eu tive que mudar do bairro. Depois o rapaz foi preso e dentro da cadeia avisaram para que eu voltasse para o bairro, que ninguém mais ia mexer comigo. (Gloria, UESF 8).

No último depoimento, observa-se o risco do trabalho no território e como a instituição de saúde da localidade tem pouco poder de solução do caso e para preservar a vida da Agente¹. Esse tópico será aprofundado a seguir.

É importante assinalar que, na cidade de Cuiabá (MT), as facções criam espaços de negociações ilícitas e impõem seus 'Salves', ou seja, suas regras à comunidade². É, portanto e também, com pessoas desses bandos criminosos que os ACS precisam se entender para desenvolver sua atividade com certa segurança. A convivência e a proximidade entre eles e os bandidos acabam por ser uma necessidade, embora as interações sejam demarcadas por ambos os lados, pelo fato de serem trabalhadores, e assim, diferenciados real e simbolicamente.

A relação com a segurança pública – principalmente da polícia com os moradores, dos moradores com a polícia e com os delinquentes-moradores – exige atitudes defensivas e estratégicas dos Agentes. Atuam como se operassem um pacto tácito¹. O depoimento a seguir revela claramente os meandros dessa relação:

É igual o dia que eu estava atrás, eu assim e o policial assim. Policial civil – 'você trabalha aqui, moça?' eu sabia que aquele cara era policial civil. A senhora conhece fulano de tal? Eu conversando com o próprio, do lado assim. Eu, ele e o policial e eu disse: 'não conheço moço', mas quem ele estava procurando, estava do meu lado. Não vou abrir a boca! Nada! Se eu falar, nunca mais eu volto naquela área, nunca mais! Esquece! Eles não deixam mesmo!'. (Gilma, UESF 2).

Existe um aspecto muito importante na construção da intrincada relação citada por Gilma: ser morador do bairro. Isso facilita transitar no território para exercer as atividades como ACS. Em geral, a pertença ao local de moradia protege a pessoa de possíveis violências. Não obstante, nem todos são assim identificados e tratados com o devido respeito. Há os mais antigos e os 'cabeça nova'¹. Nesse sentido, há uma negociação da realidade, como reportado pela ACS:



Foto: Rita Loureiro/AM Apoio à Cultura

Eles conhecem a gente, eles falam: são as meninas que trabalham lá no posto, são chegadas, são gente boa e tal! não é cagueta, não é sujo, já sabem até os códigos e tudo e tal. Eles tratam a gente bem. Até porque a gente já é do bairro conhece há muito tempo, chega e pergunta. Esses que estão entrando agora, os 'cabeça nova', eles são mais difíceis de respeitar. (Celia, UESF 2).

Os ACS desempenham o papel de mediadores entre a equipe e a comunidade.

Mesmo com toda convivência possível e necessária em espaços sociais em que a delinquência armada e o comércio varejista de droga ditam as regras, há ainda a violência sofrida pelos ACS nas ruas e nas residências, causada por balas perdidas, armas brancas, vitimização por assalto e atropelamentos. Os casos mencionados acima são os mais comuns³.

Há muitas agressões divulgadas nas páginas do Facebook da categoria e não notificadas oficialmente³. O fato de a grande maioria das ACS serem mulheres de cor preta ou parda e de baixa renda as torna mais vulneráveis à violência por discriminação de classe, gênero e raça/cor.

O trabalho dos ACS é hoje uma atividade indispensável para o SUS. Em que pesem algumas conquistas que esse seguimento conquistou desde os anos 1990 quando foi criado institucionalmente, a sociedade brasileira ainda está lhe devendo reconhecimento, apoio e melhores condições de trabalho.

Por causa da vulnerabilidade dos locais em que atuam e do baixo reconhecimento institucional de que desfrutam, os ACS são um dos segmentos de trabalhadores mais expostos à violência social. Esse foi o tema central deste texto. Como se viu, o ACS é, ao mesmo tempo, trabalhador e morador da localidade, o que torna muito tênues os limites de sua vida pública e privada. As mesmas características de pertencimento aos contextos nos quais residem e trabalham os irmanam com a população a quem servem: baixos

3. MEDEIROS, A. R. S., et al. Uso de redes sociais virtuais na vigilância da violência no trabalho sofrida por agentes comunitários de saúde. *RBSO*, v. 45, 2020.

salários, raça/cor, condições de reivindicação. No entanto, esses mesmos marcadores sociais, quando acrescidos por uma formação básica para promoção e cuidado com a saúde, os transformam em atores imprescindíveis do SUS.

Quanto à violência, alguns pontos precisam ser ressaltados. Em primeiro lugar, o setor saúde, para o qual confluem as consequências das violências, também é local que pode engendrará-las. No caso dos ACS, é incabível o descaso com suas condições e equipamentos de trabalho.

Em segundo lugar, é importante articular as vivências dos ACS com áreas de educação e direito.

Não é possível que a violência intrafamiliar repetidamente relatada possa ser omitida e passada impune. Os gestores das unidades de saúde precisam, coletivamente, discutir meios e estratégias para amenizar o sofrimento de crianças, mulheres e idosos e punir os criminosos. Jogar luz sobre tais problemas oriundos do arcaico patriarcalismo é bom para os homens também. Já o lidar com as facções criminosas é uma questão da segurança pública e do empoderamento da sociedade. No entanto, é preciso investir fortemente na educação para que os jovens prefiram uma carreira a entrar para a delinquência.

INTERSECCIONALIDADE GÊNERO, RAÇA E CLASSE

Fátima Cristina Rangel Sant'Anna

A prática da Visat nos convoca à compreensão de múltiplas variáveis que dimensionam as experiências dos trabalhadores no cotidiano do trabalho e suas repercussões à saúde. Desse modo, torna-se imprescindível compreender a divisão do trabalho em uma perspectiva de divisão sexual e racial do trabalho.

O que chamamos de abordagem interseccional de classe, gênero e raça, para a Visat é, portanto, a construção de estratégias que permitam tornar visíveis elementos indissociáveis que conformam a totalidade das experiências dos sujeitos no mundo do trabalho. Significa reconhecer que os marcadores de gênero, raça e classe operam, de forma integrada, como determinantes dos processos de subjetivação de trabalhadores e trabalhadoras, seja em sua vida privada, seja em suas inserções e trajetórias no mundo do trabalho¹.

Tal compreensão é essencial, também, para o alcance daquilo a que se destina a Visat, em sua proposição de romper com lógicas opressoras e com a produção de assimetrias que se legitimam continuamente no mundo do trabalho. Por outro lado, é a partir das relações de trabalho, ao longo da história e das inúmeras reestruturações dos modos de produção, que elas se instalam.

Observa-se que a presença desses marcadores se confirma por meio de novos dispositivos de controle e hierarquização das relações de trabalho. Tais dispositivos são desenvolvidos e aprimorados no sentido de confirmar e disciplinar as relações hierárquicas, que se impõem no mundo do trabalho por intermédio da discriminação racial e de gênero. Os processos de

refinamento dessas lógicas e a sustentação das iniquidades não se dão necessariamente pelo uso da força, mas, principalmente, mediante formas de compor o imaginário social com valores que as legitimem².

Para sustentar essas relações, produz-se, inicialmente, uma clivagem que define a humanidade de forma binária (homens e mulheres). Essa divisão atua como determinante do que irá definir a identidade dos sujeitos e orientar todas as suas escolhas, inclusive aquelas relacionadas diretamente com o mundo do trabalho.

A noção de raça, quando atribuída a processos de distinção e classificação entre seres humanos, modifica-se em diferentes momentos históricos. Assim como a noção de homem ou de humano, a noção de raça sofre variações no decorrer da história. Tais ideias não se sustentam apenas em irracionalidades, é preciso criar e recriar, no imaginário social, características biológicas, além de práticas culturais, no sentido de legitimá-las. Dessa forma, é importante ressaltar que, para sua sustentação e do sistema de ideias racistas, tem sido necessário o aporte da ciência, em seu discurso de autoridade².

Historicamente, parte significativa das disciplinas científicas dominantes fazem valer seu discurso de autoridade para validar hipóteses que justificam a dominação racial e de gênero. É preciso uma racionalidade que se propõe universal e colonizadora que inscreva colonizados e colonizadores em um projeto civilizatório³. Em tempos de capitalismo moderno, continua presente a necessidade de que racismo e colonialismo andem juntos.

1. DAVIS, A. *Mulheres, Raça e Classe*. São Paulo: Boitempo, 2016.

2. ALMEIDA, S. *Racismo Estrutural*. São Paulo: Jandaira, 2019.

3. MBEMBE, A. *Necropolítica*. São Paulo: N1 Edições, 2018.

Dessa forma, as ideologias do racismo e das desigualdades de gênero promovem o consentimento à uma cartografia que confere a homens brancos, homens negros, homens indígenas, mulheres brancas, mulheres negras e mulheres indígenas lugares diferenciados e hierarquizados. Trata-se de lugares que se distanciam no que se refere à distribuição dos recursos socioambientais, assim como à distribuição dos riscos e danos à saúde decorrentes dos processos produtivos.

Nesse sentido, tais ideologias servem para designar os lugares e as relações de pertencimento a cada um desses grupos. Produzem uma fragmentação dos territórios a partir de uma lógica de exclusão que se manifesta de formas variadas, ora como privação, ora como exclusão injusta, em que a mobilidade social dos sujeitos sofre profundas restrições e, constantemente, a existência de um lugar se dá em oposição a existência de outro ('lugar de mulher é em casa', 'os negros pela porta de serviço'). Opera-se, além da hierarquização, a negação e toda existência de outras perspectivas de gênero e suas possibilidades de manifestação, o que provoca, do ponto de vista ético, um dilema importante: a negação do outro.

No entanto, à medida que a natureza do trabalho em saúde se afirma, a partir de um elemento-chave que é o cuidado, a representação do outro e o reconhecimento de suas necessidades são essenciais na definição da ação, no ato de cuidar. Esse só poderá se realizar em relação, ou seja, a partir do reconhecimento do outro e da consideração do conjunto dos interesses em jogo quando se trata de promover ou recuperar a saúde de indivíduos e mesmo de grupos populacionais.

Orientar o trabalho em saúde em uma perspectiva binária de gênero implica representações reducionistas do corpo e suas expressões que trazem obstáculos e limitações importantes à realização do cuidado pelo trabalhador da saúde. Do mesmo modo que na ideologia racista, a ideologia binária de gênero atua na produção do estranhamento e, conseqüentemente, da intolerância. Essas ideologias, separadamente e de forma interseccional, também desenvolvem importantes dispositivos ao surgimento da violência que vemos se reproduzir nos territórios, seja no âmbito da vida privada, seja no da pública.

Entrosamento em desvantagem – racismo ambiental e a determinação social da saúde-doença na população negra

As diferenças significativas entre as condições de vida de brancos e negros nos países desenvolvidos e as semelhanças entre as condições de vida de negros que vivem em países desenvolvidos, comparativamente

àqueles que habitam os países pobres ou em desenvolvimento, têm merecido destaque^{1,4}.

No caso do Brasil, essa reflexão torna-se ainda mais importante se levarmos em conta que negros e pardos correspondem a cerca de 56% do total da população; e, em algumas regiões do País, chegam a mais de 80% segundo o último Censo. Para compreendermos esses elementos, é fundamental a análise do processo de transição da escravidão para o mercado de trabalho livre brasileiro e suas repercussões contemporâneas.



A organização do trabalho livre no Brasil ocorre com: a preservação substancial da continuidade da dominação dos meios de produção pelas elites e a criação de mecanismos de recuperação financeira e de prestígio dos ex-proprietários de escravos; a criação e aprimoramento dos mecanismos de controle e disciplinamento da força de trabalho negra; e a desmobilização das múltiplas formas de luta, resistência e organização social que haviam sido geradas pela população na recusa à escravidão.

Na transição para o mercado de trabalho livre, são produzidos condições materiais e valores sociais que configuram um processo de entrosamento em desvantagem das populações de trabalhadores e trabalhadoras negras recém-libertos da escravização^{1,5}.

Crystaliza-se o mito da democracia racial, cunhado no sentido de promover estabilização sociopolítica. Conjugam-se supostas 'essências' e inviabilização das diferenças, desigualdades e discriminações 'novos paradigmas de organização e uso do trabalho'; conjunto de competências cognitivas e atitudinais. São produzidas expectativas acerca dos lugares para negros e negras assim como 'estranhamentos' quando essas não se realizam⁶.

Esses são pilares do modo como o racismo estrutural se caracteriza no Brasil, em suas múltiplas faces, e como molda as instituições. A violência insti-

4. SEN, A., et al. *As pessoas em primeiro lugar*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

Tarsila do Amaral – *Operários, 1933*
Óleo sobre tela
150 cm x 230 cm
Palácio Boa Vista, Campos do Jordão.

5. GEBARA, A. *Mercado de Trabalho Livre no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1986.

6. GUIMARÃES, N. A. Os desafios da equidade: reestruturação e desigualdades de gênero e raça no Brasil. *Cad. Pagu* [online]. 2002, n.17-18, p. 237-266.

tucional manifesta-se como um produto das dinâmicas pelas quais as instituições atribuem, de forma direta ou indireta, privilégios e benefícios com base nas discriminações de classe, gênero e raça. É preciso compreender os conflitos de gênero e de raça, no âmbito das instituições, como parte integrante delas, e não como eventos isolados que resultam unicamente de comportamentos individuais.

Dessa forma, podemos relacioná-lo com situações de violência que ocorrem cotidianamente nos serviços de saúde. Cabe ressaltar aqui que essas representações compõem um repertório social ainda hegemônico, que atravessa a trajetória de vida dos sujeitos que se dedicam ao trabalho em saúde e fazem parte também de suas experiências⁷.

Daí o desafio de refletir sobre o modo como a distopia do cuidado no Brasil opera no corpo das mulheres negras⁶. Lembrando-se que as mulheres representam a maioria absoluta da força de trabalho em saúde, que, por sua vez, em média, é composta majoritariamente por mulheres negras. Desafio de construir processos de formação profissional, a partir de projetos político-pedagógicos emancipatórios.

Nesses trabalhadores e trabalhadoras, em formação para o trabalho em saúde, são convocados a (re)suscitar suas experiências e (re)significá-las, no sentido de romper com as lógicas de opressão de raça e gênero. Ressignificar as relações entre sexismo e racismo em uma perspectiva biográfica. É preciso situar o processo de formação para o trabalho em saúde como um processo permanente e intermitente, repleto de realizações, acontecimentos que abrem inúmeras possibilidades de interpretação da realidade e ação sobre ela.

Não só no Brasil, o Estado se caracteriza como espaço de permanente disputa entre essas ideologias hegemônicas, cuja legitimidade também se ancora em determinadas racionalidades científicas e outras formas de compreender o mundo. Nestas últimas, a diversidade das lutas pelos direitos humanos e dignidade da vida assume um papel central; e a orientação do Estado deve se voltar para a efetivação de políticas públicas permanentes e com equidade.

Nesse contexto é que a Visat, enquanto um conjunto de estratégias que fundamentam a política de saúde, pode desencadear ações voltadas à visibilidade das intersecções de gênero e raça que permeiam o mundo trabalho. Orientar as ações nesse sentido e

recuperar a atenção à saúde em sua integridade e vocação transformadora.

As lutas sociais que culminaram na afirmação constitucional do direito universal à saúde e na criação do SUS convocam um projeto de sociedade solidária, singular e robusto, mesmo em comparação com muitos países onde a garantia dos direitos se dá de forma sustentável. O conjunto de políticas que derivam da Constituição de 1988, em especial da Lei Orgânica da Saúde e da criação do SUS (políticas de Saúde Indígena, da População Negra, das populações do Campo, da Floresta e das águas, entre outras), expressam o cenário de conquistas e lutas constantes que se travam no Brasil pela dignidade das diversas formas de vida. Nesse processo, as ações afirmativas também vêm contribuindo para materializar importantes processos de inclusão.

Trazem fôlego novo ao intento de superar, com equidade, uma história de país cravada pela violência do Estado e por abismos socioambientais imensuráveis. Promovem um debate vigoroso que confronta a meritocracia e o mito da democracia racial, produzindo territorialidade.

No cenário atual, torna-se possível a combinação entre ideologia e uso da força, no sentido de legitimar uma necropolítica obstinada, interseccionalmente seletiva, como a que se vivencia contemporaneamente, intensificada pelo atual cenário pandêmico. Entretanto, solo cultivado é solo fértil. Milton Santos⁸ chama atenção para a importância do território na realização da história. Convida-nos a contemplar a paisagem como algo vivo e a compreender que a paisagem é a herança de muitos momentos – e que as relações entre homem e natureza não podem ser cabalmente previstas⁸.

A mobilização de populações tradicionais, como indígenas, quilombolas, as ligadas a pesca artesanal e a agroecologia, as que habitam as favelas, entre outras, populações majoritariamente compostas por mulheres negras, vem protagonizando, de forma expressiva, um conjunto de estratégias para o enfrentamento da Covid-19. Apesar das inúmeras mazelas derivadas ou agravadas pela pandemia, essas ações têm sido significativas (re)suscitam condições de possibilidade para a construção de processos de vigilância em saúde de base popular, participativa e democrática⁹.

É preciso reconhecer também o que se tem conquistado. É preciso procurar no território vivo 'por onde se trava a revanche'.

7. KOIFMAN, S. Racismo no Brasil: os trabalhadores da saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 2, n. 3, p. 279-296, 1986.

8. SANTOS, M. *Metamorfoses do Espaço Habitado*. São Paulo: Hucitec, 1997.

9. CARNEIRO, F., et al. Iniciativas de Organização Comunitária e Covid-19. *Trab. Edu. e Saúde*, v. 18 n. 3, e00298130, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v18n3/0102-6909-tes-18-3-e00298130.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2020.



7

A NECESSÁRIA INTEGRAÇÃO TRABALHO-AMBIENTE: PROBLEMAS EMBLEMÁTICOS E LIÇÕES APRENDIDAS

Coordenação

Hermano Albuquerque de Castro & Lia Giraldo da Silva Augusto

DOI: 10.5935/978-65-87037-01-1.10

TRABALHO E AMBIENTE NO PROCESSO DE DETERMINAÇÃO DA SAÚDE

Hermano Albuquerque de Castro
Lia Giraldo da Silva Augusto

Aspectos históricos da articulação trabalho-ambiente-saúde

Uma dificuldade no desenvolvimento das ações em Saúde do Trabalhador (ST) e ambiental é o fato de a saúde pública brasileira, e provavelmente mundial, ser prisioneira de abordagens restritas e fragmentadas; e, na prática, centradas em relações causalistas entre um agente causador e o exposto, a despeito do grande avanço conceitual que aponta para a complexidade da determinação. A saúde pública/saúde coletiva em seu modo de intervenção desconsidera os temas do ambiente e dos processos produtivos na gênese dos fenômenos de saúde¹.

A saúde pública trata o ambiente, ainda, como um elemento externo ao sistema², atuando no final dos processos, isto é, apenas nos efeitos.

Os fenômenos de saúde são processos concretos que incidem sobre os corpos das pessoas e nos coletivos representados por espaços populacionais, territórios de vida e trabalho. Os contextos e as dinâmicas socioambientais, em geral, carregados de conflitos de interesses, não são vistos como planos de emergência e de interações para ações de cuidado e prevenção.

Como nos fala Câmara e Tambellini³ as lógicas da natureza e do social, das quais o trabalho é parte, integram-se na produção da saúde.

As experiências a seguir descritas são emblemáticas da intervenção sanitária e da pesquisa acadêmica, em que a articulação entre saúde, trabalhador e ambiente vem se dando sob a inspiração do pensamento crítico que alimenta a Saúde Coletiva (SC) desde a década de 1960. Esse movimento de ressignificação da velha saúde pública começou a ganhar corpo a partir das análises marxistas do processo saúde-doença e das importantes contribuições de pensadores como Canguilhem e Foucault, e mais recentemente de muitos outros, que, na América Latina e no Brasil, deram uma contribuição bastante significativa, como Cecília Donnangelo, Juan Samaja, Jaime Breilh, Anamaria Testa Tambellini.

De acordo com Câmara e Galvão⁴, o desenvolvimento da área acadêmica de ST, durante a década de

1980, abriu caminho para a incorporação de serviços de Saúde Ambiental, a partir da articulação entre os temas trabalho, ambiente e política de saúde, acolhido no arcabouço jurídico-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1990.

A saúde pública brasileira incorporou as vigilâncias da água, do solo, do ar e de desastres ambientais, nos moldes preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A dimensão social, como uma abordagem totalizadora relacionada com a saúde, ainda permanece fragmentada na operacionalidade dessas vigilâncias especializadas. Trata-se de um desafio candente integrar o conceito de território, oriundo da Geografia Crítica, no âmbito da SC.

Os variados movimentos sociais, incluindo Organizações Não Governamentais (ONG) e redes, vêm trazendo suas lutas por uma sociedade saudável, que inclui temas novos como o da justiça ambiental, que se integra perfeitamente ao da justiça social e ao da dignidade no trabalho. Como parte do elenco de demandas para proteção da saúde dos grupos excluídos ou discriminados socioambientalmente, emergem as históricas dos racismos em nossa sociedade, incluindo o ambiental oriundo das zonas de sacrifício no campo, nas florestas e nas áreas urbanas, onde estão segregadas parcelas importantes da sociedade, que vivem em ambientes degradados e sujeitos a nocividades de tecnologias e de modos de trabalho perigosos.

O processo crítico não cessa de produzir robustos movimentos de reformas sanitárias em diversos continentes. Na América Latina, ele ganhou força e, especialmente no Brasil, possibilitou a luta pela construção de sistemas universais de saúde. O SUS tem características singulares, e que continuam em construção e reconstrução, em que a ST e a saúde ambiental já têm institucionalidade, mas incompleta e insuficiente, com fragilidades decorrentes da conjuntura histórico-política do País, que vive seguidas crises econômicas, manutenção de contextos nocivos, sustentados por uma conjuntura caracterizada pelo neoliberalismo, de

1. AUGUSTO, L. G. S. *Saúde do Trabalhador e Sustentabilidade do Desenvolvimento Humano Local* – Ensaio em Pernambuco. Recife: Universitária UFPE, 2009.

2. LIEBER, R. R. *Teoria e Metateoria na Investigação da Causalidade*. São Paulo, 1998. Tese. (Doutorado em Saúde Pública), Departamento de Saúde Ambiental da FSP da USP, 1998.

3. CÂMARA, V. M., et al. Considerações sobre o uso da epidemiologia nos estudos em saúde ambiental. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. v. 6, n. 2, p. 95-104, 2003.

4. CÂMARA, V. M., et al. A patologia do trabalho numa perspectiva ambiental. In: MENDES, R. (Ed.). *A patologia do trabalho*. São Paulo: Atheneu, 1995. p. 75-85

dependente reprimarização da economia, do rentismo, da dependência de mercados globais espoliadores, da frágil democracia, da falta de políticas internas de efetiva proteção do ambiente e da ST, atualmente com acentuadas perdas de direitos fundamentais.

É neste cenário que reunimos alguns autores que puderam atuar em pesquisas empíricas sobre problemas que articulam os temas saúde-ambiente-trabalho. Esperamos que esses exemplos sirvam de base para novas questões no atual contexto brasileiro,

DESAFIOS E LUTAS NA QUESTÃO DO BENZENO: O MODO DE PRODUÇÃO, OS TRABALHADORES, A SAÚDE E O AMBIENTE¹

*Lia Giraldo da Silva Augusto
Jorge Mesquita Huet Machado
Tereza Carlota Pires Novaes
Danilo Fernandes Costa*

1. Este texto traz um recorte do artigo 'Análise da ordem constitutiva da determinação socioambiental do benzenismo em trabalhadores: revisitando o caso de Cubatão (SP), Brasil' e que foi ajustado para o objetivo desta publicação, recebendo novos aportes de autores convidados. AUGUSTO, L. G. S., et al. Análise da ordem constitutiva da determinação socioambiental do benzenismo em trabalhadores: revisitando o caso de Cubatão, SP, Brasil. *Sustentabilidade em Debate*. Brasília, v. 9, n. 1, p. 66-80, abril/2018.

Introdução

No final da década de 1970, houve uma importante mobilização sindical para a defesa dos direitos dos trabalhadores em termos de renda e de saúde, com a criação do Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (Dieese) e o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador (Diesat) em 1980². Essas ações foram fortemente inspiradas pelo Movimento Operário Italiano das décadas de 1960 e 1970, que nos chegaram principalmente pelos livros de Giovanni Berlinguer³ e de Ivar Oddone⁴.

Crescia o movimento pela reforma sanitária que incluía a luta dos trabalhadores por saúde, melhores condições de trabalho e de renda. Nesse contexto, ainda foram criados o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), respectivamente nos anos 1976 e 1979.

Em resposta, surgiram movimentos sindicais

O desenvolvimento de ações de proteção à saúde dos trabalhadores na Baixada Santista, em 1983, representou uma inovação na prática da saúde pública⁵. Teve os seguintes pressupostos: a poluição ambiental é gerada no processo de produção; os trabalhadores são os primeiros e os mais intensamente afetados pela poluição no interior das unidades produtivas; os trabalhadores são amparados por uma complexa legislação e ferramentas reivindicativas que lhes possibilitam uma ação política em defesa

da saúde (por exemplo, acordos trabalhistas); os trabalhadores e suas famílias tendem a residir em lugares insalubres e, de modo geral, mantêm-se expostos aos mesmos poluentes ou a outras nocividades, uma vez que as áreas urbanas operárias são desprovidas de qualidade ambiental.

Para essa atuação foram escolhidos agravos à saúde vinculados aos perfis das indústrias de Cubatão (Siderurgia, Refinaria de Petróleo, Petroquímicas, Fertilizantes, Clororados, Papel) que afetavam concomitantemente o ambiente, a saúde da população e dos trabalhadores. Esse perfil de agravos assim vinculados possibilitou instrumentalizar a organização sindical em defesa da saúde, o movimento ambientalista e o planejamento de um programa novo para a ST, nunca havido na rede pública de saúde. Nesse processo, criou-se a Associação das Vítimas da Poluição e uma agenda de defesa da saúde em três importantes sindicatos da região (Metalúrgicos, Petroleiros, Construção Civil), e que veio a se ampliar posteriormente, especialmente com os Químicos e Urbanitários.

A sociedade se mobilizava pela redemocratização do País, e a saúde foi uma trincheira que possibilitou fortes alianças entre o movimento sindical de trabalhadores; parlamentares; profissionais de saúde da rede de saúde pública; intelectuais militantes do Partido Comunista Brasileiro, entre outros de esquerda, como o Partido dos Trabalhadores a partir de meados da década de 1980, com a criação do Instituto Nacional de Saúde do Trabalhador vinculado à Central Única dos Trabalhadores.

2. DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTUDOS E PESQUISAS DE SAÚDE E AMBIENTE DE TRABALHADOR. O que é? Disponível em: [3. BERLINGUER, G. *A saúde nas fábricas*. São Paulo: Cebes; Hucitec; Oboré; 1983](http://diesat.org.br/diesat/que-e/#:~:text=Artigo%201%C2%BA%E2%80%93%20O%20Departamento%20Intersindical.ESTATUTO%20e%20legisla%C3%A7%C3%A3o%20em%20vigor. Acesso em: 17 dez. 2020.</p>
</div>
<div data-bbox=)

4. ODDONE, I., et al. *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. SP: Hucitec, 1986.

5. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SS-SP 69. DOE, outubro de 1984. In: AUGUSTO, L. G. S. (Org.). *Saúde do trabalhador no desenvolvimento humano local: ensaios em Pernambuco*. Recife: Universitária UFPE, 2009.

O contexto

Em Cubatão, as doenças respiratórias eram a principal causa de internação hospitalar e de morte nesse período. Os acidentes de trabalho estavam entre os mais elevados do País, em uma época em que o Brasil era o campeão mundial na ocorrência desses eventos, fruto da política desenvolvimentista durante o período da ditadura militar-empresarial.

É interessante sinalizar que, durante a Eco-92, no Rio de Janeiro, o governo brasileiro acolheu as empresas poluidoras com atuação restrita na Europa e nos Estados Unidos da América (EUA). Era voz corrente da governança dessa época de que a poluição seria o preço a pagar pelo desenvolvimento, e os acidentes de trabalho pelo emprego.

Com a forte denúncia do Sindicato dos Trabalhadores Metalúrgicos de Santos de casos de intoxicados por benzeno, favorecido pela então vigilância de agravos relacionados com processos produtivos, revelou-se que o problema do benzenismo não se restringia ao âmbito das plantas siderúrgicas. O tema abrange refinarias de petróleo e demais petroquímicas que utilizavam benzeno como matéria-prima⁶⁻¹². A partir do território de Cubatão, o Tema do benzeno ganhou relevância nacional.

O município de Cubatão era conhecido como o Vale da Morte por sua intensa degradação ambiental e poluição que vararam as décadas de 1960, 1970, 1980, 1990 e que ainda não estão completamente saneadas. Graças às inovações em saúde pública inauguradas a partir de 1983, com o apoio do movimento sindical, centenas de casos de intoxicações por exposição ao benzeno foram notificados e investigados na região e que alcançou outras cidades de São Paulo e outros estados da federação. Uma enorme disputa de narrativas se sucedeu. De um lado, o movimento dos trabalhadores denunciando as exposições, a falta de controle ambiental e as intoxicações dos trabalhadores; de outro, o setor empresarial tentava ocultar, minimizar, negar, dificultar de todas as maneiras possíveis os problemas relacionados; e ainda o setor público, na esfera da Saúde, da Previdência e do Trabalho, mobilizava-se para encontrar mediações para o problema complexo.

O caso benzeno

Embora o benzeno fosse há muito reconhecido como substância carcinogênica, teratogênica e nefrotóxica para humanos, não havia a adoção de medidas de controle nos ambientes de trabalho, como ficou inicialmente atestado na siderúrgica de Cubatão, pela Fundação Jorge Duprat de Segurança e Medicina do

Trabalho/Ministério do Trabalho (Fundacentro), pelo Sindicato dos Metalúrgicos de Santos e pela investigação epidemiológica realizada no âmbito do Programa de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado da Saúde em sua regional de Santos⁸.

A Fundacentro teve papel antecedente e importante no tema do benzeno pelos estudos de Novaes que apontaram três grandes grupos de expostos e que resultaram em uma portaria interministerial em 1982, pela redução da presença de benzeno em misturas de solventes⁶.

Inicialmente, uma denúncia sindical e uma ação de vigilância epidemiológica suscitaram novas perguntas, incidentes na vida dos trabalhadores e sobre as responsabilidades das instituições públicas por garantir seus direitos. Na medida em que surgiam dúvidas de diagnóstico para prevenção primária e secundária (mais precoces), de condutas previdenciárias e de medidas de controle, novas questões foram sendo feitas, que obrigaram a criar um plano normativo garantidor de direitos.

Algumas dessas perguntas foram feitas para o campo da medicina responder a respeito de sinais precoces da intoxicação; sobre o tempo necessário de afastamento da função para a recuperação da saúde ou se o dano era definitivo; se as alterações observadas na medula óssea eram permanentes; se havia correspondência entre as alterações clínicas e as observadas na análise hematológica. Outras, relacionadas com os processos produtivos, ficaram aos cuidados da Fundacentro.

Um pensamento crítico guiou o movimento sindical e a maior parte dos técnicos do setor público mobilizados nessa questão; especialmente introduzindo elementos do contexto, e das vulnerabilidades sociais no modo de tratar os problemas que iam emergindo, todos com muitos conflitos de interesses claramente postos e tensionados.

6. NOVAES, T. C. P. *Bases metodológicas para abordagem da exposição ocupacional ao benzeno*. 1992. Dissertação (Mestrado em Química Analítica) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

7. ARCURI, A. S. A., et al. Valor de Referência Tecnológico (VRT) – a nova abordagem do controle da concentração de benzeno nos ambientes de trabalho. *RBSO*, v. 24, n. 89/90, p. 71-85, 1997.

8. AUGUSTO, L. G. S. *Estudo longitudinal e morfológico (medula óssea) em pacientes com neutropenia secundária à exposição ocupacional crônica ao benzeno*. s.n., Campinas, 1991.

9. FARIA, M. A. M., et al. Saúde e Trabalho: acidentes de trabalho em Cubatão. *RBSO*, v. 11, n. 42, p. 07-22, 1983.

10. FARIA, M. A. M., et al. saúde e Trabalho Industrial: valores hematológicos de trabalhadores residentes no polo sidero-petroquímico de Cubatão – SP. *RBSO*, v. 15, n. 60, p. 17-29, 1987.



Foto: Kenn W. Kiser/morguefile.com

Adotou-se um pensamento precaucionário

Para orientar a atuação nessa problemática, foi considerado todo o conhecimento existente, assim como as incertezas, a gravidade para a saúde, o ambiente e o contexto social e a visão do trabalhador sobre a questão. O fato de o benzeno ser uma substância cancerígena, conforme farta literatura científica de quase um século de estudos, tornou-se um vetor importante na radicalização para as medidas de prevenção, proteção e cuidado da saúde de trabalhadores potencialmente a ele expostos.

A precaução adotada se observou inclusive na definição de indicadores de nocividade precoces à saúde devido à exposição ao benzeno, que serviram para o afastamento do trabalhador das situações de risco, antes de ser acometido por doenças graves, como a anemia aplástica e o câncer, entre outras, decorrentes da toxicidade dessa substância química. Também na eliminação de um aceitável limite de tolerância para exposição e quanto à redução dessa substância em produtos acabados.

A criação da nova Comissão Nacional Permanente do Benzeno (CNPB) 1997-2019, de caráter tripartite, possibilitou, no período de sua criação e funcionamento, a ação de Comissões Regionais e de Grupos de Representantes dos Trabalhadores do Benzeno (GTB) em praticamente todas as fábricas envolvidas na CNPB. Foi uma articulação que deu maior amplitude de discussão com agentes públicos (especialmente dos setores da Saúde, do Ministério Público e do Trabalho) e dos trabalhadores (dos setores do petróleo, petroquímico e siderúrgico). Foi também um espaço para formação técnica e sindical em vigilância em saúde dos trabalhadores expostos ao benzeno dessas categorias envolvidas. Posteriormente, possibilitou ampliar a base de atuação para os postos de combustíveis, envolvendo os frentistas¹¹, mas que segue com muita vulnerabilidade. Pode-se afirmar que essa construção nacional foi fruto da coesão do movimento sindical em forte aliança com os setores públicos do Estado, criando uma melhor simetria

para negociar com o setor empresarial as mudanças nos processos produtivos, no controle ambiental e na saúde dos trabalhadores. Também essa CNPB possibilitou um melhor cenário para formação e integração entre os trabalhadores e suas bases com a criação dos GTB. Comissões regionais, encontros, cursos e processos de visitas técnicas foram realizados, com apresentações e discussão de alternativas técnicas e mudanças tecnológicas, como dos sistemas de separadores de água e óleo, melhor estanqueamento de portas de coqueria e operações de coleta de amostras com sistemas fechados, que também resultavam em melhorias ambientais tanto para os trabalhadores como para a população^{13,14}.

Outra conquista relevante dessa articulação: a substituição do Limite de Tolerância de exposição por um Valor de Referência Tecnológico (VRT) não mais vinculado ao estabelecimento de nexos causais entre as alterações hematológicas ou doença decorrente da exposição ao benzeno. A saúde deixou de estar subordinada a um indicador da química analítica, que era arbitrado como supostamente biosseguro.

O duelo que se estabeleceu entre uma visão positivista da Medicina do Trabalho e o da complexidade como realizado pelo campo da ST foi possível pelos processos participativos instituídos. As Campanhas de conscientização simbolizadas por palavras de ordem como 'Operação Caça Benzeno', promovida pela Central Única dos Trabalhadores¹⁵, e 'Benzeno não é flor que se cheire'¹⁶, lema cunhado pelos petroleiros, representam a luta dos GTB; e comissões regionais organizadas em estados com polos petroleiros, petroquímicos e siderúrgicos¹⁷ ilustram algumas das ações nacionais para esse problema.

Podemos afirmar que o modo como o tema do benzenismo foi enfrentado, desde o seu desvelamento pelos trabalhadores em diversos Estados, pela vigilância da saúde pública na região de Cubatão (SP), pela ação Inter setorial e pelos estudos realizados, foi um ganho para a ST em uma perspectiva sistêmica de atuação, que trouxe benefício também para a garantia dos direitos a saúde de modo geral.

11. COSTA, D. F. *Prevenção da exposição ao benzeno no Brasil*. Tese 2009. (Doutorado em Patologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

12. CAMPOS, A. G. *Análise da atividade do frentista diante do perigo da exposição ao benzeno*. 2017. 94 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

13. MACHADO, J. M. H., et al. Alternativas e processos de vigilância em saúde do trabalhador relacionados à exposição ao benzeno no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* v. 8, n. 4, p. 913-921, 2003.

14. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 776, de 28 abr 2004. Dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos relativos à vigilância da saúde dos trabalhadores expostos ao benzeno, e dá outras providências. *Diário Oficial União*, 29 Abr. 2004. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=187844>. Acesso em: 17 dez. 2020.

15. CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES. *Operação Caça Benzeno*. Vídeo. 1991. Disponível em: <http://nucleopiratinha.org.br/a-maldicao-do-benzeno/>. Acesso em: 10 dez. 2017.

16. CORRÊA, M. J. M. A *construção social do silêncio epidemiológico do benzenismo: uma história negada*. 2008. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica, Porto Alegre, 2008.

17. FEDERAÇÃO ÚNICA DOS PETROLEIROS. *Bancada dos Trabalhadores. Benzeno não é flor que se cheire*. 2016. Disponível em: <https://www.fup.org.br/ultimas-noticias/item/23353-benzeno-nao-e-flor-que-se-cheire>. Acesso em: 17 dez. 2020.



SAÚDE DO TRABALHADOR E AMBIENTE: ENTRE CAMINHOS E DESCAMINHOS

Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro
Fátima Sueli Neto Ribeiro

Palavras iniciais

Este ensaio pretende discutir alguns apontamentos, reflexões e contribuições sobre os 'dilemas/cismas envolvendo os campos trabalho e ambiente' no âmbito da SC, tema deste eixo. Este texto tem um caráter mais opinativo e despretensioso diante de uma temática tão complexa, volátil, polêmica e que certamente merece um adequado aprofundamento e rigor científico. É importante frisar também que este ensaio é marcado e enviesado pelo olhar dos autores a partir do campo da ST.

A produção técnico-científica, os saberes e as práticas sobre as relações saúde, trabalho e ambiente tornaram-se crescentes e robustas ao longo do tempo no mundo e no Brasil. Na tentativa de aproximação com os objetivos deste ensaio, buscou-se intencionalmente inspirar e dialogar com autores de referência que tratam de questões históricas, conceituais, metodológicas, políticas, organizacionais da construção dos campos da ST e da Saúde e Ambiente (SA) no Brasil e que podem trazer luzes para a compreensão dos (des)caminhos entre esses campos.

Saúde do Trabalhador e Saúde & Ambiente: origens das políticas

Em uma concepção de linha do tempo, a formação da SC brasileira se alicerçou inicialmente em três grandes disciplinas (Epidemiologia, Políticas de Saúde e Planejamento e Ciências Sociais) e em alguns chamados campos ou áreas de atuação. A ST foi um desses primeiros campos a serem estruturados.

Porto¹ aponta para as diferentes perspectivas explicativas para a configuração do campo da ST. Enquanto alguns autores assumem que a ST emerge como uma tentativa de ruptura e avanços da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, a partir do movimento nos países industrializados entre 1950 e 1970. Em particular na Itália, cujas reforma sanitária e atuação sindical conformaram o Modelo Operário Italiano (MOI) em saúde e que inspiraram fortemente o Brasil. Outros autores localizam essa emersão no contexto da redemocratização na América Latina, nas décadas de 1970 e 1980, com a emergente Medicina

Social Latino-Americana (MSLA), e no Brasil com o movimento da saúde coletiva.

Nesse contexto, emergem as principais categorias para analisar a determinação social do processo saúde-doença e a centralidade do trabalho, constructos importantes na trajetória do campo da ST no Brasil. Asa Cristina Laurell no México desenvolve uma perspectiva mais focada no processo produtivo, enquanto Jaime Breilh no Equador desenvolve uma perspectiva de processo de trabalho mais integrado ao processo de reprodução social. Essas diferenças resultam em modelos de explicação e, conseqüentemente, possibilidades de organizar ações de atenção integral à ST distintas.

O rico debate na produção teórica da academia e a operacionalização em práticas dos serviços de saúde do SUS foram fortalecidos com a crescente participação dos trabalhadores organizados em sindicatos, inaugurando um relacionamento mais democrático entre Estado-Sociedade.

A ST começava a ser exercida nos serviços de saúde nos anos de 1970 e ganhava espaço na SC nos anos 1980. A ST passava a fazer parte da pesquisa e divulgação do Cebes e da Abrasco, em que foi constituído um Grupo Temático (GT) de ST. O Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), da Fundação Oswaldo Cruz, foi inaugurado em 1985, e as Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador ocorreram em 1986, 1994, 2005 e 2015. Naquele momento, as questões SA ocupavam um espaço mais periférico no interior da ST.

Nos serviços de saúde, a ST se estruturou em Programas e a partir de 2002 em centros de referência financiados e com uma Política Nacional em 2005. Entretanto, na instância ministerial, flutuava entre as áreas de planejamento, atenção/assistência à saúde e a vigilância.

Por volta dos anos 1970, no bojo da SC latino-americana e brasileira, com a crise ambiental e particularmente na década de 1990, ganhava amplitude o campo da SA, com elementos também distintos da tradicional saúde ambiental².

1. PORTO, M. F. S. Crise das utopias e as quatro justças: ecologias, epistemologias e emancipação social para reinventar a saúde coletiva. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 24, n. 12, p. 4449-4458, 2019.

2. FREITAS, C. M. A produção científica sobre o ambiente na saúde coletiva. *Cad. Saúde Pública*, v. 21, n. 3, p. 679-701, 2005.

3. TAMBELLINI, A. T., et al. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 3, n. 2, p. 47-59, 1998.

4. PORTO, M. F. S. Saúde do trabalhador e o desafio ambiental: contribuições do enfoque ecossocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 10, n. 4, p. 829-839, 2005.

Os tensionamentos e as divergências teórico-práticas nas academias e nos serviços de saúde da ST culminaram na criação de um GT específico em SA na Abrasco em 2002³. No setor saúde, a dimensão do ambiente era compreendida como externa ao humano e traduzida em 'ambiente físico', 'ecossistema' ou 'espaço geográfico'. O movimento ambientalista nos anos 1960 e 1970 contribuiu para a ampliação da concepção dos problemas ambientais, assim como recuperando a dimensão política e social relacionadas com esse tema.

No Ministério da Saúde (MS), amplia-se a compreensão de que as ações de promoção da saúde deveriam ser implementadas levando-se em consideração o ambiente no qual as pessoas residiam e trabalhavam. Na modalidade de Conferências Nacionais de Saúde, em 2003, 2005, 2008 e 2013, ocorreram as Conferências de Meio Ambiente ligadas ao Ministério de Meio Ambiente. No âmbito do MS, foi realizada apenas a I Conferência e Ambiente em 2010.

Em uma vertente mais preocupada com os aspectos sociais, o conceito de justiça ambiental sob o olhar de Porto⁴ buscou explicitar a relação entre diferenças socioeconômicas e degradação ambiental e assegurar o acesso justo e equitativo aos recursos ambientais do País. Esse retrospecto é importante para identificarmos a emersão dos campos da ST e da SA e como eles vêm se estruturando e se articulando.

Caminhos e descaminhos

Embora partilhassem de um mesmo marco teórico geral (a SC latino-americana), como foi ficando claro ao longo dos anos, a ST e a SA tinham objetos, sujeitos, instrumentos, práticas, parceiros institucionais e sociais estratégicos diferentes. As prioridades, por consequente, não eram as mesmas. Tentar compreender e contextualizar essas especificidades e trajetórias históricas pode ajudar na (re)articulação entre a ST e SA. Afinal, que especificidades seriam essas que poderiam implicar caminhos e descaminhos na relação ST/SA?

O conceito abrangente da determinação social do processo saúde-doença, os princípios da (inter)transdisciplinaridade, da (intra)intersectorialidade e da participação social foram fundantes tanto na ST como na SA. Contudo, o trabalho e o ambiente ocupavam espaços diferentes. A ST possui como seu foco central o processo e os ambientes de trabalho, e não a questão ambiental no seu sentido mais ampliado. O coração da ST é a compreensão do trabalho como categoria explicativa hegemônica do processo saúde-doença. A questão ambiental representaria na ST um desvio da centralidade do trabalho? Essa discussão se arrastou

por vários anos, não havendo consenso, e, sim, uma ruptura. Entendemos que esse foi o motivo principal de implicou uma citada cisão no interior da ST e na constituição da SA, inclusive na Abrasco. Objetos e entendimentos distintos que colocaram a ST e a SA em caminhos paralelos, ora mais próximos, ora mais distantes, mas em trajetórias particulares e/ou mesmo até conflitivas.

Essa distância/proximidade das áreas se fazia notar em diversos setores e se expressava no âmbito do SUS, nas suas várias esferas organizativas de atuação. Na instância federal, na Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, os espaços distintos da ST e da SA se reproduziam em diretorias, divisões, departamentos, ações, programas, eventos, documentos e publicações. Além dos focos distintos (trabalho e ambiente), os objetos privilegiados para estudo/intervenção/políticas eram diferentes: danos aos trabalhadores e danos ao ambiente. Tanto para a ST como para a SA, a ênfase no processo saúde-doença se voltava mais para os agravos/danos do que para a saúde propriamente dita.

Outra questão para reflexão é sobre quais seriam os atores sociais prioritários para a ST e para a SA. Aqui também havia diferenças postas. Para a ST, os seus sujeitos principais eram os trabalhadores por meio de seus sindicatos, centrais sindicais, associações e movimentos sociais mais engajados nas questões da saúde no trabalho. Para a SA, os sujeitos principais eram as ONG, lideranças e outros movimentos socioambientais. As questões intersectoriais também tinham certas particularidades. Para a ST, os setores a serem mais envolvidos eram o trabalho e a previdência social, enquanto para as SA, era o meio-ambiente.

Todavia, parece haver uma grande e essencial convergência quanto aos geradores e/ou responsáveis maiores pelos danos aos trabalhadores e ao ambiente: empresas e/ou empregadores sob o mesmo modelo de produção destrutivo. Duas faces de uma mesma moeda. Em última instância, o modelo de desenvolvimento capitalista.

É necessário e possível um outro caminhar?

A despeito dessas diferenças estruturais, ao longo dos últimos 20 anos, ocorreram vários esforços no sentido de uma maior integralidade e integração entre a ST e SA. Nessa direção, inúmeros congressos, seminários, conferências, cursos e pesquisas foram e estão sendo realizados – e, diga-se de passagem, com êxito. A título de exemplificação, destaca-se a publicação do livro 'Dossiê Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde', organizado pelo GT-SA/Abrasco em 2015.



Existem algumas questões específicas que podem ou poderiam ser facilitadoras nessa aproximação ST-SA: os temas dos agrotóxicos e da mineração. Estes ganharam grande centralidade e impacto tanto para a ST quanto para a SA. Os recentes crimes decorrentes dos rompimentos das barragens de rejeitos de minérios de Fundão (Mariana, 2015) e da Mina do Córrego do Feijão (Brumadinho, 2019) ilustram bem como um evento ocorrido no ambiente de trabalho pode impactar fortemente o ambiente. Ao mesmo tempo, um ergocídio e um ecocídio. Trata-se de um grande ergococídio causado por uma mesma empresa mineradora. Trabalhadores diretos das empresas envolvidas, outros trabalhadores e populações do entorno e dos territórios atingidos, comunidades particulares, como as indígenas e as quilombolas, e todo um ecossistema fortemente impactado ao longo das bacias hidrográficas agredidas. Os elos entre a ST e SA na abordagem dessas tragédias são descaradamente evidentes.

Porto⁵ destaca que o modelo de desenvolvimento capitalista trabalha para essa não integralidade e não intersetorialidade. Acrescenta uma importante reflexão provocativa da necessidade de

[...] desconstruir a noção do proletariado como sujeito histórico central dos processos de transformação social e que os processos emancipatórios deveriam forçosamente articular as lutas das classes trabalhadoras com as de todos os outros grupos dominados e oprimidos no sistema-mundo, os quais foram desprezados como 'sujeitos não históricos'.

Não seria mais uma questão crucial para o diálogo ST-SA?

As respostas parecem estar no enfrentamento conjunto de trabalhadores em grupos organizados e ameaçados em uma perspectiva macro e microssocial. Seja na lógica de classes sociais ou de determinantes socioeconômicos, abordar esse atual modelo civili-

zatório não é uma questão de se iniciar necessariamente pelo trabalhador explorado ou pela natureza devastada. Não há uma rígida hierarquia, ambos são sujeitos, meios, produtos, insumos descartáveis do mesmo cenário.

Uma ação bem articulada intersetorialmente, não fragmentada, com maior empoderamento institucional e social teria um poder de intervenção mais robusto. A atual pandemia da Covid-19, em meio a uma grave crise econômica, política, social e sanitária, agravou um prévio e estrutural cenário nacional e internacional.

As crises no mundo do trabalho e do ambiente são profundas e sem precedentes. Ricardo Antunes já traçava uma nova morfologia do trabalho, com suas novas formas de composição e de adoecimentos, precarizações, terceirizações, desregulamentações e assédios.

Autores com Boaventura Santos e Pepe Mujica nos conclamam a “*descolonizarmos*”, “*acordarmos*” e “*construirmos um novo modelo civilizatório*”. Michael Löwy⁶ aponta para o ecossocialismo como uma estratégia de convergência das lutas sociais e ambientais, das lutas de classe e das lutas ecológicas contra o inimigo comum que seriam as políticas neoliberais.

No entanto, essa convergência apontada por Löwy⁶ não se dá espontaneamente. Ela precisa ser organizada pelos trabalhadores, pelos ambientalistas, por suas organizações, pela sociedade de modo geral, por meio de estratégias que integrem as lutas sociais e as lutas ecológicas. Assim, voltamos à necessidade, à possibilidade e à ousadia de se construir um outro paradigma civilizatório. Esse novo modelo pressupõe reconhecer novos/tradicionais valores humanos e novas estratégias para promover a saúde e a vida no planeta.

Oxalá que os sujeitos da ST e da SA se abram ao diálogo e à construção conjunta de novos modelos de trabalho, de produção e de saúde, em uma ecologia ecoespiritual calcada no bem viver e no ideário de uma sociedade diferente, justa e equânime pós-pandemia.

5. PORTO, M. F. Saúde do Trabalhador e Modelo de Desenvolvimento: aprofundando as origens e as contradições dos entraves. *RBSO*, v. 38, n. 128, p. 179-198, 2013. Disponível em: [https://siabi.trt4.jus.br/biblioteca/direito/doutrina/artigos/Revista%20Brasileira%20de%20Saude%20Ocupacional/2013/Revista%20Brasileira%20de%20Sa%C3%BAde%20Ocupacional.%20S%C3%A3o%20Paulo.%2038%20\(129\)%20179-198.%202013.pdf](https://siabi.trt4.jus.br/biblioteca/direito/doutrina/artigos/Revista%20Brasileira%20de%20Saude%20Ocupacional/2013/Revista%20Brasileira%20de%20Sa%C3%BAde%20Ocupacional.%20S%C3%A3o%20Paulo.%2038%20(129)%20179-198.%202013.pdf). Acesso em: 19 dez. 2020.

6. LÖWY, M. Crise ecológica, crise capitalista, crise de civilização: a alternativa ecossocialista. *Caderno CRH*, v. 26, n. 67, p. 79-86, 2013.

Ponte ferroviária em Córrego do Feijão, destruída após desastre em 2019.



BANIMENTO DO AMIANTO NO BRASIL: UM PASSIVO AMBIENTAL E UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

*Hermano Albuquerque de Castro
Francisco Pedra*

Os danos do amianto na saúde

O amianto é uma ameaça para os trabalhadores e para toda a população. Ele é causador de doenças pulmonares, tais como asbestose, placas pleurais, câncer de pulmão e mesotelioma, a literatura relata vários casos de mesotelioma em trabalhadores e populações expostas. A utilização do amianto em diferentes processos produtivos e utilizados no consumo, como telhas e caixas d'água, proliferou-se nos últimos 100 anos. Diversos estudos mostraram que a fibra pode causar danos tanto aos familiares dos trabalhadores, que traziam as fibras para a residência, quanto para a população exposta devido ao manuseio de materiais contendo fibras de amianto

As formas de exposição ao amianto são classificadas em ocupacional e ambiental e parecem estar entrelaçadas ao processo de adoecimento humano, pois a própria classe trabalhadora e seus familiares geralmente residem próximo à mina e se expõem de múltiplas formas ao mineral. Outras formas de exposição ao amianto por mulheres, crianças e outras pessoas ocorrem por meio do manuseio de roupas e objetos de trabalhadores expostos e/ou por se apresentarem como trabalhadores indiretos, que removem veios de amianto de rochas britadas por intermédio da catação manual e ensacam os resíduos de amianto, tal como ocorreu na história da mineração do município de Bom Jesus da Serra (BJS) na Bahia.

A exposição relacionada com o amianto/asbesto, em que as pessoas são frequentemente expostas sem o saber e com o adoecimento ocorrendo tempos após a liberação da fibra e em local distante da fonte de liberação, pode ocasionar um câncer devido à exposição ambiental. Esse tipo de exposição, claramente, ameaça a vida dos consumidores do produto e a quem se expõe à fibra mineral. São perigos ambientais para a saúde pública, tendo os riscos se multiplicado e expandido no espaço e no tempo, atingindo casas, cidades e efeitos futuros sobre a vida.

Estudos brasileiros recentes têm identificado maior incidência de óbitos por mesotelioma e câncer de pulmão em cidades e regiões com maior consumo de asbesto, onde se localizavam fabricas de materiais com esse mineral.

Os processos produtivos insustentáveis e a luta pelo banimento

No Brasil, mesmo após o banimento do amianto, conviveremos com um dos maiores passivos ambientais, no convívio com telhas e caixas d'água utilizadas largamente em todo País. O amianto crisotila foi proibido em todo o País, em dezembro de 2017, pelo Supremo Tribunal Federal (STF); essa decisão entrou em vigor somente a partir de fevereiro de 2019. A decisão do STF validou as leis estaduais de São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Pernambuco, e da lei municipal da cidade de São Paulo, que proibiram as atividades econômicas com amianto em seus respectivos territórios.

A produção de amianto no Brasil reduziu-se de um patamar de 200 mil toneladas em 2017 para 110 mil em 2018, e 15 mil em 2019; até 2012, o consumo total acumulado da fibra no Brasil (90% de variedade crisotila) chegou a 6 milhões de toneladas, 98% delas empregadas na fabricação de produtos de cimento-amianto (telhas, caixas d'água, divisórias). Entretanto, seu uso no País foi amplo (produtos de fibrocimento, juntas, freios de veículos, isolamento térmico, produtos têxteis) e intenso. O Brasil é um país de alto consumo e elevada exposição ao amianto, porém com baixo registro de Doenças Relacionadas ao Amianto (DRA). As razões para baixa sensibilidade da rede de assistência à saúde para essas doenças vão desde falta de diagnóstico adequado pelo médico até dificuldades de registro na previdência social e no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) do MS. O longo tempo de latência até que doença se manifeste dificulta que muitos trabalhadores e populações expostas se lembrem das exposições ocupacionais e ambientais.

A exposição ao asbesto ameaça amplamente a população, em particular a mais pobre, pela extensa utilização de telhas, caixas d'água, divisórias, tecidos como luvas, mangueiras, gaxetas, que permanecem por tempo indefinido após sua instalação ou uso. Essas características implicam, ao longo do tempo, maior chance de ocorrerem fraturas e desgastes das peças, seja na manutenção, na substituição, e de eventos como intempéries, desabamentos, impacto de veículos e outros.



Vigilância em saúde e a proteção dos expostos

Em São Paulo, vem sendo executado um plano de vigilância avançado e abrangente, com resultados relevantes e promissores. O Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, atuando em conjunto com o extinto Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), o Ministério Público do Trabalho (MPT), com coordenações regionais dos Grupos de Vigilância Sanitária, articulados com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), realizou, entre 2012 e 2015, inspeções em 6.767 estabelecimentos de vendas do produto no varejo, interditando mais de 160 mil unidades de produtos. Essa linha de intervenção é parte de um plano abrangente e sistemático de intervenção nas fontes de contaminação, preparação de pessoal técnico, iniciativas de esclarecimento público, entre outras.

O mapeamento da presença do amianto no território brasileiro exige um trabalho extenso e intenso e esbarra em grandes dificuldades. Plantas industriais ainda em atividade, obras de construção civil, comércio de peças de fibrocimento funcionando ao arpejo da lei, depósitos perigosos de rejeitos industriais e de peças substituídas em edificações, obras de construção civil, oficinas mecânicas, uma imensa quantidade de residências, escolas, escritórios, minas abandonadas e afloramentos, e demais tipos de ambientes que contêm peças com asbestos. Um recurso de maior importância para análise e identificação da presença do amianto/asbesto em edificações pode ser feito utilizando processamento geoespacial, como o uso de imagens de alta resolução obtidas por satélites.

A Resolução Conama nº 348/2004¹ considerou o amianto como resíduo perigoso, incluindo o mineral na Classe 'D', como resíduos perigosos oriundos do processo de construção, tais como tintas, solventes, óleos e outros ou aqueles contaminados ou prejudiciais à saúde oriundos de demolições, reformas e reparos de clínicas radiológicas, instalações industriais e outros, bem como telhas e demais objetos e materiais que contenham amianto ou outros produtos nocivos à saúde. Uma importante medida com relação ao passivo instalado é a recomendação de

evitar manobras que alterem a estabilidade das fibras nos materiais, sendo seu encapsulamento uma medida importante para evitar novas contaminações e preservar os trabalhadores e o ambiente nos domicílios e de uso coletivo público ou privado. O encapsulamento se faz pela aplicação de impermeabilizantes, vernizes ou outros, sobre os materiais de maneira a manter incorporadas neles as fibras de amianto, a fixar as peças ao suporte, formando uma película de proteção, impedindo ou reduzindo a liberação de fibras. Bem claro que esse procedimento não é melhor nem definitivo como é a completa retirada do material onde quer que esteja.

Muito especialmente, a proteção dos profissionais responsáveis pela descontaminação deve ser alvo de cuidado minucioso, devem ser protegidos com respiradores especiais, óculos, luvas e roupas de proteção – e o fornecimento de instalações especiais para a descontaminação.

Outra linha de intervenção de máxima importância deve ser o aprimoramento da capacidade de os profissionais e serviços realizarem o diagnóstico das DRA, seu tratamento e reabilitação, bem como a coleta e guarda das informações sobre o passado de exposição dos indivíduos, a realização de campanhas de conscientização pública, assim como dos profissionais.

Em qualquer doença com longo tempo de latência, a coleta de dados que depende da memória dos pacientes é sempre muito limitada. No entanto, são fundamentais, e seu achado deve apoiar-se em entrevistas, questionários e outros instrumentos que cabe à rede de atenção à saúde elaborar e consolidar. Contribuem para a identificação de expostos os dados existentes de atuação profissional em atividades potencialmente expostas, disponíveis em alguns bancos públicos, como Relação Anual de Informações Sociais (Rais), Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), MTE, Sinan-MS, ações de vigilância, pesquisas e outros.

É fundamental impedir qualquer retrocesso na aplicação da decisão que banitiu o uso no Brasil, bem como a necessidade de organizar ou ampliar os serviços de atenção à saúde dos trabalhadores atuais e aos que foram expostos no passado.

1. BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Resolução Conama nº 348, de 16 de agosto de 2004. *Diário Oficial da União*. 17 Ago. 2004. Disponível em: <http://www2.mma.gov.br/port/conama/legiabre.cfm?codlegi=449>. Acesso em: 12 nov. 2020.

EXPOSIÇÃO A SOLVENTES CLORADOS E O PRINCÍPIO DA PRECAUÇÃO: O CASO RHODIA

Lia Giraldo da Silva Augusto

Introdução

A caracterização do dano ambiental e de agravo à saúde dos trabalhadores expostos à solventes clorados, fabricados pela Rhodia no polo industrial de Cubatão (SP), foi fundamental para o estabelecimento de processos judiciais em defesa da saúde e do ambiente na região de abrangência daquela zona petroquímica e siderúrgica, nas décadas de 1980-1990¹.

A situação da exposição aos solventes clorados era múltipla e provinha principalmente da contaminação do ar e do solo dentro da fábrica; e, também, do solo, do ar e da água em terrenos que receberam lixo industrial dessa produção ao longo da estrada, entre as cidades de Cubatão, São Vicente até Itanhaém, litoral de São Paulo, onde lotes foram vendidos para a construção de residências, mediante autorização das prefeituras¹.

O ambiente nessa região foi contaminado pelos produtos tóxicos da produção de pentaclorofenol, tetracloreto de carbono, percloroetileno e hexaclorobenzeno (HCB) (resíduo da produção – um potencial cancerígeno). Os processos produtivos dessa fábrica contaminaram o ambiente, expondo trabalhadores e moradores a agentes altamente tóxicos^{2,3}.

A interdependência entre o biológico e o social

A exposição aos solventes clorados, entre os vários efeitos produzidos na saúde dos trabalhadores –, e entre vários danos –, provoca alterações citogenéticas, considerado sinal de processos carcinogênicos. É um efeito que causa a quebra de cromossomos, pedaços que são vistos como micronúcleos facilmente identificados ao microscópio óptico³.

Uma pesquisa desse efeito criptogênético, em trabalhadores expostos aos organoclorados, foi realizada a pedido dos trabalhadores da fábrica Rhodia de Cubatão (SP). O 'teste do micronúcleo' foi então realizado com a melhor técnica disponível, em culturas de linfócitos de sangue, no Hemocentro da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), com o consentimento dos trabalhadores. As alterações observadas eram fotografadas e mostradas aos trabalhadores, uma forma de eles compreenderem e se apropriarem do que se tratava as imagens analisadas pelo pesquisador.

A maioria dos trabalhadores da fábrica tinha formação em química, de nível técnico ou superior. Esse estudo demonstrou haver aumento na frequência de micronúcleos entre os expostos aos organoclorados produzidos pela Rhodia – Cubatão^{2,3}. É um indicador biológico de efeito, que, ao ser tratado no contexto de produção e exposição, ganhou um grande significado na luta em defesa da saúde daqueles trabalhadores. Trata-se de uma alteração molecular que antecipa a doença grave, no caso, o câncer. Era uma evidência de dano reconhecida pela ciência e passou a ser também pela justiça. Esse reconhecimento significou proteger os trabalhadores antes do advento da doença propriamente dita. A frequência de micronúcleo aumentada entre expostos tem como significado o aumento da probabilidade do advento de câncer. Não significa ter a certeza de vir a ocorrer, mas, sim, o aumento da chance dessa ocorrência. Nessa concepção, temos já um elemento de precaução para atuar na proteção e na prevenção diante do perigo de exposição a substâncias cancerígenas.

Esse caso mostra claramente a interdependência entre o biológico e o social, que podemos sintetizar como um processo de determinação social da saúde, no qual o contexto está marcado pelas relações trabalho, produção, ambiente e saúde.

Conceitos precaucionários aplicados

Um processo judicial movido pelo sindicato dos trabalhadores químicos de Cubatão-SP possibilitou um ganho inovador, o de que qualquer alteração na saúde, diante da suspeita de exposição aos produtos dessa fábrica (sabidamente tóxicos), deveria ser considerada como de responsabilidade da empresa. Além das doenças, as alterações na saúde detectadas por indicadores biológicos de efeito passaram a ter reconhecimento.

Na época, em favor da adoção de um indicador precoce de efeito, o sindicato dos trabalhadores químicos da região argumentava que, para o decurso de uma doença do trabalho até seu diagnóstico e a confirmação do nexa, haveria um grande tempo de latência, com prejuízo para a prevenção e cuidado, tanto do caso como do coletivo. O diagnóstico poderia

1. AUGUSTO, L. G. S. A construção do campo da saúde do trabalhador e da saúde ambiental. In: AUGUSTO, L. G. S. (Org.). *Saúde do trabalhador e sustentabilidade do desenvolvimento humano local*. Ensaios em Pernambuco. Recife: UFPE, 2009. p. 47-51.

2. AUGUSTO, L. G. S. *Exposição Ocupacional a Organoclorados em Indústria Química de Cubatão – Estado de São Paulo: avaliação do efeito clastogênico pelo teste de micronúcleos*. 1995. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.

3. AUGUSTO, L. G. S., et al. Micronucleus monitoring to assess human occupational exposure to organochlorides. *Journal of Environmental Molecular Mutagen*. v. 29, n. 2, p. 46-52, 1997.

acontecer já quando da aposentadoria do trabalhador ou quando tivesse mudado de empresa ou ainda em atividade diversa, dificultando a conexão com a exposição progressa. Também foi considerado que não estavam só envolvidos trabalhadores diretamente contratados da Rhodia, mas havia os terceirizados, que deveriam ser protegidos.

Nessa luta, como veremos, os trabalhadores da Rhodia de Cubatão conquistaram um acordo muito distinto. Os portadores de alteração na saúde, qualquer que fosse, com possível vinculação aos organoclorados, ganharam estabilidade vitalícia.

Essa decisão do judiciário foi pela vida do convencimento de que aquelas substâncias eram potencialmente cancerígenas, e que uma associação linear causa-efeito, caso a caso, era sempre muito difícil de ser realizada pelas vítimas, e que terminariam sem a devida reparação. Nesse caso dos trabalhadores expostos aos organoclorados, a detecção de alterações moleculares e celulares, que são sinais precoces e antecessores de doença, foi considerado suficiente para a tomada de medidas de proteção, cuidado e reparação.

Em adição, foi recomendado o estabelecimento de um seguimento vitalício dos trabalhadores, com exames periódicos definidos em um protocolo. Esse caso foi um entre outros que ajudou a estabelecer o conceito do nexo epidemiológico.

A abordagem precaucionária foi aplicada especialmente ao expandir o entendimento de 'dano à saúde' para alterações mais precoces (pré-clínicas) antes do surgimento de doenças limitadoras de atividade ou quando em estágio já irreversível, incapacitante ou mesmo pós-morte.

Nessa época, a empresa poluidora Rhodia tentava escapar de suas responsabilidades, alegando que havia no 'mundo' uma ampla e antiga contaminação por organoclorados, que chegavam até a região Antártica, e que ela não podia ser acusada pela contaminação das pessoas na região de seu entorno.

Isso exigiu a realização de estudos epidemiológicos comparativos entre grupos expostos e não expostos. Duas pesquisas foram realizadas. Uma, estudou os trabalhadores e familiares em diversas situações de exposição. Os grupos de comparação foram de trabalhadores em diferentes empresas na mesma região². Outra, comparou a concentração de hexaclorobenzeno em leite materno de mulheres residentes nas áreas contaminadas pela Rhodia com outras nutrízes de áreas distantes⁴.

Nos dois estudos, a presença de HCB no sangue e no leite materno, respectivamente, mostrou valores detectáveis significantes e validados estatisticamente. Esse resíduo tem característica organopersistente, podendo permanecer no ambiente e nos tecidos gordurosos

do corpo humano por longo período. Dessa forma, o argumento da empresa não se sustentou. Ela foi, sim, responsabilizada por aquela contaminação e poluição de organoclorados na região.

Antecedentes históricos

Em 1986, um grupo pequeno de 28 trabalhadores da Rhodia que portavam lesões de pele demandou, ao Centro de Saúde dos Trabalhadores (Cesat) da Regional de Santos, uma avaliação dessas lesões que eram comuns aos que tinham trabalhado na antiga fábrica de Pentaclorofenol (pó-da-china) na Rhodia de Cubatão (SP).

O estudo desse grupo revelou que eram portadores de Acnecloro, uma doença relacionada com o trabalho. O estabelecimento desse nexo trouxe como resultados a estabilidade vitalícia do grupo acometido. Além desse ganho, tirou-lhes um enorme peso de discriminação social. As lesões de Acnecloro se encontravam no rosto e em outras partes do corpo, incluindo as genitálias. São lesões que produzem um odor fétido, afetando profundamente a vida social dos trabalhadores portadores dessas lesões. Era frequente a empresa enviá-los para clínicas de estética para limpeza de pele. Alguns perderam suas companheiras sob suspeita de portarem doença venérea, e outros tinham distúrbios socioafetivos, segundo alguns relatos de 'nojo de si próprios'.

A revelação e a compreensão da verdadeira causa das lesões de pele tornaram esse grupo comprometidos com a luta em defesa da saúde. Como conquistaram a estabilidade vitalícia, com o apoio indispensável do Cesat, um forte elo de confiança se estabeleceu, fundamental para ampliação da luta contra a poluição, no interior e no exterior da fábrica.

Esse grupo foi mobilizado para documentar os lugares dentro da fábrica, onde havia problemas de vazamentos e aterros clandestinos de substâncias perigosas. Em uma ação articulada com o Ministério Público de Cubatão, foi realizada uma diligência orientada pela informação desses operários. Participaram da inspeção a Secretaria de Estado de Relações de Trabalho, o Instituto Nacional de Previdência Social, o Programa de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado da Saúde de Santos e o Sindicato dos Trabalhadores Químicos. A farta documentação dessa diligência resultou em um primeiro dossiê, que ficou conhecido como 'Dossiê Rhodia I'.

Em junho de 1993, esse documento foi levado à justiça, e o juiz encarregado do caso determinou o imediato fechamento da fábrica. Uma odisseia que contou com apoio, entre outros, de parlamentares, da mídia, do Greenpeace e da Confederação Geral dos

4. MESQUITA, S. A., et al. Determination of HCB in a population exposed to organochlorine industrial residues site in Samaritá region, São Vicente City, São Paulo, Brasil. In: INTERNATIONAL UNION OF APPLIED CHEMISTRY; ASSOCIATION GROUP OF PESTICIDE RESIDUE ANALYSTS. *Workshop on Pesticides*, São Paulo, 1996. p. 75. (v. 1).

Trabalhadores da França, uma vez que a Rhodia era uma estatal francesa.

O fechamento dessa fábrica impactou a agenda mundial de redução da produção de Clorofluorcarbonetos (CFC). Como se sabe, essa substância, utilizada para produção de *sprays*, gás para refrigeradores e ares-condicionados, é considerada uma das responsáveis pela destruição da camada de ozônio na atmosfera. O CFC era produzido a partir do Tetracloreto de Carbono. A Rhodia de Cubatão era uma das principais fornecedoras mundiais. Pode-se afirmar que, com essa ação

local, foi possível impactar positivamente a ação global de proteção da camada de ozônio, fundamental à filtração de componentes nocivos de raios solares.

Na Ação Civil que interditou a fábrica, com o apoio dos trabalhadores, foi celebrada um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC 249/93, reeditado várias vezes) pelo Ministério Público Estadual em Cubatão, que, nos seus termos, previa garantias aos trabalhadores, como explicado acima, especialmente a estabilidade vitalícia para todos os trabalhadores da Rhodia de Cubatão (SP). A empresa, o Ministério Público Estadual e o Sindicato dos Químicos assinaram um acordo judicial dividido em três partes: I – Obrigações de caráter ambiental; II – Preceitos relativos à saúde; e III – Disposições gerais⁵. A

fábrica permanece fechada até hoje, mas posteriormente, por desrespeito sistemático aos TAC pela empresa, os trabalhadores exigiram uma reintegração, para manter a empresa responsabilizada pelos danos causados.

Os desdobramentos da luta dos trabalhadores

O processo de fechamento da fábrica exigiu uma independente associação dos trabalhadores da Rhodia, em uma ONG, congregando a Associação de Combate aos Poluentes e a Associação de Consciência à Prevenção Ocupacional⁵ (ACPO).

Como a Rhodia tinha diversas subsidiárias no Brasil, logo essa associação se tornou nacional. A ACPO se mantém em permanente atuação política em defesa dos trabalhadores expostos a organoclorados, fazendo parte da Rede de Justiça Ambiental. Teve destaque no apoio a luta de outra categoria, contra a empresa Shell – Basf na região de Campinas (SP), em que mais uma vez os trabalhadores, depois de muitos anos de judicialização, foram vitoriosos em sua causa de reparação.

Lições aprendidas

A evocação do princípio da precaução, o pensamento crítico, a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, a participação social e a coragem dos trabalhadores permitiram problematizar o processo de causalidade e possibilitaram efetivas ações de proteção à saúde dos trabalhadores com processos de reparação vitoriosos.

5. ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AOS POLUENTES; ASSOCIAÇÃO DE CONSCIÊNCIA À PREVENÇÃO OCUPACIONAL. *Rhodia Cubatão, Quarenta e Sete Anos Poluindo e Envenenando Ecossistemas e Pessoas*. Disponível em: http://www.acpo.org.br/tac/resumo_historico_rhodia.pdf. Acesso em: 29 jun. 2020.

PERFIL DA INDÚSTRIA BRASILEIRA DO ALUMÍNIO E IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE E O AMBIENTE

Sandra Hacon
Lucas de Oliveira Couto

O Brasil é o décimo quarto produtor de alumínio primário no mundo, ficando atrás de China, Rússia, Canadá, Emirados Árabes, Índia, Austrália, Noruega, Bahrein, Arábia Saudita, EUA, Islândia, Malásia e África do Sul. É o quarto produtor de bauxita, atrás de Austrália, China e Guiné, e o terceiro produtor de alumina, atrás de China e Austrália¹.

Segundo dados da Associação Brasileira do Alumínio (Abal), a capacidade instalada de produção primária no País foi de 900 toneladas em 2018, sendo 460 toneladas na unidade da Albras

em Barcarena (PA) e 440 toneladas na unidade da Companhia Brasileira de Alumínio em Alumínio (SP). Já a produção executada por essas unidades foi de 307,5 toneladas em Barcarena (PA) e 351,5 toneladas em Alumínio (SP), totalizando 659 toneladas produzidas em 2018.

O faturamento da indústria do alumínio foi de R\$ 61,5 bilhões em 2018, com uma participação de 0,9% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional e de 4,9 no PIB industrial; e a participação das exportações de alumínio nas exportações brasileiras foi de 1,7%.

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO ALUMÍNIO. Disponível em: <https://abal.org.br/>. Acesso em: 18 dez 2020.

Quadro 1. Quantidade produzida pelas indústrias do alumínio, segundo categoria.

Indústria	Localização	Região	Quant. produzida (toneladas)
Albras – Alumínio Brasileiro S.A.	Barcarena (PA)	Norte	307,5
Companhia Brasileira de Alumínio	Alumínio (SP)	Sudeste	351,5
Alcoa Alumínio S.A.	Poços de Caldas (MG)	Sudeste	609,0
	Juruti (PA)	Norte	6.555,4
Companhia Brasileira de Alumínio	Mirai (MG)	Sudeste	2.074,5
	Itamarati de Minas (MG)	Sudeste	
	Poços de Caldas (MG)	Sudeste	
MRN – Mineração Rio do Norte S.A.	Oriximiná (PA)	Norte	14.456,6
	Faro (PA)	Norte	
	Terra Santa (PA)	Norte	
Norsk Hydro Brasil Ltda. – Mineração Paragominas S.A.	Paragominas (PA)	Norte	6.214,4
Alcan Alumina Ltda.	São Luís (MA)	Nordeste	351,2
Alcoa Alumínio S.A.	Poços de Caldas (MG) São Luís (MA)	Sudeste	179,7
		Nordeste	1.896,5
Companhia Brasileira de Alumínio	Alumínio (SP)	Sudeste	752,7
Norsk Hydro Brasil Ltda. - Alunorte S.A.	Barcarena (PA)	Norte	3.712,2
South32 Minerals S.A.	São Luís (MA)	Nordeste	1.264,3

Fonte: Abal, os últimos dados disponíveis são de 2018¹.

Histórico dos grupos empresariais atuantes no Brasil

Esta parte é uma transição integral de conteúdo publicado por Henriques e Porto².

Apesar do volume elevado de produção, tanto de bauxita quanto de alumina e alumínio primário, são poucos os grupos que operam no Brasil. Estes são formados por empresas e capitais nacionais e internacionais, sendo que algumas vezes se encontram associados.

A Mineração Rio do Norte (MRN) está localizada no complexo de Porto Trombetas, no município de Oriximiná no estado do Pará. A MRN, criada em 1974, é uma associação de empresas nacionais e internacionais, cujo objetivo era o de produzir bauxita. A MRN, atualmente, é uma das maiores instalações de produção de bauxita do mundo, com capacidade estimada em 18,1 milhões de toneladas por ano. Em 1972, a então Cia. Vale do Rio Doce (CRVD) e a canadense Alcan planejaram reiniciar o projeto criando uma joint-venture. Finalmente, em 1974 foi assinado o acordo de acionistas criando a Mineração Rio do Norte S.A., atualmente composto pelas empresas: Vale (40%), a australiana BHP Billiton Metais (14,8%), a anglo-canadense Rio Tinto Alcan (12%), a Companhia Brasileira de Alumínio (CBA) (10%), a norte-americana Alcoa Brasil (8,58%), a norueguesa Norsk Hydro (5%), a Alcoa World Alumina (5%) e a norte-americana Abalco (4,62%).

A Vale, empresa brasileira privatizada em 1997, atua em todas as etapas de produção da cadeia do alumínio, desde a extração da bauxita, passando pelo refino da alumina e a produção do alumínio. Após a fase de coleta de informações para a confecção do presente artigo, o setor de alumínio da Vale foi negociado para a empresa norueguesa Norsk Hydro. Desta forma esta empresa assumiu todos os ativos correspondentes à extração de bauxita e a produção de alumínio no Brasil, até então geridos pela Vale. Além da participação acionária na Mineração Rio do Norte S.A. (MRN) (40%), a empresa tem participação majoritária na Alumina do Norte do Brasil S.A. (Alunorte) (57%), localizada em Barcarena no estado do Pará, e na Alumínio Brasileiro S.A. (Albras), também situada nesta cidade (51%). O fornecimento de bauxita para a planta de Barcarena é realizado pela Vale em uma unidade produtiva em Paragominas, também no estado do Pará. A produção de bauxita em Paragominas está integrada a unidade de Barcarena por um mineroduto de 244 quilômetros. Já na produção de alumínio primário a Vale tem participação na Albras, subsidiária da Alunorte, com capacidade produtiva de 455 mil toneladas de alumínio primário por ano.

A Albras, está instalada no município de Barcarena, no estado do Pará. A empresa foi constituída em 1978 e instalada em 1985, fruto de uma associação da brasileira Vale e da Nippon Amazon Aluminium Co. Ltda. (NAAC), um consórcio de 17 empresas japonesas com participação majoritária do Japan Bank for international Cooperation, organismo do governo japonês.

2. HENRIQUES, A. B., et al. A insustentável leveza do alumínio: impactos socioambientais da inserção do Brasil no mercado mundial de alumínio primário. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 18, n. 11, p. 3223-3234, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232013001100013&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 17 dez. 2020.

A Alunorte foi criada em 1978 a partir de um acordo entre os governos do Brasil, na época com a participação da Cia. Vale do Rio Doce, e do Japão para a produção conjunta de alumina. Localizada no município de Barcarena, no estado do Pará, a unidade iniciou a produção no ano de 1995 e ostenta atualmente a condição de maior produtora de alumina do planeta. A alumina processada é dividida de acordo com a participação acionária de cada empresa. Os principais acionistas da Alunorte são: as nacionais Vale (57,3%) e CBA (3,62%), a norueguesa Norsk Hydro (34,03%), as japonesas NAAC (2,59%), Mitsui (2,19%) e Japan Alunorte Investments (JAIC) (0,54%).

A Novelis deu início a suas atividades no Brasil em 2005, a partir da cisão dos ativos da Alcan, herdando os empreendimentos desta empresa nos ramos da extração de bauxita e produção de alumina e alumínio primário. A empresa possui duas unidades produtoras no Brasil, estabelecidas nos municípios de Aratu, na Bahia, e Ouro Preto, Minas Gerais. A partir de 2007, a Novelis foi incorporada pela Hindalco Industries Limited, empresa do grupo indiano Aditya Birla e maior produtora de alumínio integrado e de cobre da Ásia.

A CBA, ligada ao Grupo Votorantim, teve sua unidade produção inaugurada em 1955, localizada na cidade paulista de Alumínio em São Paulo. A planta desta empresa é a maior do planeta com operação totalmente verticalizada, concentrando todas as etapas da produção, do processamento da bauxita à produção de alumínio em um mesmo local. A empresa detém também 10% de participação na MRN e uma nova unidade de extração de bauxita no município de Mirai em Minas Gerais.

O Consórcio de Alumínio do Maranhão (Alumar), inaugurado em 1984, é formado pelas empresas Alcoa, Rio Tinto Alcan e BHP Billiton. A planta, localizada no município de São Luís no Maranhão, é uma das maiores do mundo na produção de alumínio primário e alumina.

A Alcoa está presente no Brasil há 45 anos. A empresa possui unidades produtivas em Poços de Caldas, Minas Gerais, São Luís no Maranhão (Alumar) e Juruti, no estado do Pará. A participação acionária de 8,5% na MRN permite a empresa a produzir alumina e alumínio primário na unidade de São Luís (Alumar), sendo que a bauxita explorada em Juruti vem atender a demanda desta unidade, o que contribuiu para sua expansão; já a unidade de Poços de Caldas, onde também é produzido alumina e alumínio, é abastecida de bauxita minerada neste mesmo município.

Os biomas mais afetados

Juntas, essas unidades produziram 31.246,1 toneladas de produtos (alumínio bruto, bauxita e alumina). Essas indústrias fazem parte de um aglomerado produtivo de alumínio e correlacionados que opera na região Amazônica do Brasil, um dos ecossistemas mais importantes do planeta. Do ponto de vista ambiental, a produção do alumínio bruto, da bauxita e da alumina é bastante custosa para um país, principalmente se considerarmos essas atividades na região Amazônica.

Cada tonelada de bauxita beneficiada produz, em média, 1,5 tonelada de escória. Considerando-se a produção brasileira de 2005, estimada em 21,19 milhões de toneladas de bauxita, chega-se a um número de 31,78 milhões de toneladas de escória produzida².

Além disso, no ano de 2009, segundo a Abal, foram consumidos 23.880,6 Gwh no processo de produção de alumínio pelas empresas nacionais e 1.998,3 Gwh para a redução de alumina, perfazendo um total de 25.878,9 Gwh. Apesar desse setor defender que a criação de usinas hidrelétricas privadas para produção de energia é uma alternativa limpa, sabe-se que estas têm produzido elevados impactos socioambientais no Brasil e no mundo, como a alteração do regime hidrológico dos rios, o comprometimento da qualidade das águas devido ao caráter lântico das represas que prejudicam a decomposição de rejeitos e efluentes, a proliferação de vetores transmissores de doenças endêmicas, a até mesmo a emissão de gases do efeito estufa (metano) decorrentes da decomposição da cobertura vegetal submersa³.

Impactos para o ambiente

Além dos efeitos negativos do processo produtivo do alumínio, há também um efeito direto na exposição desse contaminante na natureza. O alumínio é o terceiro elemento mais abundante encontrado na crosta terrestre⁴. Ocorre naturalmente no ar, na água e no solo, sendo que a mineração e o próprio processamento de alumínio podem elevar seu nível de concentração no meio ambiente. Investigações recentes sobre toxicologia ambiental revelaram que o alumínio pode representar uma grande ameaça para a saúde humana e o equilíbrio ecossistêmico⁵.

Os efeitos adversos mais comuns em plantas expostas a grandes quantidades de alumínio são: inibição do crescimento radicular, modificação celular nas folhas, folhas pequenas e verde-escuras, amarelamento e morte das folhas, clorose, roxos e necrose foliar³. O alumínio em altas concentrações também é muito tóxico para animais aquáticos, especialmente para organismos que respiram por guelras, como peixes, causando falha osmorregulatória. A atividade da enzima branquial, essencial para a captação de íons, é inibida pela forma monomérica de alumínio em peixes⁶. Organismos vivos na água, como algas e lagostins, também são afetados pela toxicidade do alumínio.

Impactos para a saúde

Em relação à exposição humana, os sintomas que indicam a presença de maiores quantidades de

3. DUPAS, G. O Impasse Ambiental e a Lógica do Capital. In: DUPAS G. (Org.). *Meio ambiente e crescimento econômico, tensões estruturais*. São Paulo: Unesp; 2008.

4. GUPTA, N., et al. Molecular Basis of Aluminium Toxicity in Plants: A Review. *Am J of Plant Sci.* n. 4, p. 21-37, 2013. Disponível em: https://www.scirp.org/html/4-2600993_41018.htm. Acesso em: 17 dez. 2020.

5. BARABASZ, W., et al. Ecotoxicology of Aluminium. *Pol J Environ Stud.* v. 11, n. 3, p. 199-203, 2002. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/6c4b/ae47be62250c92990c404610c8ac34ad5a71.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2020.

6. ROSSELAND, B. O., et al. Environmental effects of aluminium. *Environ Geochem Health.* v. 12, n. 1-2, p. 17-27, 1990. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/BF01734045.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2021.

alumínio no corpo humano são náusea, úlceras na boca, úlceras na pele, erupções cutâneas, vômitos, diarreia e dor artrítica. No entanto, esses sintomas tendem a ser e de curta duração segundo Clayton⁷. Além disso, a exposição ao alumínio é provavelmente um fator de risco para o aparecimento da Doença de

Alzheimer (DA) em humanos, conforme a hipótese da OMS em 1997. Dermatite de contato e dermatite irritante foram observadas em casos de exposição ocupacional. O alumínio mostrou efeitos adversos no sistema nervoso e resultou em perda de memória, problemas de equilíbrio e perda de coordenação⁸.

EXPOSIÇÃO AO MERCÚRIO NA AMAZÔNIA, ASPECTOS TOXICOLÓGICOS

Volney de Magalhães Câmara
Angélica dos Santos Vianna
Carmen Ildes Rodrigues Fróes-Asmus

O caso do mercúrio na Amazônia é um bom exemplo da relação entre trabalho e ambiente. É uma situação em que não somente os trabalhadores são expostos, mas também pessoas próximas ou até distantes dos locais de trabalho onde esse metal está sendo utilizado.

A primeira questão que se deve levar em consideração é que não existe somente um tipo mercúrio na Amazônia, e, sim, pelo menos dois que são muito diferentes: o mercúrio metálico e o metilmercúrio (isso vale para muitas outras substâncias químicas, em que a simples mudança de um radical altera completamente a toxicologia da substância química). Todas as formas de mercúrio são tóxicas para o meio ambiente e seres vivos, sem nenhuma função fisiológica benéfica conhecida até o momento¹.

Na atividade de garimpo, a exposição humana ao mercúrio ocorre no processo de formação de amálgama ouro-mercúrio, que tem por objetivo facilitar a identificação do precioso metal, o qual é encontrado sob a forma de pó. Depois, esse amálgama é queimado, ocorrendo a emissão de mercúrio metálico para o ar. Essa mesma situação ocorre quando o ouro é queimado novamente ao ser vendido em lojas situadas em áreas urbanas. Essa requeima é realizada para eliminação de 'contaminações do ouro', que, nesse caso, é representada pelo mercúrio². Também já foi descrita a ocorrência de exposição intradomiciliar ao mercúrio metálico em amostras ambientais de ar, solo e poeiras, além de amostras biológicas de urina de moradores de casas onde eram queimadas amálgamas nos fogões das cozinhas^{3,4}.

O metilmercúrio surge por meio da biotransformação da forma metálica do mercúrio principalmente

nos sedimentos dos rios. Por intermédio da cadeia biológica, contamina desde plânctons até os peixes, notadamente aqueles carnívoros, ou seja, os que se alimentam de outros peixes. Dessa forma, quanto mais no topo da cadeia alimentar estiver o ser vivo, maior será a concentração dessa substância, fenômeno conhecido como bioacumulação. Assim, a exposição ao metilmercúrio (muito mais tóxico que o mercúrio metálico) ocorre por meio da ingestão do pescado.

Os ribeirinhos e os índios da Amazônia são grupos populacionais particularmente expostos ao metilmercúrio, porque, ao contrário das demais populações, alimentam-se de peixes diariamente, em quase todas as refeições^{5,6}. Apesar da carga de metilmercúrio a que estão expostos devido a essa peculiaridade dietética, não se devem esquecer os benefícios do consumo de peixe como fonte de: proteína, selênio (que produz efeitos antagonísticos ao mercúrio), vitamina D e outros micronutrientes.

A exposição das pessoas, notadamente ao metilmercúrio, pode ocorrer em qualquer idade, podendo iniciar já durante o período da gestação, visto que essa forma química do mercúrio atravessa a barreira placentária^{6,7}. Os grupos de maior risco incluem as crianças, as mulheres em idade fértil e os idosos.

Durante a gestação, podem ocorrer efeitos embriotóxicos, teratogênicos ou carcinogênicos, sobre o zigoto, embrião ou feto, podendo levar à ocorrência de abortamentos espontâneos, mortes pré-natais, baixo peso ao nascer, partos prematuros e malformações congênitas; e, na criança, alterações do desenvolvimento infantil (em particular, comprometimento do neurodesenvolvimento) e neoplasias infantis. O conceito de janelas de vulnerabilidade refere-se a pe-

7. CLAYTON, D. B. *Water pollution at Lowermoore North Cornwall: Report of the Lowermoore incident health advisory committee*; Truro: Cornwall District Health Authority, 1989. p. 22. Disponível em: <https://scholar.google.com/scholar?q=Clayton+DB+Water+pollution+at+Lowermoore+North+Cornwall+Report+of+the+Lowermoore+incident+health+advisory+committee+1989+Truro+Cornwall+District+Health+Authority+22+>. Acesso em: 17 dez. 2020.

8. KREWSKI, D., et al. Human health risk assessment for aluminium, aluminium oxide, and aluminium hydroxide. *JJ Toxicol Environ Health B Crit Rev.* v. 10, supl. 11-269, 2007. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10937400701597766>. Acesso em: 17 dez. 2020.

1. VIANNA, A. S. *Exposição humana ao mercúrio e efeitos hematológicos*. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2019.

2. JESUS, I. M., et al. Exposure to elemental Mercury in urban worker and gold miners from the Tapajós Region, Pará, Brazil. *Bull. Environ. Contam. Toxicol.* n. 67, p. 317-323, 2001.

3. CAMARA, V. M., et al. A Program for the Control of Indoor Pollution by Metallic Mercury. *Environ Res.* v. 83, n. 2, p. 110-116, 2000.

4. MALM, O. Gold mining as a source of mercury exposure in the Brazilian Amazon. *Environ Res.* v. 77, n. 2, p. 73-78, 1998.

5. HACON, S. Risk assessment of Mercury in Alta Floresta, Amazon Basin-Brazil. *Water Air and Soil Pollut.* n. 97, p. 91-105, 1997.

6. MARQUES, R. C., et al. Fish Consumption during Pregnancy, Mercury Transfer, and Birth Weight along the Madeira River Basin in Amazonia. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2013, v. 10, n. 6, p. 2150-2163.

7. FROES ASMUS, C. I. R., et al. A Systematic Review of Children's Environmental Health in Brazil. *Ann Glob Health.* v. 82, p. 132-148, 2016.

riodos críticos, ou mais sensíveis, do desenvolvimento do feto intraútero aos efeitos tóxicos dos poluentes químicos ambientais⁸.

Como já mencionado anteriormente, as crianças são uma população particularmente vulnerável à exposição a substâncias químicas devido a uma série de características peculiares que possuem, incluindo: a imaturidade dos sistemas orgânicos e dos mecanismos de detoxificação; a barreira hematoencefálica ainda não está totalmente fechada; certos comportamentos que favorecem terem mais contato com os agentes ('levar tudo a boca') e o fato de apresentarem maior superfície corporal, maior frequência respiratória e maior ingestão de líquidos e alimentos em relação ao peso corporal quando comparadas com adultos. Por esses motivos, especial atenção deve ser dada a essa população quando da exposição a substâncias químicas, entre elas, o mercúrio^{1,9}.

Um estudo sobre efeitos em crianças

Estudo realizado pelo Instituto Evandro Chagas do Pará em 1.510 mães e seus 1.510 recém-nascidos em uma maternidade de Itaituba (PA) mostrou que existia uma correlação elevada entre as concentrações do mercúrio no sangue das mães e dos cordões umbilicais dos recém-nascidos¹⁰. Após dez anos, foi observado que as concentrações longitudinais do mercúrio nas mães não sofreram alterações significativas. Entretanto, observou-se que as crianças nasciam com teores mais elevados que as mães, mostrando que, durante a gravidez, ocorria exposição delas a esse metal, via passagem deste pela barreira placentária. Com o passar dos anos, essas crianças apresentaram um decréscimo desses teores, possivelmente explicado pelo término da exposição via placenta, assim como pela amamentação. Após esse período, ocorreu novamente um crescimento das concentrações de mercúrio, possivelmente relacionado com maior ingestão de pescados durante o crescimento das crianças¹¹.

A toxicocinética do mercúrio na Amazônia é importante para a definição do monitoramento desse metal. Vale enfatizar que o mercúrio pode ficar depositado, e seu armazenamento no organismo pode causar efeitos crônicos. Sua eliminação se dá através da urina (principalmente a forma metálica), fezes, cabelos, unhas e leite materno. O mercúrio metálico penetra no organismo através da via respiratória, e seu monitoramento ambiental é realizado por meio da análise de amostras de ar, poeira, solo, sedimento e até plantas. Para o monitoramento do metilmercúrio, são utilizadas amostras de peixes.

Quanto ao monitoramento biológico, as amostras de urina são as preferenciais para avaliação do

mercúrio metálico. No caso do metilmercúrio, são utilizadas as amostras de cabelo. O sangue não é uma matriz biológica habitualmente utilizada para as duas formas desse metal por causa do período curto (meia-vida) em que pode ser encontrado nessas amostras⁹.

Na toxicodinâmica do mercúrio, os grupos selêniohidrilas e sulfidrilas são seu alvo fisiopatológico. Evidências científicas mais recentes mostram que a afinidade da ligação do mercúrio pelo selênio é maior que pela sulfidrilas em 1 milhão de vezes. Esse metal prejudica o controle da homeostase redox intracelular com consequente aumento do estresse oxidativo, levando à desregulação de uma série de processos fisiológicos até finalmente apoptose¹. O principal efeito do mercúrio no corpo humano ocorre no sistema nervoso, incluindo, entre outros, danos cerebrais na área occipital, lobos temporais e substância negra^{9,12}.

O mercúrio metálico inalado pode causar uma intoxicação aguda sob a forma de pneumonite química que pode levar à insuficiência respiratória e à morte. Todavia, os clássicos efeitos estão relacionados com exposição crônica com tremores, excitabilidade, visão de túnel, depressão, perda de peso, fraqueza muscular, mudanças de comportamento (famoso personagem 'chapeleiro maluco' do livro 'Alice no país das maravilhas' de Lewis Carroll), perda de memória, delírio, entre outros. Quanto ao metilmercúrio, seus efeitos são também mais relativos à exposição crônica, destacando-se a dormência das extremidades, alteração de marcha, incoordenação motora, desarticulação da fala, perda auditiva, perda da visão periférica, dificuldades de concentração mental (comprometimento neuropsiquiátrico), hepatite, comprometimento dermatológico, entre outros^{11,12}.

Pontuações sobre a importância da toxicologia e da interpretação de resultados analíticos

Vimos aqui como foi realizada a análise de informações toxicológicas em uma situação específica do mercúrio na Amazônia, um caminho que pode ser feito para exposição a outras substâncias químicas.

Essas informações são de elevada importância para os seguintes cenários:

- Avaliação das pessoas expostas, sejam trabalhadoras ou não, pelos profissionais de saúde, uma vez que estes necessitam analisar os efeitos adversos dos poluentes ambientais no processo saúde e doença;
- Orientação na elaboração de pesquisas nos contextos produtivos e coletivos;
- Reivindicação e luta por condições de trabalho saudáveis.

Tanto informações básicas como completas do perfil toxicológico de uma substância química de

8. LANDRIGAN, P. J., et al. Children's Exquisite Vulnerability to Environmental Exposures. In: _____. *Textbook of Children's Environmental Health*. Oxford: Oxford University Press, 2014, p. 18-27.

9. AGENCIA PARA SUSTÂNCIAS TÓXICAS Y EL REGISTRO DE ENFERMEDEDES. Resumen de Salud Pública. *Mercurio*. [S. l.]: ATSDR, 1999.

10. SANTOS, E. O., et al. Correlation between blood mercury levels in mothers and newborns in Itaituba, Pará State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, supl. 4, p. S622-9, 2007.

11. DUTRA, M. D. S., et al. Longitudinal assessment of mercury exposure in schoolchildren in an urban area of the Brazilian Amazon. *Cad. Saúde Pública*, v. 28, n. 8, p. 1539-1545, 2012.

12. PACHECO-FERREIRA, H. O. *Mercurio na Amazônia e os efeitos sobre a saúde das populações ribeirinhas 2001*. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2001.

13. TEIXEIRA, C. F., et al. Saúde auditiva de trabalhadores expostos a ruído e inseticidas. *Rev Saúde Pública*, v. 37, n. 4, p. 417-423.

14. LIEBER, R. R. *Trabalho de turnos e riscos químicos: o horário de trabalho como fator interveniente no efeito tóxico*. 1991. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo São Paulo, 1991.

interesse estão à disposição em *sites* comumente acessados. No caso dos trabalhadores, essa consulta pode oferecer subsídios para perguntas específicas para profissionais da área de saúde ambiental e do trabalhador.

Entretanto, toda vez que se for analisar um perfil toxicológico de uma substância química, especial atenção deve ser dada a uma série de fatores que podem alterar os mecanismos fisiopatológicos, quer no nível biológico (susceptibilidades e vulnerabilidades), quer no âmbito coletivo (contexto). Entre eles, estão: as múltiplas exposições a substâncias químicas, fato que pode levar a efeitos sinérgicos ou antagonísticos; a exposição a agentes de natureza distinta, como ruído e solventes, fato que reduz o tempo de aparecimento e a gravidade da disacusia neurosensorial¹³; o trabalho em turno alternado, que pode modificar significativamente os resultados das exposições a solventes¹⁴; o contexto social relacionado com a renda, levando à ampliação da jornada de trabalho e, consequente-

mente, maior tempo de exposição aos agentes; e o contexto de vida da pessoa, avaliando a existência de comorbidades que podem causar interações tanto no processo de determinação do efeito, como interação entre os efeitos observados.

Sobrevoou na região de garimpo ilegal na Terra Indígena Munduruku, no Pará.



Foto: Marizilda Cruppe/Amazônia Real/Amazon Watch

SAÚDE DO TRABALHADOR E LICENCIAMENTO AMBIENTAL

José Marcos da Silva

Mariana Olívia Santana dos Santos

Introdução

A proteção da saúde e dos ecossistemas são condições essenciais para a realização da vida. Tratar desses temas tem sido fundamental em tempos de graves desastres ambientais que evidenciam a insustentabilidade dos modelos de desenvolvimento na maior parte do planeta^{1,2}.

Observa-se que, na relação saúde, ambiente e trabalho, os processos de expropriação da natureza, como se esta fosse fonte ilimitada de matérias-primas para atender às demandas da reprodução social, têm levado ao comprometimento irreversível de diversos ecossistemas, às alterações climáticas, à perda da biodiversidade e impactados negativos no perfil epidemiológico de grupos humanos, com emergência e reemergência de agravos e doenças^{2,3}.

Os ecossistemas são sistemas dinâmicos nos quais se processa a vida no planeta, tanto para as espécies humanas quanto para todas as outras formas de vida. O Brasil é signatário da Convenção sobre a

Diversidade Biológica⁴, mas hoje está sofrendo um revés nacional e internacional, imposto pelo atual governo federal, pela falta de compromissos com a agenda ambiental.

Apesar de ter assinado essa convenção, existem enormes problemas sociais e ambientais insuficientemente enfrentados, e agora em abandono. Entre os resultados nefastos, está o aumento da poluição atmosférica que afeta agudamente a saúde da população, especialmente das crianças, causando altos índices de doenças respiratórias e mortes⁵.

As desigualdades sociais no Brasil, associadas ao recrudescimento do neoliberalismo, seguido por um processo de industrialização tardio, acelerado e dependente de tecnologias sujas; da reprimarização da economia, com um agronegócio avesso a proteção ambiental, concentrador de terra, com processo de produção em monocultura, uso intensivo de agrotóxicos/fertilizantes químicos, de energia e água, e violento; da intensificação da mineração em áreas de proteção ambiental e indígena, são algumas das caracte-

1. AUGUSTO, L. G. S., et al. Compreensões integradas para a vigilância da saúde em ambiente de floresta: o caso da Chapada do Araripe, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, supl. 4, p. S549-S558, 2007.

2. PORTO, M. F. S. *Uma Ecologia Política dos Riscos: princípios para integramos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

3. LEFF, H. Sociologia y ambiente: formación socioeconómica, racionalidad ambiental y transformaciones del conocimiento. In: LEFF, H. *Ciencias sociales y formación ambiental*. Barcelona: Gedisa, 1994. p. 17-84.

4. BRASIL. Decreto Legislativo nº 2, de 3 de fevereiro de 1994. Aprova o texto da Convenção sobre Diversidade Biológica. *Diário do Congresso Nacional (Seção II)*, 8 Fev. 1994, p. 500-510.

5. Augusto, L. G. S. *Exposição Ocupacional a Organoclorados em Indústria Química de Cubatão-Estado de São Paulo: avaliação do efeito clastogênico pelo Teste de Micronúcleos*. 1995. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade de Campinas, Campinas, 1995.

6. BRASIL. Conselho Nacional do Meio Ambiente. Resolução 001, de 23 de janeiro de 1986. Brasília, DF, 1986. Disponível em: <http://www.mma.gov.br>. Acesso em: 06 ago. 2020.

7. BRASIL. Conselho Nacional do Meio Ambiente. Resolução 237, de 19 de dezembro de 1997. *Diário Oficial da União*. Poder Executivo, Brasília, DF, n. 247, 22 Dez. 1997. Seção 1, p.30841-30843



8. BHATIA, R., et al. Integrating human health into environmental impact assessment: an unrealized opportunity for environmental health and justice. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 14, n. 4, p.1159-1175, 2009.

9. BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 14 nov. 2020.

10. CANCIO, J. A. *Inserção das questões de saúde no estudo do impacto ambiental*. 2008. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Gestão Ambiental) – Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, 2008.

11. RIGOTTO, R. M. Inserção da saúde nos estudos de impacto ambiental: o caso de uma termelétrica a carvão mineral no Ceará. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 14, n. 6, p. 2049-2059, 2009.

12. SILVA, J. M., et al. A inter-relação saúde, trabalho e ambiente no licenciamento da refinaria do nordeste. *Tempus*, v. 4, n. 4, p. 72-83, dez. 2009

13. PORTO, M. F. S., et al. Eixos de desenvolvimento econômico e geração de conflitos socioambientais no Brasil: desafios para a sustentabilidade e a justiça social. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 14, n. 6, p. 1983-1994, 2009.

14. GURGEL, A. M., et al. Framework dos cenários de risco no contexto da implantação e uma refinaria de petróleo em Pernambuco. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 14, n. 6, p. 2027-2038, dez. 2009.

15. RIGOTTO, R. M. *Desenvolvimento, Ambiente e Saúde: implicações da (des) localização industrial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

16. RIGOTTO, R. M., et al. Da primavera silenciosa às primaveras silenciadas: conflitos socioambientais no agronegócio da fruticultura e agrotóxicos no Baixo Jaguaribe. In: ZHOURI, A., et al. (Org.). *Desenvolvimento e conflitos ambientais*. Belo Horizonte: UFMG, 2010. p. 146-175.

17. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Promoção da saúde: avanços e lições aprendidas, de Ottawa a Bangkok e perspectivas futuras*. Washington, DC: Relatório da 138ª Sessão do Comitê Executivo, 19-23 jun. 2006. Disponível em: <http://www.paho.org/Portuguese/GOV/CE/ce138-16-p.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2020.

terísticas que respondem pelas enormes assimetrias de renda, raça, gênero, ocupação territorial e acesso a bens essenciais^{1,2}.

Em outras partes do planeta, esses processos ocorreram de modos diferenciados e com reparações que levaram, em muitos deles também injustos, promovendo exportação de riscos para os países menos desenvolvidos e dependentes, como fez a Europa e os EUA. No Brasil, especialmente na década de 1970, tempos de ditadura, essas transferências foram mais sentidas².

Licenciamento ambiental e a saúde

Para as atividades poluidoras, a legislação ambiental atual do Brasil exige estudos qualificados para licenciar os empreendimentos^{6,7}. Esse licenciamento ambiental é de responsabilidade dos órgãos reguladores do meio ambiente. Raramente o setor saúde participa desses estudos visando a medidas protetoras e mitigadoras de possíveis efeitos nocivos na saúde⁸. O tema do trabalho está contemplado no sistema de saúde, conforme o art. 200 da Constituição Federal de 1988⁹.

Devido à fraca ação Intersetorial, bem como a não utilização de abordagens interdisciplinares e participativas na operacionalização do processo de licenciamento ambiental, esse tem inviabilizado a efetiva integração social em sua realização. Para os Estudos de Impacto Ambiental (EIA), o arcabouço jurídico institucional da saúde deveria ser instrumento importante de prevenção de nocividades¹⁰⁻¹².

O EIA deve envolver uma série de atividades desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, buscando as melhores tecnologias existentes, considerando a possibilidade da produção de processos de vulneração socioambiental no território de abrangência direta e indiretamente vinculada aos empreendimentos^{2,6,13}.

A comunicação ambiental deve ser estabelecida com toda a sociedade acerca da instalação de um empreendimento mediante a constituição de plano ou programa de comunicação que precisa ser desenvolvido com a sociedade e, especialmente, com a população diretamente afetada, garantindo a divulgação das informações, bem como participação e debate transparente sobre os perigos e riscos e ações que serão organizadas para a redução destes.

Alguns procedimentos esperados: ampliação da participação pública; melhor detalhamento do conteúdo dos EIA; apontamento das responsabilidades e atribuições para todos os ente envolvidos; questionamento da qualidade das consultorias privadas e os conflitos de interesses; integração das dimensões fundamentais para a qualidade de vida, como a Saúde do Trabalhador(a); e geração de dados integrados para o planejamento, avaliação e controle dos entes públicos e abertos para a pesquisa^{11,12}.

Saúde do Trabalhador no licenciamento ambiental

O conhecimento dos reflexos das condições ambientais na saúde humana é indispensável para a definição de políticas e estratégias intersetoriais envolvendo os campos do meio ambiente e da saúde. Isso tem motivado a realização de estudos para um melhor entendimento da relação entre essas duas^{10,13-16}.

Em se tratando da elaboração de EIA, a utilização de indicadores de saúde é essencial tanto no diagnóstico ambiental quanto na análise dos impactos ao meio socioeconômico ou antrópico. A perspectiva é que os indicadores apontem as evidências a respeito dos impactos sobre a saúde das pessoas onde são implantados empreendimentos que oferecem riscos e produzem situações de

vulnerabilização socioambiental, constituindo a base da identificação de grupos humanos com maiores necessidades de saúde em consequência de impactos ambientais introduzidos em determinado território¹⁷.

O processo de licenciamento ambiental, em geral, desconsidera a ST. Suas análises se sustentam em conceitos arcaicos mantidos pelo interesse do patronato, como o da culpa do trabalhador pelo acidente de trabalho, conhecido como ato inseguro; ou entendendo as doenças como devido a patógenos não vinculados com os processos de determinação em que o trabalho e suas circunstâncias participam direta ou como mediadores. Na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, a compreensão do processo saúde-doença-trabalho é que deveria orientar o licenciamento ambiental nesse conteúdo¹⁸.

A perspectiva da ST favorece uma visão integradora das questões de saúde e do ambiente,

incorporando o conceito de saúde como um direito para a realização da vida. Por isso, saúde significa ter condições adequadas de moradia, de trabalhar sem adoecer por exposição a riscos no ambiente de trabalho, ter acesso a espaços saudáveis para lazer e práticas de vida saudáveis, poder comprar alimentos saudáveis e de fácil acesso, poder desfrutar do ar puro, do clima adequado, ter liberdade para escolher sua religião, devendo ser garantida por políticas públicas¹⁹.

A reparação social é uma preocupação que deve estar presente nos EIA para a proteção da vida, mas que não vemos acontecer nos processos de licenciamento ambiental, que seguem sendo realizados segundo a lógica do empresariado. Resaltamos neste ensaio algumas das incongruências e os limites dos EIA para efetivamente garantir a saúde e a proteção ambiental.

18. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União*. Poder Executivo, Brasília, DF, 24 Ago. 2012. Seção I, p. 46-51. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/pr1823_23_08_2012.html. Acesso em: 30 jul. 2020.

19. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 Set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para%20correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias.&text=Art. Acesso em: 30 jul. 2020.

AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS EXPOSTOS A AGROTÓXICOS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: RELAÇÃO ENTRE SAÚDE, TRABALHO E AMBIENTE

Luiz Claudio Meirelles

Leandro Vargas Barreto de Carvalho

Ana Cristina Simões Rosa

Maria Blandina Marques dos Santos

Liliane Reis Teixeira

Ariane Leites Larentis

Introdução

Este texto foi escrito a partir da sistematização da experiência de luta dos trabalhadores de endemias organizada no capítulo 'Avaliação do Processo de Trabalho de Agentes de Combate às Endemias/Guardas de Endemias (ACE) Expostos Cronicamente a Agrotóxicos no Estado do Rio de Janeiro/RJ', do livro organizado pela Rede de Pesquisa em Saúde do Trabalhador: construção de conhecimento entre trabalhadores, profissionais dos serviços e pesquisadores. Ele também representa o trabalho do projeto integrador multicêntrico 'Estudo do impacto à saúde de Agentes de Combate às Endemias/Guardas de Endemias pela exposição a agrotóxicos no Estado do Rio de Janeiro', desenvolvido no Cesteh/Ensp/Fiocruz, pelos pesquisadores do Ambulatório e Laboratório,

onde ocorrem os atendimentos e análises de biomarcadores, com a participação de pós-graduandos do Programa de Saúde Pública e Meio Ambiente (Ensp/Fiocruz), em parceria com as instituições Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca), Instituto Aggeu Magalhães (IAM/Fiocruz-PE), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Fundação Centro Universitário Estadual da Zona Oeste (Uezo) e sindicatos da categoria (Sindsprev/RJ, SintsáudeRJ e Sintrasef), onde os Agentes de Combates às Endemias (ACE) estão diretamente envolvidos na pesquisa, em um processo que busca avançar na construção de uma comunidade científica ampliada com os trabalhadores, estudantes

e pesquisadores. O projeto conta com financiamento da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS).

Antecedentes

Em 2008, o Brasil passou a maior consumidor mundial de agrotóxicos e, na última década, quadruplicou o uso deles no território. Esse crescimento aprofundou ainda mais a exposição e os agravos à saúde de diversas categorias de trabalhadores, que empregam esses venenos em seus processos de trabalhos, tais como os ACE, também chamados de Guardas de Endemias, envolvidos em suas tarefas cotidianas com ações do 'controle' de vetores de doenças¹.

O controle vetorial é considerado uma emergência em saúde pública, devido à explosão do número de casos de dengue nos últimos anos, e diante dos novos desafios impostos pela circulação do vírus da febre de chikungunya e do zika vírus. Essas arboviroses, principalmente a dengue, são doenças transmitidas pelo mesmo vetor, o *Aedes aegypti*². Entre tantos fatores que corroboram grave quadro epidêmico e de adoecimento, sabe-se que a estratégia 'mosquitocêntrica' (focada apenas no combate ao mosquito), empregada em nível nacional, sempre se mostrou incapaz de resolver o problema. A falta de informação, saneamento e a má qualidade dos serviços básicos são, de fato, os maiores desafios a enfrentar no controle vetorial³.

Historicamente, os/as ACE têm tido fundamental importância no desenvolvimento e implementação dessas ações de saúde pública no País. Porém, a categoria também se constituiu em um grupo de trabalhadores de grande preocupação para a saúde pública, em razão da sua elevada exposição aos agrotóxicos usados em seu processo de trabalho.

No enfrentamento dos agravos, contaminações e ausência de estratégias para preservação da saúde dos ACE, os trabalhadores representantes das entidades sindicais Sindicato dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho e Previdência Social do Estado do Rio de Janeiro (Sindsprev/RJ), Sindicato dos Trabalhadores no Combate às Endemias e Saúde Preventiva no Estado do Rio de Janeiro (SintsaúdeRJ) e Sindicato dos Trabalhadores do Serviço Público Federal no Estado do Rio de Janeiro (Sintrasef) colaboram com o projeto de pesquisa 'Estudo do impacto à saúde de Agentes de Combate às Endemias/Guardas de Endemias pela exposição a agrotóxicos no Estado do Rio de Janeiro' desenvolvido no Cesteh/Ensp/Fiocruz em uma perspectiva multicêntrica com outras instituições de pesquisa.

Trabalhadores: saúde e ambiente de trabalho

As atividades realizadas por esses trabalhadores raramente foram acompanhadas de treinamento adequado para o manuseio dos agrotóxicos utilizados em seu processo de trabalho^{2,4}; e as tentativas de obtenção das informações geralmente eram mal recebidas. Os/as ACE relatam que, em anos de atividades, o foco de trabalho no combate às endemias ficou no uso de produtos químicos, com poucas ações de intervenção em educação e saúde. Também a organização do trabalho estava baseada na lógica da disciplina militar. O assédio moral e as punições sempre foram constantes e, infelizmente, partem da cultura institucional, que vigora até os dias de hoje. Outra questão é que, ao longo de décadas, os trabalhadores conviveram com um vínculo trabalhista instável e precarizado com o Estado, levando a categoria a compartilhar medo, insegurança e incertezas.

Essa precariedade pode ser exemplificada pelos chamados 'pontos de apoio', que são os locais destinados aos trabalhadores para exercerem suas atividades cotidianas. Segundo relatos dos trabalhadores⁴, muitos locais são pequenos, com banheiros desativados e/ou mal higienizados, precariamente ventilados, em que também se armazenam agrotóxicos e se realizam as manipulações para preparação das soluções utilizadas nas bombas costais, cenário que conflita com as normas regulamentadoras de saúde e segurança dos ambientes e proteção à ST.

O primeiro alerta para a contaminação dos ACE no Rio de Janeiro se deu a partir dos primeiros quadros de intoxicação de 122 servidores, que foram atendidos no Ambulatório de Saúde do Trabalhador do Cesteh/Ensp/Fiocruz, e depois encaminhados para o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), na década de 1990. Esse evento colaborou para que parte dos trabalhadores se conscientizasse da gravidade da situação, bem como para o que o Cesteh e a UFRJ definissem uma cooperação para trabalhos conjuntos com os ACE.

Entre outros fatores de agravos a saúde, os trabalhadores relatam que era comum a não realização de exames admissionais, e que existia uma gratificação para quem trabalhava diretamente no 'combate' ou no 'campo' – e essa remuneração era usada para punir atrasos – e outras irregularidades. Em alguns cenários, nos quais o trabalhador tinha realizado o exame, as perdas salariais decorrentes de um agravo à saúde faziam com que muitos preferissem permanecer sem as avaliações, já que o trabalhador afastado do local de trabalho perdia a gratificação pelo 'trabalho no campo'. Dessa forma, nenhum trabalhador queria dizer que estava com algum problema de saúde.

1. CARNEIRO, F. F., et al. (Org). *Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, São Paulo: Expressão Popular, 2015.

2. EVANGELISTA, J. G., et al. Agentes de combate às endemias: construção de identidades profissionais no controle da dengue. *TES*, v. 17, n. 1, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v17n1/0102-6909-tes-17-1-e0017303.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2020.

3. AUGUSTO, L. G. A., et al. *Aedes aegypti control in Brazil*. *Lancet*, v. 387, n. 10023, 1052-1053, 2016.

4. SOARES, A. M., et al. *Mortes de agentes de combate às endemias e necessidade de banimento de produtos cancerígenos no trabalho: denúncias marcam oficina no Cesteh*. 2018. Disponível em: <http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/noticias/mortes-de-agentes-de-combate-endemias-e-necessidade-de-banimento-de-produtos-cancerigenos>. Acesso em: 18 dez. 2020.

O Cesteh, desde 2010, tem realizado estudos com esses trabalhadores. Esse acompanhamento iniciou-se a partir de uma demanda do Sintrasef. Dali em diante, foram avaliados, de forma contínua, ACE lotados em diversos municípios do Rio de Janeiro, no período entre agosto/2010 e novembro/2011, no Ambulatório de Saúde do Trabalhador (Clínica de Neurotoxicologia Ocupacional e Ambiental) do Cesteh/Ensp/Fiocruz, sendo realizado diagnóstico de uma série de doenças neurológicas relacionadas à exposição a agrotóxicos neurotóxicos.

Em 2017, ampliou-se o estudo, buscando maior articulação com os trabalhadores e seus sindicatos. Assim, foi desenvolvido um projeto com o objetivo de avaliar os impactos à saúde de ACE pela exposição aos agrotóxicos no estado do Rio de Janeiro e subsidiar políticas públicas de vigilância em saúde, por meio da construção de experiências formativas, na perspectiva da ST⁵. Além das discussões sobre o processo de trabalho dos/as ACE, o projeto, que envolve diferentes instituições de saúde pública, universidades e sindicatos, tem buscando identificar a exposição aos agrotóxicos a que os trabalhadores estão submetidos, e a construção conjunta de estratégias de atuação e enfrentamento da situação.

Foi identificado que, ao longo das últimas décadas, os/as ACE vêm sofrendo exposição continuada a diversos tipos de agrotóxicos⁶, alguns neurotóxicos e/ou cancerígenos, como organoclorados (BHC e DDT), organofosforados (temefós e malationa), carbamatos (bendiocarbe), piretroides (deltametrina), benzoilureia (diflubenzuron). A malationa foi empregada no fumacê (UBV) pelo menos até 2019 e, por isso, foi realizada pelo projeto uma 'Campanha pelo banimento da Malationa (Malathion) no Brasil

devido à sua carcinogenicidade⁷. A alternativa para substituição desse produto apresentada pelo MS⁸, a partir de recomendação da WHO/OMS⁹, foi o Cielo, que contém na sua formulação imidacloprido (proibido na Europa) e praletrina. Estudos demonstram que esses componentes podem causar alterações hematológicas, tumores no fígado, problemas renais, alterações neurológicas e motoras⁶.

No desenvolvimento do trabalho, os sindicatos encaminharam mais de 100 atestados de óbitos de ACE, ocorridos em curto período, com uma grave preocupação, devido à elevada quantidade de óbitos por câncer. A avaliação dessas declarações de óbitos fornecidas pelos familiares dos trabalhadores falecidos permitiu identificar que 75% estavam em idade produtiva (40-59 anos), com média de 54 ± 10 anos, abaixo da expectativa de vida dos brasileiros. As principais causas de morte foram doenças do aparelho circulatório (39%, incluindo insuficiência cardíaca, hipertensão arterial sistêmica, infarto agudo do miocárdio e doença isquêmica crônica do coração) e câncer (15%). Dados fornecidos pelo Núcleo Estadual do Rio de Janeiro do MS (Nerj/MS) demonstram, em uma série histórica desde 1942, um aumento no número de falecimentos dessa categoria de servidores no estado do Rio de Janeiro. Até o ano de 2010, o número era de menos de 10 óbitos anuais; e, na década seguinte, aumentou significativamente para cerca de 400%. Além disso, vários tipos de doenças causaram 5.024 afastamentos no trabalho no período de 2014 a 2018⁶.

O modo de adoecimento e morte dos ACE nas últimas décadas é resultado de um processo de trabalho centrado no uso de produtos/venenos para 'controle' de vetores de doenças, em uma prática que pretende proteger a população de doenças transmi-

5. CESTEH. SAÚDE; TRABALHO MATA MOSQUITOS. Estudo do Impacto à Saúde de Agentes de Combate às Endemias – RJ. *Boletim*, Ano I, n. 01, 2018.

6. CESTEH. SAÚDE; TRABALHO MATA MOSQUITOS. Estudo do Impacto à Saúde de Agentes de Combate às Endemias – RJ. *Boletim*, Ano III, n. 03 2020.

7. CESTEH. SAÚDE; TRABALHO MATA MOSQUITOS. Morte de agentes de combate às endemias/guardas de endemias: luta pelo banimento da malationa (malathion). Estudo do Impacto à Saúde de Agentes de Combate às Endemias – RJ. *Boletim*, Ano II, n. 02, 2019.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses. NOTA TÉCNICA Nº 1/2020-CGAR/B/DEIDT/SVS/MS com objetivo de apresentar as características gerais relacionadas ao produto atualmente preconizado para as atividades de controle químico a Ultra Baixo Volume (UBV), CIELO ULV, 2020.

9. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Prequalification Team Vector Control Decision Document*. Cielo ULV Adulticide Space Spray. Product number: 020-006. 22 January 2019. Disponível em: <https://www.who.int/pq-vector-control/prequalified-lists/FinalDecisionCielo.pdf?ua=1>. Acesso em: 18 dez. 2020.



Foto: Antônio Basilio/Prefeitura Municipal de São José dos Campos

10. GURGEL, A. M., et al. Enfoques ecossistêmicos para o enfrentamento das arboviroses: construindo um modelo possível de controle vetorial sem o uso de venenos. *Waterflat-Gobacif Network Working Papers*, n. 3, 83-95, 2016.

11. LARENTIS, A., et al. Crítica à abordagem toxicológica nas avaliações de exposições de trabalhadores a substâncias químicas a partir da perspectiva do Modelo Operário Italiano (MOI). In: ODDONE, I., et al. *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2020.

tidas por vetores, mas que é prejudicial à saúde e ao ambiente. Existem modelos e métodos alternativos com enfoques ecossistêmicos para o enfrentamento das arboviroses, que não sejam centrados no uso de venenos¹⁰; estratégias de educação em saúde para a população, para que esta contribua na identificação dos focos de mosquitos, remoção mecânica, e na confecção de armadilhas caseiras para redução e controle de populações dos vetores de doenças. Universidades e centros de pesquisa sem apoio financeiro, assim como os próprios ACE, vêm desenvolvendo essas alternativas, mas o uso em larga escala depende de uma política pública que se volte a medidas seguras e eficazes. É urgente deixar para trás o modelo centrado no uso de produtos/venenos nocivos à saúde e ao ambiente, alguns proibidos ou já banidos em outros países ou restritos por acordos internacionais, mas que no Brasil são estimulados por diferentes setores^{6,11}. Como denunciado por uma trabalhadora ACE e dirigente sindical:

Temos mais de 20 mil trabalhadores expostos todos os dias aos inseticidas. Isso é de total responsabilidade dos gestores, e também de responsabilidade dos sindicatos de denunciar e informar nossa categoria. Esperamos que as pesquisas realizadas nesse projeto

ajudem os sindicatos na produção dessas denúncias e das informações.

Lições aprendidas

A produção de ciência pelos trabalhadores e técnicos/pesquisadores em comunidades ampliadas de pesquisa, de forma interdisciplinar, buscando romper com uma divisão sociotécnica do trabalho e com a não delegação, precisa ser praticada nos estudos de avaliação da exposição, sempre tentando superar as experiências desenvolvidas nos modelos tradicionais de saúde ocupacional em que não se articulam os processos e os contextos na determinação da saúde¹¹.

É sob a perspectiva da ST de que 'saúde não se delega, saúde se defende', que está inserido este projeto, onde atuamos junto aos trabalhadores, por entender que a reorganização social, comunitária e sindical são os caminhos para se enfrentar os crimes cometidos contra eles, e garantir melhores condições de vida, saúde e trabalho, especialmente no atual contexto de enfrentamento da pandemia de Covid-19, onde a identificação de diferentes aspectos dessa realidade que atinge os ACE é crucial para encontrar respostas e soluções.

SAÚDE DO TRABALHADOR, DESASTRES AMBIENTAIS E PANDEMIAS: A QUESTÃO DO AGRONEGÓCIO

Wanderlei Antônio Pignati
Luís Henrique da Costa Leão

1. PIGNATI, W. A. Os riscos, agravos e vigilância em saúde no espaço de desenvolvimento do agronegócio no Mato Grosso. 2007 Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.

2. ALTIERI, M. *Agroecologia: bases científicas para uma agricultura sustentável*. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

3. LEÃO, L. H. C. *Nas trilhas das cadeias produtivas. Uma política integradora em saúde, trabalho e ambiente*. Curitiba: Appris, 2015.

4. PIGNATI, W. A., et al. Distribuição espacial do uso de agrotóxicos no Brasil: uma ferramenta para a Vigilância em Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017, v. 22, n. 10, p. 3281-3293.

As cadeias produtivas globais do mercado internacional neoliberal têm influência direta no fluxo de materiais, serviços, produtos e pessoas. Impactos ambientais, dominação cultural, controle de territórios e de fontes naturais (água, ar, solo, minérios), imigração forçada e formas contemporâneas de escravidão criam desequilíbrios ecológicos, privatizações econômicas, injustiça fiscal e processos de pauperização de populações. Duas grandes cadeias de *commodities* são as principais responsáveis: agronegócio e mineração.

A cadeia do agronegócio, que abrange o desmatamento, indústria da madeira, pecuária, agricultura, transporte e agroindústria, organiza-se em monoculturas em grandes extensões de terras, recebendo apoios, isenções e incentivos do Estado. Interliga esferas políticas,

sociais, ecológicas, econômicas e sanitárias impulsionada pela chamada Revolução Verde, a partir dos anos 1950, e 'modernização' da agricultura com suas renovadas alianças entre capital e biotecnologias¹⁻³.

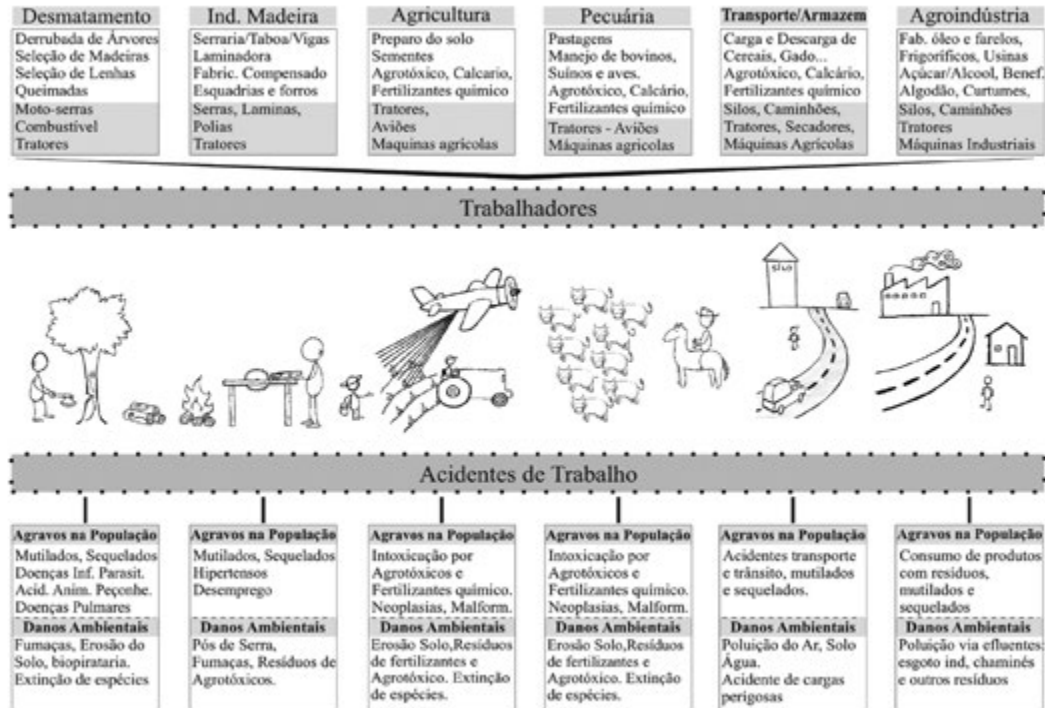
Desastre socioambiental e sanitário

No Brasil, a tendência de apresentar o agronegócio como o melhor negócio para o País ressalta sua incorporação tecnológica, qualidade, aquecimento de negócios relacionados (serviços, equipamentos, insumos agrícolas), aumento do PIB e salvação das crises econômicas. De fato, o Brasil é um dos maiores produtores agropecuários do mundo e o segundo exportador de *commodities*, mas a que custo social, sanitário e ambiental?⁴.

A integração saúde-trabalho-ambiente defendida por Pignati¹ expõe claramente o que está por trás do

agronegócio (figura 1), com os impactos na ST, agravos na população e danos ambientais em toda a cadeia produtiva.

Figura 1. Etapas do processo produtivo do agronegócio e seus impactos na saúde do trabalhador, na população e no ambiente



Fonte: Original do autor. Pignati WA, 2007.

Cada elo da produção agropecuária gera danos e agravos: desmatamento, poluição, acidentes de trabalho, mutilações, sequelas, intoxicações, doenças crônicas e contaminações humana e ambiental no Brasil e onde ela utilize monoculturas extensivas (Argentina, EUA, Índia e China).

Sua 'pujança' se assenta em um padrão de produção químico-dependente (sementes transgênicas, agrotóxicos, fertilizantes químicos, ração animal e conservantes químicos de alimentos), resultado de alianças entre o capital internacional, grandes corporações, oligarquias nacionais e instâncias do Estado, fortalecendo o latifúndio e atualizando opressões num pacto tácito, genocida e pandêmico.

Etapas e elos dessa cadeia, descritas na figura 1, acontecem simultaneamente, dependendo do território e clima. Os dois primeiros elos andam juntos: 'desmata-se' e utiliza-se 'madeira' nobre para as madeiras. O Brasil, maior produtor de madeiras do mundo e maior desflorestador, cujos 'restos' queimados servem para pastagens de gado bovino e/ou plantação (soja, milho, algodão, cana), aumentou o desmatamento em 17% nos últimos três anos.

Estudo de Pignati e Machado⁵ indica que esses dois elos produtivos tornam o Brasil campeão mundial de mutilados e sequelados por acidente de trabalho. No ano da publicação (2005), existiam em Mato Grosso 1.749 indústrias madeireiras. Nos dados de mapas de riscos de 999 delas, com 21.607 trabalhadores, 11% (4.381) estavam mutilados, 25% sequelados, 21% hipertensos e 20% viviam sob assédio nos alojamentos. Mato Grosso, campeão nacional de produção de madeira, soja, milho, algodão e gado bovino, também é campeão nacional de incidência de acidentes e mortes no trabalho. Dos acidentes, 70% são relacionados ao agronegócio (agropecuária, frigoríficos, usinas de açúcar/álcool, madeiras e transporte/silagem), e as maiores incidências estão nas regiões de maior produção agropecuária e madeira. Atualmente, existem, no estado, 536 madeiras. As restantes migraram para Rondônia, Amazonas, Piauí, Tocantins, Pará e Maranhão para continuar a destruição e transformação da floresta em madeira e monoculturas⁴.

5. PIGNATI, W. A., et al. Riscos e agravos à saúde e à vida dos trabalhadores das indústrias madeireiras de Mato Grosso. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 10, n. 4, p. 961-973, 2005.

Na cadeia produtiva da 'pecuária', o elo do agronegócio pós-desmatamento mostra ao mundo a perversidade desse processo para o meio ambiente. Além do uso intensivo de agrotóxicos, o consumo de 500 litros de água para produzir 1 quilograma de carne bovina é insustentável. A produção de suínos e aves confinados adensadamente consomem ração baseada em soja e milho transgênicos com resíduos de agrotóxicos e químicos (vitaminas e antibióticos) derivados de gorduras, penas e carcaças ósseas dos animais abatidos.

Esse processo produtivo nas lavouras, pastagens e granjas, químico-dependente, é um dos fatores de contaminação de nossos alimentos e de produção de 'superbactérias', 'supervírus' e 'superfungos', incluindo a peste suína, os Sars e o coronavírus. Esses micro-organismos 'modificados' são infectantes e nocivos para animais, inclusive humanos, que têm suas imunidades precarizadas por alimentos transgênicos e resíduos de agrotóxicos imunodepressores, desreguladores endócrinos e cancerígenos⁶⁻⁸.

Nesse elo, o setor 'frigorífico' é emblemático: maior rotatividade no trabalho, segundo lugar do País em acidentes de trabalho, um dos maiores em assédio, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (Dort), doenças mentais e incidência de Covid-19 em 2020. Os curtumes, associados ao processo, são grandes poluidores das águas, pelo uso de grandes volumes de ácido sulfúrico e metais pesados direcionados aos nossos rios.

Na 'agricultura', concentram-se os maiores problemas ambientais, ocupacionais e impactos na saúde humana e animal. É o setor mais defendido pelo agronegócio, que deslegitima pesquisadores e propaga-se na grande mídia como 'salvador da pátria'. 'Agro é tudo'. Esse modelo produtivo, defendido pelo governo federal, pelo Legislativo e governos estaduais e municipais, representa as corporações do capital.

Em 2018, o Brasil plantou 75,6 milhões de hectares de lavouras de 21 dos maiores cultivos, nos quais foram pulverizados 1,2 bilhão de litros de agrotóxicos (herbicidas, inseticidas e fungicidas) e usados 7 bilhões de quilogramas de fertilizantes químicos. A maioria é proibida na União Europeia (UE) e liberada por pressão do agronegócio e submissão da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (Mapa) e Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama). Da área plantada no Brasil, 42% é de soja, 21% de milho e 13% de cana-de-açúcar⁴.

Os grandes agricultores pulverizam os tóxicos com tratores ou aviões e contaminam 'intencionalmente' o

ambiente para atingir insetos, fungos e ervas daninhas das lavouras. Assim, deixam resíduos nos cereais, fibras de algodão, fumo, cana, solo, ar, águas, alimentos e no leite materno, em um verdadeiro 'crime doloso'¹.

Apesar do negacionismo de setores da sociedade quanto aos riscos dos agrotóxicos, os estudos têm evidências científicas suficientes de associação entre exposições ocupacionais, ambiental e alimentar de 'intoxicações agudas e crônicas' provocadas por esses venenos. Revisão recente sobre pesquisas dos últimos 20 anos encontrou 7.419 estudos de correlação entre esses tóxicos e cânceres, neurotoxicidade, pneumotoxicidade, embriotoxicidade e distúrbios do desenvolvimento (físico, mental, endócrino). Além disso, a OMS/Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (Iarc)⁹ fez uma revisão dos 10 agrotóxicos mais utilizados no mundo, entre eles, o herbicida Glifosato, concluindo que esse tóxico, o mais usado no mundo, é provável cancerígeno para humanos, classificado no nível 2A, em uma escala que vai de 1 (certamente cancerígeno) a 4 (não cancerígeno). Os pesquisadores receberam pressões das indústrias e do agronegócio para rever os estudos, e a UE deu prazo até 2022 para bani-lo de uso, juntamente com dezenas já proibidos nos seus países.

Contaminação das nossas águas e alimentos

Pignati et al.⁴ concluíram que, nas regiões de maior produção agrícola dos estados brasileiros (MT, MS, GO, PR, RGS, SP, TO, CE), existe uma 'correlação positiva' entre os volumes de agrotóxicos usados nessas lavouras com maiores incidências de intoxicações agudas, mortes por intoxicação, cânceres infantojuvenis, malformações, abortos e suicídios. Esses dados são corroborados por outros pesquisadores^{10,11}.

Observando os dados do Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua) do MS, verificamos que, dos 5.570 municípios brasileiros, 1.302 analisaram os contaminantes químicos da água potável entre 2014 e 2017. Notou-se que 22% apresentaram resíduos de agrotóxicos acima do permitido (LMR)¹², 53% continham amostras abaixo do LMR e 25% dos municípios apresentaram ausência. Que água 'potável' estamos bebendo? Quem contaminou com agrotóxicos? A norma prevê análises semestrais de amostras de água potável de 27 tipos de agrotóxicos, 15 metais pesados, 15 solventes e 7 desinfetantes domésticos e que em 1 litro d'água potável podemos ter 500 microgramas de glifosato como LMR, enquanto a Diretiva 98/83 da UE prevê um LMR de 0,1 microgramas e máximo de 0,5 microgramas agrotóxicos em 1 litro d'água potável.

6. SMITH, J. M. *Riscos documentados dos alimentos transgênicos sobre a saúde*. São Paulo: JB Editora, 2009.

7. MOSTAFALOU, S., et al. Pesticides: an update of human exposure and toxicity. *Arch Toxicol.* v. 91, n. 2, p. 549-599, 2017.

8. WALLACE, R. *Pandemia e agronegócio: doenças infecciosas, capitalismo e ciência*. São Paulo: Elefante; Igrá Kniga, 2020.

9. GUYTON, K. Z., et al. Carcinogenicity of tetrachloroethylenes, parathion, malathion, diazinon, and glyphosate. *IARC Monographs* v. 11, 2015. Disponível em: www.thelancet.com/oncology. Acesso em: 15 mar. 2015.

10. RIGOTTO, R. M., et al. Trends of chronic health effects associated to pesticide use in fruit farming regions in the state of Ceará, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*, v. 16, n. 3, 763-773, 2013.

11. BOMBARDI, L. M. *Geografia do uso dos agrotóxicos no Brasil e conexões com a União Europeia*. SP: Editora da FFLCH da USP, 2017.

12. BRASIL. Portaria nº 2.914, de 12 de dezembro de 2011. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. *Diário Oficial da União*. 12 Dez. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2914_12_12_2011.html. Acesso em: 19 dez. 2020.

Por que no Brasil podemos ter 27 agrotóxicos em 1 um litro e grandes mortíferos LMR?¹¹. Será que somos ‘mais fortes’ e aguentamos mais venenos na água potável? Ou o MS e a Anvisa estão subjogados? Ou porque estamos desorganizados e não exigimos da vigilância em saúde?

Corroborando, quando observamos os dados de contaminação química no Programa Nacional de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em ‘Alimento’ (Para) – do MS –, das 4.616 amostras de 14 alimentos, coletados em 77 cidades em 2017/2018, constatou-se que 28% têm agrotóxicos abaixo do LMR, 23% têm agrotóxicos acima do LMR e/ou não autorizado para as culturas e/ou era proibido no Brasil e 49% não apresentaram resíduos dos agrotóxicos pesquisados. Que alimentos estamos comendo? Quem contaminou com agrotóxicos? E, ainda, há alimentos com mais de dez tipos de agrotóxicos diferentes numa só amostra! O MS/Anvisa analisou 270 tipos de agrotóxicos diferentes, mas estão registrados no Brasil 650 Princípios Ativos desses venenos e não estão incluídos no Para, nas análises de carnes, leites, ovos e alimentos processados. O Brasil prevê que, em 1 kg de soja, podemos ter até 10 mg de glifosato; e no feijão, até 8 mg de Malathion. Na UE, o LMR de 0,05 e 0,02 mg, respectivamente, é 200 e 400 vezes menor que no Brasil¹¹. São alimentos ou mercadorias? As indignações são as mesmas feitas para nossa água potável.

Avaliações integradas e participativas de saúde-trabalho-ambiente realizadas por pesquisadores do Núcleo de Estudos Ambientais e Saúde do Trabalhador (Neast) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) em regiões de grande produção agrícola de Mato Grosso (Rondonópolis, Sorriso, Sapezal e Canarana) constataram, além da insegurança alimentar, contaminações por vários agrotóxicos usados nas lavouras de soja, milho e algodão em dezenas de

amostras de águas dos rios, chuva, ar, água potável, hortaliças, soja, milho, fibras de algodão, peixes, leite materno, sangue e urina de trabalhadores e população de vilas rurais e do entorno das cidades.

Também, estudos mostram que as nascentes do Rio Paraguai e do Rio Xingu nascem dentro das plantações de soja, milho, pastagens e cana; e se detectou no Pantanal e Parque Nacional do Xingu presença de vários agrotóxicos nas suas águas, sedimentos, peixes, sapos, tartarugas e outros animais¹³.

‘Passando a boiada’

No Brasil, apesar dos desastres causados pelo agronegócio, vemos ‘desregulações de normas ambientais e sanitárias’, autorizações de desmatamento e implantação de agropecuárias em terras indígenas. Vemos também incentivos à produção agrícola sustentável e agricultura familiar (Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar – Pronaf) escasseando, com clara opção da política agrícola brasileira pela manutenção e ampliação do modelo de concentração de terra.

A expansão da pulverização de agrotóxicos (Lei nº 13.301/2016), que permite uso de inseticidas em áreas urbanas para o combate da dengue, e, no Congresso Nacional, o Projeto de Lei nº 6.299/2002 – ‘pacote do veneno’ – ampliam o uso de agrotóxicos no Brasil. Também, as recentes 541 autorizações do Mapa (2019/2020), de uso de novos agrotóxicos no Brasil, sem consultar o MS e o Ibama, desrespeitam a Lei nº 7.802/89 dos Agrotóxicos, cuja maioria é proibida na UE.

De igual modo, o enfraquecimento da vigilância em saúde e ambiente emperra as políticas que tentam conter o avanço da sanha predatória. Como se não bastasse, temos a ‘injustiça fiscal’. A produção agropecuária não paga impostos, devido à Lei Kandir (Lei

13. NÚCLEO DE ESTUDOS AMBIENTAIS E SAÚDE DO TRABALHADOR DA UFMT. Estudos. 2020. Disponíveis em: <http://www.facebook.com/neastufmt>; http://www.instagram.com/neast_mg; app.vc/meu_agroecologico.



Foto: Amis Photos/Creative Commons

nº 87/1996), que exonera o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e o imposto de exportação para os produtos primários da agropecuária e da mineração. Note-se que, nos estados brasileiros que dependem do agronegócio, em mais de 60% do seu PIB são 'pobres' em saúde, educação pública e ambiente sustentável, como Mato Grosso, Goiás, Mato Grosso do Sul, Tocantins, Maranhão e Rondônia.

Trabalhadores por um mundo agroecológico

As pandemias causadas pelo agronegócio precisam ser enfrentadas. Para isso, será preciso mudar o modelo agroexportador que se apropria, desmata e envenena bens coletivos, privatiza lucros, socializa prejuízos e desmonta políticas públicas protetoras de vida.

Nessa luta, contamos com a pluralidade de coletivos de trabalhadores/as como protagonistas de transição para um mundo novo, protetores do bem viver, produtores de alimentos saudáveis e cuidados com a água, ou seja, os construtores da Agroecologia como a Associação Nacional de Agroecologia, a Associação Brasileira de Agroecologia (ABA), a luta em defesa do SUS e da Vida, dos Grupos de Pesquisadores, a Abrasco, o Cebes,

o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) e a Campanha Contra os Agrotóxicos.

Também se movimentam, nesse sentido, várias comunidades rurais, povos indígenas e quilombolas que lutam diretamente com seus corpos, seus saberes e práticas, resistindo e buscando fortalecer práticas agroecológicas.

Da vigilância à saúde para a vigilância do desenvolvimento

É urgente e necessário discutirmos a ampliação do movimento em defesa da vida, pois os fatores de risco para as pessoas e o ambiente são impostos pelo capital aliado aos governantes, com um modo de desenvolvimento econômico que não nos serve e não serve à humanidade. Que a SC exerça uma vigilância desse desenvolvimento, implementando a vigilância em saúde e ambiente e o verdadeiro desenvolvimento sustentável. Esta pode ser considerada uma das lutas sociais mais emblemáticas no campo econômico e da saúde no Brasil e no mundo: as articulações dos movimentos em defesa da vida a partir da rearticulação de lutas dos movimentos comunitários e sindicais de trabalhadores.



Foto: Maritza Gomes de Almeida/Acervo Casteb

8

DE VOLTA AO PASSADO: O FUTURO DO TRABALHO

Coordenação

Diego de Oliveira Souza & Bruno Chapadeiro

DOI: 10.5935/978-65-87037-01-1.11



HOME OFFICE NO CONTEXTO PANDÊMICO: A SAÚDE DOS(AS) TRABALHADORES(AS) ENTRE TEMPOS E ESPAÇOS DE VIDA E DE TRABALHO

Diego de Oliveira Souza
Ana Inês Simões Cardoso de Melo

Neste texto, o objetivo é o de propor reflexões a respeito do trabalho em *home office* e suas relações com a saúde dos(as) trabalhadores(as), tomando como eixo central a dinâmica de ‘compressão tempo-espacial’¹ e, ainda em especial, como esse processo se expressa e toma vulto no contexto de pandemia de Coronavirus Disease 2019 (Covid-19).

O capital, enquanto relação social, é produzido/reproduzido mediante uma relação tempo-espacial que lhe é peculiar. Conforme Marx² demonstrou, nas sociedades consubstanciadas em torno do capital, não basta produzir valores de uso, mas valor que se valoriza. Isso significa que do processo de trabalho se gera um valor maior do que o consubstanciado nos meios de produção e na força de trabalho empregados no início do processo. Como só a força de trabalho é capaz de gerar valor ao ser consumida no processo, gerar mais-valia equivale a se apropriar, permanente e crescentemente, do mais trabalho daqueles que produzem valor.

Essa apropriação se dá pelo prolongamento e/ou pela intensificação do tempo de trabalho. Tendo em vista a primeira situação (prolongamento), deve-se considerar que a jornada de trabalho está dividida na parcela na qual o trabalhador produz o valor equivalente ao seu salário (valor de troca da força de trabalho) e em uma parcela excedente, porquanto todo valor que se produz nela é mais-valia absoluta. Na segunda situação (intensificação), o capital consegue extrair mais-valia do trabalhador sem que, necessariamente, aumente o tempo de trabalho. Essa condição se torna possível devido à produção de mais mercadorias em tempo igual ou menor, seja pelo preenchimento dos poros da jornada de trabalho/ritmo intenso, seja pelo desenvolvimento dos meios de produção².

Existem distinções nesse processo quando consideramos o conjunto da classe trabalhadora e aqueles(as) trabalhadores(as) que geram mais-valia ou que dela participam de forma diferenciada. Entretanto, do ponto de vista das relações e condições de trabalho sob o capitalismo, a busca da extensão da jornada ou sua intensificação durante uma mesma

jornada de trabalho é um objetivo perseguido pelo empregador, mesmo quando, pelo tipo de trabalho, não se extrai mais-valia diretamente. Essa captura do tempo de trabalho é importante também do ponto de vista dos custos da produção, incluindo-se o da força de trabalho e, muitas vezes, adotando-se as estratégias criadas, originariamente na indústria, nos serviços, sendo tendência sua adoção nos mais diferentes processos de trabalho.

A questão espacial também é decisiva para a produção/reprodução do capital, uma vez que a natureza expansiva deste último implica a busca por novos nichos de produção, subordinando toda e qualquer atividade humana aos seus imperativos. Mesmo nos espaços nos quais não se está produzindo capital, as atividades ali desenvolvidas se realizam tendo a compra e a venda de mercadorias como o seu eixo movente. Pensemos, por exemplo, na mercantilização da arte, da educação, da cultura, quando estão subsumidas ao capital, corroborando as condições necessárias à reprodução do capital.

Nesse processo, é possível observar uma imbricação entre espaço e tempo que é funcional à dinâmica capitalista, pois, desde os primeiros estágios do modo de produção, a captura do tempo pelo capital se dá não só no espaço específico de trabalho, mas também nos espaços comuns do andar a vida. Concordamos com Harvey¹ quando afirma que, no capitalismo contemporâneo, há uma compressão tempo-espacial, sobretudo pela demanda do próprio capital em remediar sua crise, o que se dá pelo aceleração de suas mutações e pelo rompimento de fronteiras para a sua circulação. Essa é a pedra-de-toque da acumulação flexível mais ou menos estabelecida, mundialmente, desde fins da década de 1970, sobretudo com o grande capital distribuindo-se globalmente e, para tal, também moldando novos hábitos, valores, culturas etc. a serviço de seu frenesi.

Com a acumulação flexível, o capital sofisticou as formas de se apropriar do tempo de vida do trabalhador, transformando-o em mais trabalho. Isso porque as fronteiras entre os espaços de trabalho

1. MARX, K. *O capital*. Tomo I. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

2. HARVEY, D. *Condição pós-moderna*. São Paulo: Loyola, 1992.

3. DURAND, J. P. A refundação do trabalho no fluxo tensionado. *Tempo Social*, n. 1, v. 15, 2003.

4. FONTES, V. Capitalismo em tempos de uberização. *Marx e o Marxismo*, v. 5, n. 8, 2017.

5. ANTUNES, R. Proletariado digital, serviços e valor. In: ANTUNES, R. (Org.). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil IV*. São Paulo: Boitempo, 2019.

6. PRAUN, L. A Espiral da Destruição: legado neoliberal, pandemia e precarização do trabalho. *Trab. Edu. e saúde*, v. 18, n. 3, p. e00297129, 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00297>. Acesso em: 20 ago. 2020.

7. LAURELL, A. C., et al. *Processo de produção e saúde*. São Paulo: Hucitec, 1989.

8. SELIGMANN-SILVA, E. *Trabalho e desgaste mental*. São Paulo: Cortez, 2011.

e do andar a vida são cada vez mais imprecisas, quicá inexistentes. Ou seja, cada vez mais trabalhamos fora dos limites tradicionais da fábrica, da empresa, da escola, do hospital etc., em especial, devido à mediação tecnológica.

De fato, desde a última reestruturação produtiva, verificamos como o tempo e o espaço de trabalho vêm sendo objeto de disputa e captura pelo capital. Processo este que se deu com o desenvolvimento da base microeletrônica, a partir da combinação das tecnologias da informação e da comunicação com as alternativas e estratégias de gestão e organização do trabalho e da produção reconfiguradas, em função da demanda e/ou organizada em fluxo tensionado³. Com isso e ao lado de outras estratégias de gestão do trabalho, inclusive com maior precarização das relações e condições de trabalho, os poros (intervalos, por exemplo, entre uma tarefa e outra) da jornada de trabalho são cada vez mais eliminados.

Também os espaços de produção e de trabalho são alcançados pelas estratégias que desterritorializam a produção, assim como parcelam várias de suas atividades, na apropriação de nichos os mais distintos que sejam capazes, obviamente, de gerar lucros e rendas tecnológicas, com esses processos ocorrendo à escala mundial, independentemente da história, condições e modo de vida dos(as) trabalhadores(as) daqueles territórios ou localidades. Contudo, essa busca frenética e exponencial do capital avança, ainda, nas requisições que faz aos(as) trabalhadores(as), cotidianamente, proporcionando a interpenetração entre os espaços de trabalho e de vida, como a própria expressão inglesa *home office* (trabalho em casa) já o caracteriza. É importante lembrar, no entanto, quanto ao equívoco de responsabilizar as próprias tecnologias por esse cenário, sendo que, de fato, essa apropriação e esse consumo da força de trabalho, aos limites da exaustão, encontram seus fundamentos nas relações sociais próprias à sociabilidade capitalista.

A popularização da Internet, sobretudo, com computadores mais acessíveis, celulares do tipo *smart* e aplicativos de rápida comunicação, fez com que as demandas de trabalho se estendessem para qualquer espaço, resolvidas em qualquer hora. Dificilmente encontraremos alguém que não tenha precisado responder a *e-mails* ou a mensagens, fechar relatórios, realizar plantões de manutenção a distância, estando fora de sua jornada formal de trabalho, em casa ou até em um ambiente de lazer. Pensemos também na falácia do empreendedorismo, do suposto trabalho sem patrão, quando você tem sucessivas extensões da jornada, determinadas pela subsunção do indivíduo ao tempo capitalista, ainda que por trás da máscara da autogestão do trabalho^{4,5}.

O *home office* é a forma mais sistematizada dessa violação tempo-espacial, pois é com ele que há a fusão do ambiente doméstico e/ou de vida com o de trabalho. Concordamos com Praun⁶ quando destaca que sempre foi dito para não se levar os problemas de casa para o trabalho, mas o capital não tem nenhum pudor ou hesitação em levar o trabalho para nossas casas. Em uma sociedade em que trabalhadores e trabalhadoras só dispõem de sua força de trabalho e na qual é o trabalho que gera a riqueza, apropriada por poucos, muito poucos, o trabalho já há muito detém sua centralidade e tem a primazia sobre as demais importantes atividades da vida humana. Na atualidade, esse domínio e essa direção de nossa sociabilidade tendem a avançar, cada vez mais, sobre todas as esferas da vida social, deslocando fronteiras e alterando ritmos e intensidades, com repercussões sobre nossos processos vitais e, nesse caso, nossa saúde física e mental.

Além disso, de fato, quando nos voltamos também para estudos clássicos em Saúde do Trabalhador, informados pela epidemiologia social crítica, vemos o papel que os espaços e tempos de trabalho têm sobre o corpo dos(as) trabalhadores(as), em sua exposição nos processos e ambientes de trabalho. Atividades de trabalho em turnos, em jornadas de trabalho estendidas, com ausência de pausas, em locais insalubres etc. já são fenômenos sociais estudados há muito, sinalizando sobre as cargas e riscos nas relações entre processos de trabalho e de saúde-doença. Repercussões em termos do desgaste físico e mental foram e são identificadas em suas relações com as condições e a organização dos processos de trabalho, por vezes, levando ao adoecimento e à mortalidade. Nos dias de hoje, vimos crescer, cada vez mais, esse desgaste físico e mental, sendo que evidências dos processos que aqui descrevemos estão correlacionadas ao seu desdobramento com aumento de vários agravos, inclusive, os transtornos psicossomáticos e mentais, entre outros^{7,8}.

Também agravos à saúde que atingem a população geral; e os trabalhadores e trabalhadoras, em particular, vêm evidenciando como os imperativos dessa forma de sociabilidade em que vivemos se articula com as relações entre produção, ambiente e saúde. Evidenciam, em um ordenamento social cada vez mais internacionalizado, suas conexões universais e, também, particular e singularmente, como o processo saúde-doença se coloca de forma desigual, também temporal e espacialmente, a depender do lugar que ocupamos na estrutura social e de nossas condições de trabalho e de vida.

Decerto, o ano de 2020, com a pandemia da Covid-19, marca uma fase histórica na qual o imbricamento entre tempo e espaço de trabalho e de vida chega a um patamar sem precedentes, condições estas

já presentes antes da propagação do vírus – mas, sobretudo, que se potencializam, quando o capital refuncionaliza as supostas ameaças econômicas geradas pelo distanciamento social ao ampliar e popularizar o *home office*, hipertrofiar o setor tecnológico e, portanto, prolongar e intensificar o trabalho.

Com isso, certamente, também se eleva o patamar de desgaste, sofrimento e adoecimento dos(as) trabalhadores(as). Vale lembrar que Alves⁹ já apontava para a compressão corpo-subjetividade enquanto expressão da compressão tempo-espço, uma vez que, com a ‘flexibilização’ do regime de acumulação, aumentam-se as crises de adaptação (corolárias ao culto à polivalência), a gestão pelo estresse e o sofrimento mental decorrente da competitividade acirrada e promessas frustradas. Não à toa, o capitalismo contemporâneo vê crescer os indicadores de adoecimento mental, processo este que é perene e só se intensifica.

A pandemia da Covid-19, então, para além dos casos e óbitos que ocorreram e, ainda, estão ocorrendo diretamente pela doença, deixará um legado de adoecimento, sobretudo mental. O *home office* se mostra um habitat fértil para tal, pois traz todos os elementos da compressão corpo-subjetividade para

dentro de casa, sobrepujando o ambiente doméstico com a pressão diuturna por produtividade. Vale lembrar, consoante Souza¹⁰, que a pandemia da Covid-19 tem suas bases sociais constituídas, justamente, nessa dinâmica mundializada do capital (e sua disrupção espacial pelo tempo), extremamente favorável à disseminação do vírus.

Nesse sentido, a pandemia da Covid-19 confere maior intensidade aos mecanismos capitalistas que, inclusive, também fazem parte de sua trama causal. A intensificação do imbricamento entre tempo e espaço e suas reverberações para a saúde dos(as) trabalhadores(as) compõem esse processo, que tende a se intensificar com o avanço de estratégias de produzir mais mais-valia (seja absoluta, seja relativa).

Acreditamos que a apropriação do tempo e do espaço de vida pelo capital contribui para ratificar que todo e qualquer processo saúde-doença está com suas raízes cravadas no antagonismo entre capital e trabalho. Seja no local de trabalho, seja fora dele; seja na jornada formal, seja na inexistência dessa formalidade, seja no desemprego, nosso processo saúde-doença está em curso com a participação primordial do trabalho.

9. ALVES, G. Trabalho, corpo e subjetividade: toyotismo e formas de precariedade no capitalismo global. *Trab. Edu. e saúde*. v. 3, n. 2, p. 409-428, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462005000200009>. Acesso em: 20 jan. 2021.

10. SOUZA, D. O. A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. *Ciênc. Saúde Colet.* v. 25, supl. 1, p. 2469-2477, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11532020>. Acesso em: 20 ago. 2020.



NÃO SOIS MÁQUINA — A PROPÓSITO DO 28 DE ABRIL

Bruno Chapadeiro

No 28 de abril, celebra-se o ‘Dia Internacional em Memória das Vítimas dos Acidentes e Doenças do Trabalho’. Por determinismo astrológico ou mero acaso do destino, no dia de hoje, também particularmente comemoro minha data natal. Neste 2020, 34 outonos. Por mais ‘coincidências’, meu sobrenome

Chapadeiro (sim, por incrível que pareça, é um sobrenome, e não um apelido como pensam os desavisados, rs), costumo dizer que é inventado! Diz-se a palavra ‘Chapadeiro’ derivar de ‘trabalhador da Chapada’. Pois bem, esse era o fazer de meu bisavô materno na Chapada Diamantina; e, por assim ser conhecido

entre colegas e familiares, alterou seu sobrenome à época. Comumente, quando se busca significados de nomes/sobrenomes, há achados quase sempre nobres e pomposos. O meu é sinônimo de ‘matuto’, ‘caipira’, palavras que trazem à mente figuras como o Jeca Tatu de Lobato ou os meridionais de Gramsci. Ou seja, ambas adquirem representatividade no imaginário dos habitantes das regiões mais economicamente avançadas, como sendo ‘a bola de chumbo que impede o progresso nacional’. São em tempos como estes de pandemia, em que trabalhadores do campo abastecem os alimentos que passam pelos entregadores de aplicativos para que cheguem às mesas dos ‘confinados’ *urbe et orbi*, que se vê a importância de os ‘vinhos serem feitos de uvas’ e das mãos por quais passam toda a cadeia desde o cultivo da fruta ao primeiro gole da etílica bebida em nossas bocas. Vertov e a ‘Ilha das Flores’ de Furtado bem nos auxiliam a compreender o que digo.

‘Trabalho’ parece ser algo que corre nas veias de quem vos escreve. Para além de ser também uma palavra marcada na pele deste, porém na língua de Victor Hugo. Tal como dizia um professor meu ainda na graduação: “*Só estudamos/pesquisamos aquilo que nos incomoda, nos implica, o que precisamos resolver*”. Sim, porém o Trabalho está na gênese de toda espécie humana, dotada de telencéfalo superior desenvolvido, polegares opositores e a capacidade de ser livre (mesmo que essa seja uma palavra que o sonho humano alimente em que não há ninguém que explique e ninguém que não entenda). Figura como a categoria central no desenvolvimento de nossas funções psicológicas superiores como apontado por Leontiev¹. Ou ainda, é a mediação necessária de nossas posições teleológicas segundo Lukács². Por meio do acúmulo histórico-social advindo do manejo da técnica, de ferramentas, mesmo as mais arcaicas, e da capacidade de pensamento abstrato, o ‘animal tornado homem através do trabalho’ permitiu-lhe fazer história, criar cultura, pensar a política, produzir arte etc., o ‘poder de criar máquinas e o poder de criar felicidade’. Afinal, “*a gente não quer só comida, a gente quer comida, diversão e arte!*” já diziam os titânicos. E se a Arte, algo tão relegado a segundo plano pelos burocratas, existe, é justamente porque a vida diante dos olhos não nos basta. Curiosamente, é justamente a Arte que, em tempos de isolamento, tem nos redimido da barbárie desses períodos. Barbárie, claro, se tivermos sorte como bem dito por Mészáros³.

É então por meio do Trabalho que ganhamos a vida, nos permite viver, nos atrela identidade, e sentidos e significados à condição humana, dema-

siadamente humana. Com ele, por ele e por causa dele, homens e mulheres ao redor do mundo ganham e perdem suas vidas materiais e subjetivas. Já dizia o velho barbudo comedor de criancinhas: o Trabalho satisfaz primeiro as necessidades do estômago, e depois as da fantasia. Consome-se nesse processo, saúde/doença. Ou seja, o que nos hominiza é o que também determina nossos modos de viver, andar com a vida, adoecer e morrer. Curioso, não? “*Seu sonho é sua vida, e vida é trabalho. E sem o seu trabalho, um homem não tem honra. E sem a sua honra, se morre, se mata*” cantava o saudoso Gonzaguinha. A forma social como que o Trabalho é/está organizado e dividido tem impactos diretos em nossa saúde, determinando-a. Em sua forma capitalista em que se preconiza o trabalho morto, abstrato, que produz valores de troca em antagonismo ao trabalho vivo, concreto, que produz valores de uso, os adocimentos passam não somente pela alienação dos processos e dos produtos do trabalho em nome da forma salário, mas também pela perda de autorreferência de si e dos outros enquanto ser genérico. Doença é alienação, e saúde é emancipação, resumiram Laurell & Noriega⁴.

Desse modo, o contexto da pandemia da Covid-19 que vivemos atualmente agudiza e complexifica como pensamos nossa saúde individual e coletiva enquanto trabalhadores(as) que somos. Em quê, um vírus, enquanto risco biológico passível de nos adoecer, tem a ver com a forma com que trabalhamos? Lembremos que, como disse acima, trata-se de questão ulterior: versa mais sobre o modo com que as formas de trabalhar estão arraigadas no sociometabolismo do capital em que vivemos do que como se expressam singularmente no cotidiano. Ou seja, o positivismo por detrás da questão se uma doença é ou não do trabalho já deveria ter sido superada, pois todas guardam relação direta/indiretamente com a base material/processos produtivos de uma sociedade.

Para compreendermos, vejamos como Berlinguer⁵ destaca quatro aspectos d’A Doença distintos e intercambiáveis entre si. O primeiro é o estar doente, ou seja, realmente apresentar alterações fisiológicas por causa da doença. No caso do novo coronavírus, pensemos naqueles(as) que, de fato, têm febre, tosse e falta de ar, ou seja, os sintomáticos. O segundo aspecto versa sobre o sentir-se doente em que os sintomas são notados. Há os que possam estar contaminados pela Covid-19 e nada sentirem. São os chamados assintomáticos que, inclusive, são a maioria contaminante. O terceiro denota a identificação da doença. Os sinais do corpo que muitas vezes ignoramos, sempre pensando que estamos bem, aptos ao trabalho, às

1. LEONTIEV, A. N. *O desenvolvimento do psiquismo*. Lisboa: Livros Horizonte, 1978.

2. LUKÁCS, G. *Ontologia do ser social*. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1979.

3. MÉSZÁROS, I. *A montanha que devemos conquistar: reflexões acerca do Estado*. São Paulo: Boitempo, 2015.

4. LAURELL, A. C., et al. *Processo de produção e saúde*. São Paulo: Hucitec, 1989.

5. Berlinguer G. *A doença*. São Paulo: CEBES-Hucitec, 1988.

atividades domésticas etc., o que nos leva à demora pela procura de tratamento, geralmente apelando para que alguém próximo nos indique um medicamento certo. Trabalhar adoecido já é a nova constante do novo (e precário) Mundo do Trabalho; E, por fim, o quarto aspecto diz sobre poder estar doente. Quem não vive de rendas e propriedades vive, como dissemos, do Trabalho, então o medo da perda do corpo saudável, produtivo é duplamente ameaçador, pois pode-se perder também o sustento material.

Eis o ‘decifra-me ou devoro-te’ que a pandemia do novo coronavírus impôs à sociabilidade do capital. Quem pode ‘dar-se ao luxo’ de estar doente? Se não há quem produza e/ou quem consuma, devido

ao distanciamento social recomendado, como esse sistema se valoriza e se reproduz? Quem produzirá a riqueza? Se este mundo se apresenta como ‘uma imensa coleção de mercadorias’, faz sentido agora ‘comprarmos coisas que não precisamos, com dinheiro que não temos, para impressionar pessoas de quem não gostamos?’ Tyler Durden⁶ nos afirma que não.

E não, o capitalismo não será colapsado por um vírus, mas tão somente, como há tempos preconizado, pela luta de classes. Não à toa, há um 1º de maio de simbolismo tão forte e atual logo ali, tão próximo desse 28 de abril. Que pode nos recobrar aos vigorosos dizeres do Adenoid Hynkel de Chaplin⁷: “Não sois máquinas! Homens é que sois!”

6. CLUBE DA LUTA [Fight club]. Direção de David Fincher. Los Angeles: 20th Century Fox, 1999. VHS (139 min.).

7. O GRANDE DITADOR [The Great Dictator]. Direção Charles Chaplin. Los Angeles: United Artists, 1940. Película (124 min.).

O PASSADO MASSACRA O PRESENTE DO MUNDO DO TRABALHO NO BRASIL

Ricardo Lara

Neste ensaio, abordamos aspectos sócio-históricos da exploração da força de trabalho no Brasil e destacamos como as cicatrizes da formação social brasileira são dilaceradas diante da pandemia da Covid-19 (Coronavírus – Sars-CoV-2).

No Brasil, o passado massacra o presente. Diante da pandemia da Covid-19, as contradições históricas da sociedade brasileira comprovam a particularidade de nossa classe trabalhadora, que sobrevive em condições e relações de trabalho/vida de intensa exploração, adoecimento, morte, precarização, informalidade, submoradias, racismo e patriarcalismo.

A formação sócio-histórica das classes sociais no Brasil, principalmente a partir de 1850¹ e intensificadas no século XX, ajustada pelas condições estruturais do imperialismo e da dependência, proporcionaram privilégios às elites e misérias aos subalternos, criando uma processualidade social que nos assombra até hoje.

Na formação social brasileira, a exploração da força de trabalho extrai mais-valia por meio de uma apropriação dual do excedente econômico, do qual parte precisa ser canalizado ao capital estrangeiro. Esse processo impacta não apenas as condições de vida das classes trabalhadoras com altos índices de adoecimentos e mortes relacionadas com as extensivas e intensivas jornadas de trabalho (mais-valia absoluta e relativa), mas em toda dinâmica da produção e apropriação da riqueza na sociedade brasileira.

Na reprodução social, a restrição de investimentos em políticas públicas que objetiva economizar para gerar *superavit* primário e pagar juros e amortizações da dívida é um exemplo de como o capital rentista sufoca a população brasileira. As manifestações recentes dessa situação são: a Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), que congelou o teto de investimentos da União, atingindo duramente os investimentos em saúde, educação e assistência social; a contrarreforma trabalhista, que legalizou o trabalho precário em todas as suas modalidades possíveis (intermitente, remoto, terceirizado); a contrarreforma da previdência social, que impossibilitou a aposentadoria da maioria da classe trabalhadora em razão das próprias condições de empregabilidade do mercado de trabalho moldado pela rotatividade e flexibilização irrestrita.

No marco político e dos direitos sociais, historicamente, as classes trabalhadoras acessaram uma democracia restrita no Brasil. A ‘modernidade’ aqui não contemplou a plenitude da emancipação política. No que diz respeito ao direito ao trabalho, um fato histórico trágico na constituição do mercado de trabalho brasileiro assalariado se deu após a abolição da escravidão (1888), momento em que os trabalhadores negros foram substituídos por trabalhadores imigrantes. Esse episódio contou com grande investimento estatal para a vinda dos imigrantes ao País. Por outro lado, a população negra ingressou impositivamente no exército industrial de reserva.

1. A Lei de Terras, de 1850, marca a legalização da propriedade fundiária no Brasil, o golpe contra uma possível reforma agrária e a inserção do trabalhador escravizado. “Durante a crise do trabalho servil, o objeto da renda capitalizada passa do escravo para a terra, do predomínio num para o outro, da atividade produtiva do trabalhador para o objeto do trabalho, a terra. Nessa mudança sutil, persiste a dimensão propriamente rentista da economia de exportação, o que é diverso do propriamente capitalista. Porém, libertando do rentismo o trabalho e transferindo o rentismo para a propriedade da terra” MARTINS, J. S. *O cativo da terra*. São Paulo: Contexto, 2017.



O processo de ‘descravização’ no Brasil foi formal e fenomênico, o que possibilitou a reciclagem das relações de espoliação e de exploração herdadas do colonialismo e do escravismo, mas a partir de 1888, sob o imperialismo e a dependência. As classes dominantes que aqui se forjaram mantiveram o caráter predatório e elitista diante das classes subalternas. O Estado foi instrumentalizado para manter o privilégio e as riquezas das elites. O prestígio social, político, econômico e cultural que as classes dominantes alcançam internamente na constituição da sociedade civil brasileira é diametralmente oposto ao desprestígio, vilipêndio e aviltamento aos quais está submetida a maioria dos indivíduos que integram as classes trabalhadoras. Assim, foram moldadas as práticas coercitivas e repressivas de cima para baixo, visando perpetuar as desigualdades sociais e raciais²⁻⁵.

O racismo apresenta importante chave analítica para entender o mercado de trabalho no Brasil. Os capitalistas agrários e industriais criaram originalmente o exército de reserva à custa da imigração europeia e asiática nas regiões de forte dinamismo econômico e fizeram dos negros uma ‘reserva da reserva’. “Classificar as pessoas segundo a cor tem sido vantajoso ao funcionamento do capitalismo, pois mantém a reserva de segunda linha dos discriminados sempre disponível para o trabalho em troca de salários rebaixados”⁴⁽²²³⁾.

O mito da ‘democracia racial’, que tenta encobrir a história de como se formaram e se consolidaram as práticas e as ideias que deram sustentação ao racismo, não consegue esconder a realidade de um país que tem no patrimonialismo, no mandonismo, na intolerância e na desigualdade de classe e raça elementos concretos que se evidenciam no cotidiano da classe trabalhadora e da população periférica, sobretudo do povo negro.

Lamentavelmente, com a herança sócio-histórica descrita acima e diante do pior governo federal da história, o resultado da pandemia do novo coronavírus é catastrófico para o Brasil. Autoritarismo, negacionismo, desprezo pelas orientações das organizações e profissionais da saúde estiveram presentes nas ações de Bolsonaro e de seus seguidores desde o início da Covid-19 no País. As consequências econômicas e políticas ainda estão em curso, mas uma das poucas certezas é que a conta já chegou à classe trabalhadora. O vírus pode não escolher a classe social, mas as classes subalternas são as mais atingidas. Quando os desempregados, indivíduos em situação de rua, comunidades quilombolas, indígenas e trabalhadores informais não morrem pela doença, eles encontram as maiores dificuldades na assistência médica e nas políticas de enfrentamento da crise sanitária.

A maior parte da população urbana no Brasil encontra dificuldades e não apresenta condições adequadas de isolamento social, pois reside em submoradias em que os espaços de habitação são apenas para o descanso corporal após longas e extenuantes jornadas de trabalho, na maioria dos casos na economia informal. Cabe registrar que, diante da pandemia, muitos trabalhadores não pararam suas jornadas de trabalho e receberam a própria morte como pagamento, exemplo disso são os profissionais de saúde. Muitos trabalhadores não têm escolha, continuaram em suas ocupações durante a pandemia, pois os hospitais, as funerárias, a logística, a limpeza e a higienização, os supermercados, os abates de animais e a agricultura não pararam suas atividades.

O enfrentamento da pandemia está encontrando verdadeiras muralhas chinesas produzidas por uma concepção neoliberal de sociedade e Estado que, nas últimas décadas, foi voraz nas medidas de austeridades fiscais e redução ao máximo dos investimentos em políticas públicas. Nas sociedades altamente integradas em que vivemos, a saúde do indivíduo e a saúde da sociedade nunca podem ser consideradas de maneira isolada, a concepção privatista de saúde de que cada indivíduo pode comprar ‘a melhor saúde’ nas empresas de planos privados naufraga em contextos de pandemias. As ações dos Estados para proteger a população comprovam que a saúde é, antes de tudo, um bem público⁶, que a condição saudável ou doentia de cada indivíduo depende, em primeiro lugar, da condição saudável ou mórbida da sociedade. A capacidade da sociedade de se defender das doenças e pandemias depende, de fato e unicamente, de um genuíno sistema de políticas públicas de saúde, assistência social, moradia, trabalho e saneamento básico.

2. IANNI, O. *O ciclo da revolução burguesa*. Petrópolis: Vozes, 1984.

3. FERNANDES, F. *A revolução burguesa no Brasil*. São Paulo: Globo, 2009.

4. GORENDER, J. *A escravidão reabilitada*. São Paulo: Expressão Popular, Fundação Perseu Abramo, 2016.

5. MOURA, C. A história do trabalho no Brasil ainda não foi escrita. *Portal Grubois: espaço do pensamento marxista e progressista*. São Paulo, 37. ed., p. 51-57, maio/jun./jul. 1995. Disponível em <http://revista-principios.com.br/artigos/37/cat/1720/a-hist-oacuteria-do-trabalho-no-brasil-ainda-n-atildeo-foi-escrita-.html>. Acesso em: 20 ago. 2020.

6. BIHR, A. França: pela socialização do aparato de saúde. In: DAVIS, M., et al. *Coronavirus e a luta de classes*. Brasil: Terra sem Amos, 2020.

Nos países da periferia do capitalismo como o Brasil, os impactos da Covid-19 aprofundarão a tragédia da classe trabalhadora. As condições precárias de trabalho e proteção social como informalidade, intensiva exploração da força de trabalho, altos índices de adoecimentos e mortes no trabalho, investimento insuficiente de recursos nas políticas públicas são situações constitutivas da formação do mercado de trabalho brasileiro.

O mercado de trabalho do Brasil de hoje é composto por trabalhadores que, em alguns casos, laboram 14 horas ou mais por dia. São os trabalhadores sem direitos sociais dos mais diversos aplicativos – como Uber, Rappi, iFood –, as empregadas domésticas, os ambulantes, ou seja, de 40% a 50% dos trabalhadores e trabalhadoras que vivem na informalidade ou em relações de trabalho (proteção social) fragilizadas. Foram esses trabalhadores que lotaram as filas da Caixa Econômica Federal em busca dos R\$ 600,00. A ideologia da meritocracia e do empreendedorismo como alternativas ao trabalho regulado foi a primeira a tombar e a ser abatida na emergência da pandemia.

A sociedade brasileira precisa compreender que o projeto de nação para o Brasil antes da Covid-19 já era uma tragédia para as classes subalternas. A seguridade social foi criminosamente atacada, a proteção social ao trabalhador foi reduzida ao mínimo pelas contrarreformas, o mercado de trabalho estava mergulhado na precarização (o denominado trabalho precário é uma característica constitutiva de nossa formação social). Não podemos ficar reféns de um projeto de nação que se agarra na dependência e na manutenção de uma classe dominante-dominada⁷ com seus privilégios.

As desigualdades de salários, habitação e todas as demais condições básicas de reprodução social fazem do Brasil um dos países com as piores condições de vida para a maioria da população. O policlassismo da pandemia da Covid-19 em atingir todas as classes e segmentos sociais pode até ser considerado em países com iguais condições de cobertura de saúde, habitação e saneamento básico; mas, no Brasil, onde o acesso a esses serviços é precário e desigual, a Covid-19 não tem nada de democrática. Ela acaba por ser letal nas periferias das cidades, pois os poucos leitos hospitalares, as condições precárias de moradia para praticar o isolamento social colocam a classe subalterna na trincheira da contaminação e da morte.

Os pesquisadores Bombardi e Nepomuceno⁸ demonstraram que a Covid-19, primeiramente, alastrou-se pelas maiores capitais (São Paulo e Rio de Janeiro) em razão da circulação de pessoas

de várias regiões do mundo e, por conseguinte, pela quantidade de habitantes e pela densidade demográfica, o que revela o padrão de urbanização desigual, segregacionista e nefasto para a saúde humana. Os autores também alertam que muitos casos de aumento de contaminação podem estar relacionados com a falta de coleta de esgoto, em função da possibilidade de contaminação ‘fecal-oral’. Aí a catástrofe pode ser ainda maior, pois, na maior parte dos municípios do Brasil, mais de 50% da população não tem esgoto coletado. Aproximadamente 6,1 milhões de domicílios não contavam, em 2019, com água diariamente, representando cerca de 18,4 milhões de brasileiros. Regionalmente, o acesso ao esgotamento sanitário mostra acentuadas diferenças no País: no Norte, apenas 27,4% dos domicílios eram ligados à rede geral de esgoto; no Nordeste, esse percentual era de 47,2%; no Centro-Oeste, chegava a 60%; no Sul, subia para 68,7%; alcançando o maior percentual no Sudeste, com 88,9% dos domicílios com acesso à rede coletora⁹.

José Carlos Mariátegui¹⁰ argumentou, no início do século XX, que o problema do índio é o problema da terra na América Latina. Na pandemia, uma grande preocupação que se levanta aos olhos do mundo diz respeito aos povos indígenas contaminados pela Covid-19. Historicamente, os povos indígenas são mais suscetíveis a doenças e quase foram eliminados da América com a chegada dos europeus no século XVI. Hoje, diante da Covid-19, uma das possíveis explicações sobre o maior risco de contágio dos indígenas é que eles não tiveram o mesmo contato com vários vírus como as demais populações não indígenas e, por isso, são mais suscetíveis às doenças trazidas do exterior para suas aldeias. São aproximadamente 81 mil indígenas, na região amazônica, que estão em situação de vulnerabilidade, o que pode ser agravado pelas distâncias de suas aldeias aos centros urbanos que oferecem tratamentos em hospitais especializados para combater a Covid-19. O aumento do desmatamento¹¹ e o garimpo ilegal, nesse caso, são os principais fatores de contágio.

Por fim, é bom reforçar que muitos estudos das ciências sociais e humanas, tão agredidas no atual contexto, são fundamentais para compreendermos o nosso presente que está ancorado no passado, pois, para combater a Covid-19, são necessárias vigorosas políticas de saúde, habitação, trabalho, assistência social, saneamento básico e, principalmente, o enfrentamento ao imperialismo e à dependência para produzirmos uma substantiva soberania nacional.

7. BAMBIRRA, V. *O capitalismo dependente Latino-americano*. Florianópolis: Insular, 2013.

8. BOMBARDI, L. M., et al. Covid-19: desigualdade social e tragédia no Brasil. *Le Monde Diplomatique Brasil*, 29 abr. 2020. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/covid-19-desigualdade-social-e-tragedia-no-brasil>. Acesso em: 20 ago. 2020.

9. SILVEIRA, D. Cerca de 18,4 milhões de brasileiros não recebem água encanada diariamente, aponta IBGE. *G1, Economia*. 6 maio 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/05/06/cerca-de-18-4-milhoes-de-brasileiros-nao-recebem-agua-encanada-diariamente-aponta-ibge.ghtml>. Acesso em: 20 ago. 2020.

10. “La cuestión indígena arranca de nuestra economía. Tiene sus raíces en el régimen de propiedad de la tierra”. MARIÁTEGUI, J. C. *Ensayos de interpretación de la realidad peruana*. Caracas, Venezuela: Fundación Biblioteca Ayacucho, 2007.

11. O imperialismo e a dependência se manifestam na atualidade na divisão internacional do trabalho, na relação entre norte e sul global. A inserção do Brasil como grande produtor de alimentos (agronegócio) e elevados índices de desmatamento é explicado por Foster e Suwandi [tradução nossa]: “Desde o final do século XX, a globalização capitalista adotou cada vez mais a forma de cadeias de mercadorias interligadas controladas por corporações multinacionais, conectando várias zonas de produção, principalmente no Sul Global, com o ápice do consumo, das finanças e da acumulação mundial principalmente no Norte Global. Essas cadeias de mercadorias constituem os principais circuitos materiais do capital globalmente que constituem o fenômeno do imperialismo tardio identificado com a ascensão do capital financeiro e monopolista. Nesse sistema, rendas imperiais exorbitantes do controle da produção global são obtidas não apenas da arbitragem trabalhista global, por meio do qual as empresas multinacionais com sede no centro do sistema exploram excessivamente a força de trabalho industrial na periferia, mas também cada vez mais através da arbitragem global da terra, na qual as multinacionais do agronegócio desapropriam terras (e mão-de-obra) baratas no Sul Global para produzir e exportar principalmente para venda no Norte Global”. FOSTER, J. B., et al. *Covid-19 and catastrophe capitalism: commodity chains and ecological-epidemiological-economic crises*. *Monthly Review*, v. 72, n. 2, jun. 2020. Disponível em: <https://monthlyreview.org/2020/06/01/covid-19-and-catastrophe-capitalism/>. Acesso em: 20 ago. 2020.

O 'NOVO NORMAL' E A SAÚDE DOS(AS) TRABALHADORES(AS)

Paulo Victor Rodrigues de Azevedo Lira

1. INSPER. *Novo Normal*: Entenda melhor esse conceito e seu impacto em nossas vidas. Disponível em: <https://www.insper.edu.br/noticias/novo-normal-conceito/>. Acesso em: 20 ago. 2020.

2. MONTINI, A. *Retomada do Trabalho: o que esperar do "Novo Normal"?* Disponível em: <https://www.uol.com.br/tit/colunas/alessandra-montini/2020/06/29/retomada-do-trabalho-o-que-esperar-do-novo-normal.htm>. Acesso em: 20 ago. 2020.

3. RAIA, A. *O novo normal e o novo você*. 2020. Disponível em: <https://vidasimples.co/colunias/o-novo-normal-e-o-novo-voce/>. Acesso em: 20 ago. 2020.

4. TAWIL, M. *O Novo Normal chegou. Esqueça 'entender para atender'. Agora é 'acolher para atender'*. Disponível em: <https://epocanegocios.globo.com/colunas/Futuro-do-trabalho/noticia/2020/06/o-novo-normal-chegou-esqueca-entender-para-atender-agora-e-acolher-para-atender.html>. Acesso em: 20 ago. 2020.

5. Aqui cabem uma série de comparações. Importante também ressaltar a diferença desse cotidiano entre as classes sociais.

6. HOLANDA, M. N. A. B. *Ideologia e alienação: uma relação necessária*. *Katályse*, v. 22, n. 2, p. 235-243, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rky/22n2/pt_1982-0259-rk-22-02-235.pdf. Acesso em: 20 ago. 2020.

7. NETTO, J. P., et al. *Cotidiano*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 7-93.

8. Vale ressaltar que abordagem científica calcada no positivismo, neopositivismo e na fenomenologia se atém a dados empíricos, a faticidade, amparando-se em um racionalismo limitado ou em um irracionalismo⁷.

9. DANTAS, A. V. *Coronavírus, o pedagogo da catástrofe: lições sobre o SUS e a relação entre público e privado*. *Trab. Edu. Saúde*, v. 18, n. 3, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v18n3/0102-6909-tes-18-3-e00281113.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2020.

10. SOUZA, D. O. *A pandemia do COVID-19 para além das ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social*. *Ciênc. Saúde Colet.* 25, supl. 1, p. 2469-2478, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25s1/1413-8123-csc-25-s1-2469.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2020.

O 'novo normal' é tema rotineiro quando se fala na flexibilização das ações sanitárias na pandemia ocasionada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2). O tema vem sendo abordado por recentes matérias em veículos midiáticos, que tratam, sobretudo, como se dará a 'nova' vida cotidiana, na maioria das vezes, pautada em uma vida 'diferente', 'repleta de inovações', 'desafios' e 'reorganizações no mundo do trabalho e vida pessoal'¹⁻⁴.

É fato que o cotidiano é uma característica insuprimível da vida dos seres sociais. Todos os dias acordamos, realizamos uma série de atividades que fazem parte de nossa rotina: comer, trabalhar, dirigir, encontrar amigos, andar pelas ruas, entre outras. Inúmeras ações compõem a cotidianidade, que, sem dúvida alguma, também é determinada sócio-historicamente, tanto em relação à questão do espaço quanto em relação ao tempo. Exemplificando: rotinas estabelecidas por determinada pessoa no século XIX são distintas de hábitos atuais, assim como o cotidiano de uma pessoa na periferia é diferente do de outra pessoa em um bairro nobre⁵, mesmo que sejam contemporâneos.

O cotidiano é expressão da singularidade do ser humano, de sua reprodução direta, e da

reprodução indireta da sociedade; e por ser sócio-historicamente estabelecido, é mutável. Hábitos e valores são definidores de suas características. Segundo Holanda⁶, complexos como a alienação e a ideologia nascem do cotidiano: "Tanto a alienação quanto a ideologia nascem da vida cotidiana e a ela remetem, razão pela qual o cotidiano se põe nessa relação como *médium* entre a estrutura econômica geral da sociedade e a dos seres humanos". É, portanto, na estrutura e na dinâmica capitalista atual que se funda nossa abordagem do cotidiano, bem como a sua crítica, e, conseqüentemente, suas implicações na vida dos sujeitos.

Com essa discussão, temos como objetivo abordar o que vem sendo chamado de 'novo normal', pois este é colocado como linha de mudança no cotidiano das pessoas. Sob essa concepção, haveria uma forte separação entre a vida pré e pós-pandemia, inclusive com um apelo 'ideológico' à formação de uma sociedade 'mais humana', 'solidária', pautada em um consumo consciente, assim como modificações no mundo do trabalho que permitam essas características²⁻⁴.

A insistência na necessidade da retomada das atividades, desde que tomadas 'medidas seguras',



Foto: Min Woo Park/Pixabay

é um apelo feito em maior ou menor medida por governos na esfera federal, estadual, municipal e por grandes empresários. O uso de máscara, de álcool em gel, o reforço na lavagem das mãos com água e sabão (mesmo que você não tenha água em casa), o uso de tecnologias e modalidades de trabalho como o *home office*, a educação a distância, o trabalho por aplicativos, o consumo via internet são alguns dos mandamentos do 'novo normal' (cotidianidade). Nessa esfera da vida, o critério da utilidade e o da verdade se confundem⁷.

Netto⁷, ao tratar sumariamente da abordagem lukácsiana da cotidianidade, elenca três determinações fundamentais de sua constituição: 1) Heterogeneidade, ou seja, a movimentação e coexistência de múltiplos fenômenos; 2) Imediaticidade, em que são expressos automatismos e o espontaneísmo próprios da reprodução direta dos indivíduos; 3) Superficialidade Extensiva, uma vez que o indivíduo responde ao somatório de fenômenos presentes em situações da vida sem vincular as relações que os determinam. Expostas as determinações essenciais da cotidianidade, o chamado 'novo normal' acaba por ter realmente uma faticidade de novidade, já que aparentemente

uma série de mudanças será realizada para que os indivíduos possam continuar a expressar sua singularidade e sua reprodução direta.

No entanto, é necessária uma crítica do

cotidiano, sem que este seja anulado, mas que haja sua suspensão. Ainda seguindo o pensamento de Lukács, Netto⁷ ressalta que a superação da singularidade é dada por meio de um processo que suspende a heterogeneidade da vida humana e acaba por homogeneizar as faculdades do ser humano direcionando-as a uma objetivação na qual este se reconheça como portador da consciência humano-genérica, como 'inteiramente ser humano'. Essa mediação entre singular e universal é feita pela particularidade. Três complexos são privilegiados nessa forma de suspensão do cotidiano: 1) o trabalho criador; 2) a ciência; 3) a arte. Por meio desses complexos, o ser social compreende a dimensão humano-genérica, porém, essa compreensão não elimina a vida cotidiana, mas lhe enriquece, percebendo-a como espaço de ampliação do ser social, de 'desalienação', ainda que parcialmente.

Assim, a crítica à cotidianidade feita por uma abordagem científica⁸ que se ampare nas categorias da crítica da economia política possibilita uma suspensão do cotidiano;

e, conseqüentemente, levantar determinações estruturantes acerca deste. Nesse caminho, em que método e teoria caminham lado a lado, o 'novo normal' não apresenta muitas novidades para além de sua forma.

A explosão de casos e mortes ocasionadas pelo novo coronavírus escancara a dimensão destrutiva do capitalismo sob a égide neoliberal, que tem seu lema implícito nas chamadas de retorno as atividades: 'o lucro e a exploração antes da vida'. 'Reflexões cotidianas' que manifestam descontentamento, fatalismo ou soluções mágicas em relação à situação acabam por dar corpo a essa cotidianidade capitalista. Essas reflexões estão permeadas pela ideologia burguesa, que necessariamente precisa da força de trabalho para extração de mais-valor. Por isso, a necessária suspensão do cotidiano para um retorno a ele mais eficaz.

Se, por um lado, a pandemia explicitou para parte da população a importância do Sistema Único de Saúde (SUS), por outro, ela é uma verdadeira 'janela de oportunidades' para a reprodução ampliada do capital e ataque à saúde dos trabalhadores, inclusive no desmonte do próprio SUS. Recentes exemplos não faltam. Dantas⁹ evidencia elementos que já colocavam o 'antigo normal' imerso em uma sociedade capitalista em crise, assim

*Todo dia eu só penso em poder parar
Meio-dia eu só penso em dizer não
Depois penso na vida pra levar
E me calo com a boca de feijão
(Cotidiano – Chico Buarque)*

como Souza¹⁰ questiona que a pandemia não é a geradora da crise que os países capitalistas já atravessavam, senão um fenômeno que a expôs mais visceralmente e tornou-a mais aguda¹¹.

A expansão da flexibilização e da precarização do trabalho por meio de alternativas como o *home office*, o trabalho por aplicativos¹², o reforço ideológico ao empreendedorismo, a redução de salários, a demissão massiva de trabalhadores, o afrouxamento nas medidas de saúde e segurança nas empresas, o uso da educação a distância expressam que o 'novo' carrega muito do 'velho' e que, tendencialmente, apresenta a continuidade de formas utilizadas na organização do trabalho na pré-pandemia, só que agora na forma mais incisiva de ataques à classe trabalhadora, que, de forma tendencial, refletirão para o momento pós-pandemia.

Há também a propensão que o estranhamento/alienação do trabalho se complexifique ainda mais, com o entrelaçamento dos tempos de trabalho e tempo livre, em situações que utilizem, por exemplo, o *home office* como estratégia organizativa. Marx¹³⁽⁸²⁻⁸³⁾, ao tratar da alienação do trabalho na sociedade capitalista, elabora:

11. Vale ressaltar a importância da pesquisa sobre o mercado de trabalho no Brasil no período 'imediatamente' anterior a pandemia. Veremos o avanço da taxa de desemprego, aumento exponencial de informalidade, das terceirizações, dos vínculos intermitentes e dos desalentados. Para mais informações consultar LARA, R., et al. *Modernização trabalhista em contexto de crise econômica, política e sanitária*. Disponível em: https://suassocovid19.files.wordpress.com/2020/07/artigo_modernizaccca7acc83o_trabalhista.pdf/. Acesso em: 20 ago. 2020. Dantas⁹, SOUZA, D. O. O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e seus rebaixamentos no enfrentamento da Covid-19. *Physis*. v. 30, n. 3, p. 1-6, 2020. Disponível em: <https://www.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2020/07/Revista-physis-30-3-artigo-13.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2020.

12. Não à toa, no dia 1º de agosto houve paralisação nacional dos entregadores de aplicativos, 'o breque dos APPs', que reivindicavam condições de trabalho básicas como: aumento do valor recebido por quilômetro rodado; aumento do valor mínimo de cada entrega, que é independente da distância percorrida e do tempo gasto pelo entregador; esse valor é fixado por cada empresa; fim do que os entregadores consideram bloqueios indevidos, quando eles são bloqueados dos aplicativos sem saber o motivo; auxílio pandemia (Equipamentos de Proteção Individual – EPI – e licença). CARVALHO, I. *Superexplorados em plena pandemia, entregadores de aplicativos marcam greve nacional*. Disponível em: <https://www.brasildafato.com.br/2020/06/16/superexplorados-em-plena-pandemia-entregadores-de-aplicativos-marcam-greve-nacional>. Acesso em: 20 ago. 2020. G1. Entregadores de aplicativos fazem manifestações pelo país. 2020b. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/07/01/entregadores-de-aplicativos-fazem-manifestacoes-pelo-pais.ghtml>. Acesso em: 20 ago. 2020.

13. MARX, K. *Manuscritos econômico-filosóficos*. São Paulo: Boitempo, 2010.

Primeiro, que o trabalho é externo ao trabalhador, isto é, não pertence ao ser, que ele não se afirma, portanto, em seu trabalho, mas nega-se nele, que não se sente bem, mas infeliz, que não desenvolve nenhuma energia física e espiritual livre [...] O trabalhador só se sente, por conseguinte e em primeiro lugar, junto a si [quando] fora do trabalho e fora de si [quando] no trabalho. Está em casa quando não trabalha e, quando trabalha, não está em casa [...] o trabalho não é, por isso, satisfação de uma carência, mas somente um meio para satisfazer necessidades fora dele.

A dimensão se torna mais complexa com o avanço das estratégias, antes já utilizadas, de trabalho domiciliar e uberização, por exemplo, em que o avanço da intensidade e do prolongamento das jornadas assume dimensões vistas no século XIX. Antunes¹⁴, ao tratar da relação de estranhamento no mundo do trabalho contemporâneo, aborda a conexão entre objetividade e subjetividade, tendo a primeira como momento predominante, na construção de uma subjetividade inautêntica nos trabalhadores, em que eles assumem interesses do capital como interesses próprios. Determinações estas que acreditamos que se agudizarão nas exortações ao ‘novo normal’.

O cotidiano está permeado pelo conteúdo da luta de classes, da manutenção da reprodução ampliada do capital, mas também de todas suas contradições. Apesar da tendência ao aumento dos ataques à classe trabalhadora sob o subterfúgio da ‘conta gasta na pandemia’, também acompanhamos algumas manifestações da classe trabalhadora durante o período da pandemia. Vimos uma série de protestos se espalharem pelo mundo em plena pandemia gritando que ‘vidas negras importam’, denunciando o caráter racista do capitalismo, acompanhamos mobilizações para paralisação geral de trabalhadores de aplicativos, com uma boa adesão popular. Ao mesmo tempo, assistimos a tentativa de cooptação destas por elementos liberais, com forte intervenção da mídia corporativa, que tentam mantê-las no limite da ordem capitalista, porque enxergam, mesmo que a milhas de distância, a possibilidade revolucionária.

Ao contrário de uma solidariedade interclasse, foi possível desnudar durante o período o caráter reificado da sociedade capitalista; e no Brasil, especificamente, este atrelado ao conteúdo fascizante dos depoimentos do presidente Jair Bolsonaro e de seus apoiadores. “É só uma gripezinha!; Eu não sou coeiro! E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê?”¹⁵. Assim como depoimentos de empresários

‘clamando pela volta das atividades’ e minimizando os efeitos da pandemia, como os da rede de restaurantes Madero, Giraffas e das lojas Havan^{16,17}. Esses depoimentos são expressões das formas mais desumanizadas da sociedade capitalista, mas, em última instância, revelam o caráter de mercadoria (reificado) da força de trabalho.

Como analisa Marx^{18(307,337-338)}:

O capital é trabalho morto, que como um vampiro, vive apenas da sucção de trabalho vivo, e vive tanto mais quanto mais trabalho vivo suga. O tempo durante o qual o trabalhador trabalha é o tempo durante o qual o capitalista consome a força de trabalho que comprou do trabalhador. Se este consome seu tempo disponível para si mesmo, ele furta do capitalista [...] Tempo para formação humana, para o desenvolvimento intelectual, para o cumprimento das funções sociais, para relações sociais, para o livre jogo das forças vitais físicas e intelectuais, mesmo o tempo livre do domingo [...] é pura futilidade! Mas em seu impulso cego e desmedido, sua voracidade de lobbies por mais-trabalho, o capital transgride não apenas os limites morais da jornada de trabalho, mas também seus limites puramente físicos. Ele usurpa o tempo para crescimento, o desenvolvimento e a manutenção saudável do corpo [...] Avança sobre os horários das refeições e os incorpora, sempre que possível, ao processo de produção, fazendo com que os trabalhadores, como meros meios de produção, sejam abastecidos de alimentos do mesmo modo como a caldeira é abastecida de carvão [...] O sono saudável, necessário para a restauração, renovação e revigoramento da força de vital, é reduzido pelo capital a não mais do que um mínimo de horas de torpor absolutamente imprescindíveis ao reavivamento de um organismo completamente exaurido [...] O capital não se importa com a duração de vida da força de trabalho. O que lhe interessa é única e exclusivamente o máximo de força de trabalho que pode ser posta em movimento numa jornada de trabalho. Ele atinge esse objetivo por meio do encurtamento da duração da força de trabalho [...].

Por isso, trazer à tona o debate sobre a cotidianidade e sua crítica é fundamental. O fato de vivenciar determinados acontecimentos, como os decorrentes da pandemia, não garante uma elaboração crítica e uma ação transformadora da realidade, pois, como discutimos, é necessária a suspensão do cotidiano, por meio de mediações para avançar neste caminho transformador. Evidentemente que a crítica se esvazia se não favorece a organização e luta da classe trabalhadora, que assim não estará mais presa na construção de um ‘novo normal’, mas em direção a uma nova sociedade, que não tenha em sua essência a exploração do ser humano pelo ser humano.

14. ANTUNES, R. Os exercícios da subjetividade. *Cadernos CRH*, v. 24, n. 1, p. 121-131, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ccrh/v24nspe1/a09v24nspe1.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2020.

15. LIRA, L. Gráfico que relaciona os casos de coronavírus no Brasil com falas de Bolsonaro viraliza no WhatsApp. Disponível em: <https://jc.ne10.uol.com.br/politica/2020/04/5607630-grafico-que-relaciona-os-casos-de-coronavirus-no-brasil-com-falas-de-bolsonaro-viraliza-no-whatsapp.html>. Acesso em: 20 ago. 2020.

16. TELES, J. C. M. *Dono do Madero diz que "não podemos parar por 5 mil que vão morrer", por coronavírus*. Disponível em: <https://jornaldebrasil.com.br/nahorah/dono-do-madero-diz-que-nao-podemos-parar-por-5-mil-que-va-morrer-por-coronavirus/>. Acesso em: 20 ago. 2020.

17. UOL. *Madero, Havan, Giraffas: empresários criticam medidas de combate à pandemia*. Disponível em: <https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2020/03/24/empresarios-coronavirus-o-que-dizem-criticas.htm>. Acesso em: 20 ago. 2020.

18. MARX, K. *O capital*. São Paulo: Boitempo, 2013. 894 p.

‘ALEGRIA’? A UBERIZAÇÃO DO TRABALHO E A SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Joana Alice Ribeiro de Freitas
Caio Antunes

“Alegria, era o que faltava em mim”, cantava o grande mestre Cartola... Mas o que isso tem a ver com Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e o processo de uberização do trabalho que vivemos?

Para começo de conversa, precisamos entender que ‘uberização do trabalho’ é uma noção, uma ideia que é muito maior do que apenas um aplicativo de transporte de passageiros. Também precisamos ter claro que o uso dessas plataformas digitais não é tão novo, mas algo que vem crescendo significativamente nos últimos anos ao redor do mundo, e também no Brasil. A novidade é que, no período de isolamento social provocado pela pandemia da Covid-19, esse crescimento ficou muito mais intenso.

A ‘Uberização do trabalho’ está relacionada tanto com o uso de plataformas digitais para conectar quem precisa trabalhar com o trabalho quanto com as várias consequências que traz para o trabalho, bem como para os trabalhadores e trabalhadoras, principalmente a partir da grande intensificação do uso dessas plataformas no momento que vivemos. Em outras palavras, pode-se dizer que a uberização do trabalho consiste em um duplo movimento: em primeiro lugar, no uso das plataformas digitais (tecnologias físicas) para mediar a execução do trabalho; e, em segundo, em uma nova tecnologia de gestão – ou seja, outra forma de gerir o trabalho enquanto tal, que cria uma forma de contratação por demanda.

Outro aspecto importante é que ‘uberização’ não é apenas sobre os aplicativos de transporte, ou mesmo de entrega de produtos¹, mas sobre muitos outros tipos de trabalho que também têm sido ‘uberizados’. São professores e professoras, *personal trainers*, médicas e médicos, empregados domésticos e empregadas domésticas, entre outros, que, ‘alegremente’, como diria Cartola, estão dando aulas, atendendo, transportando ou entregando, enfim, trabalhando por plataformas.

Para muitas pessoas, tanto já fora do, ou com dificuldades de inserção no mercado de trabalho, quanto mesmo para pessoas com trabalhos regulares (até com carteira assinada), o trabalho por plataformas digitais apareceu como uma alternativa para complementar

a renda, ou mesmo para não morrer de fome – a ‘alegria que faltava em mim’ de Cartola.

Mas e a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, onde entra? Inicialmente, vale a pena destacar que existem várias compreensões, vários jeitos diferentes de entender o fenômeno da saúde. A mais conhecida dessas formas, embora não a única, compreende a saúde como a ausência de doenças: “*não estou doente, logo, tenbo saúde*” – então, ter ou não ter saúde é um problema só meu?

Existe, contudo, outra forma de entender a saúde que, ainda que não seja imediatamente tão palpável, permite enxergar muito mais longe. Essa noção de saúde, que se chama justamente Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, vai dizer que, para falarmos de saúde, precisamos compreender o contexto no qual as pessoas estão inseridas, suas condições de vida, de trabalho etc., pois todos esses elementos agem como determinantes mútuos do processo saúde-doença.

O ‘pulo do gato’ da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora é que, se o contexto social é importante, os problemas de saúde não são ‘apenas’ individuais, mas principalmente questões coletivas, sociais²: “*tinha uma boa saúde [física] e adorava dirigir, mas por causa do trânsito, dos prazos e da quantidade de entregas desenvolvi uma hipertensão arterial e medo de dirigir*”.

Se olharmos para como é o trabalho na atualidade, não será difícil perceber a enorme influência das chamadas ‘tecnologias de base microeletrônica’. Há não muitas décadas, os computadores entraram nas instituições e empresas (basta se lembrar dos filmes da década de 1980), seguidos pelos telefones celulares. Tudo isso acabou por trazer uma série de impactos no trabalho das pessoas, inclusive com a promessa de que o uso dessas tecnologias diminuiria a sobrecarga de trabalho³ – “*uma esperança vaga eu já encontrei*”, Cartola completaria.

Hoje, os chamados *smartphones* trouxeram o mundo todo para dentro de nossas casas, para a palma de nossas mãos. Mas trouxeram também o trabalho. De manhã, de tarde, de noite ou de madrugada, na mesa, na cama ou no banheiro, é sempre hora de

1. Nos últimos tempos, os entregadores por aplicativo ganharam um grande destaque, principalmente depois de suas duas grandes paralisações nacionais.

2. É muito importante ter claro que falar em uma noção coletiva de saúde não exclui os problemas individuais, mas relaciona o que ocorre com o indivíduo singular com o meio social no qual este se insere.

3. Não à toa, nas últimas décadas do século XX, uma série de teóricos chegou a sustentar a tese de que o trabalho teria chegado ao fim e que viveríamos, enfim, um ‘ócio criativo’.

publicar um *stories*, curtir um *post*, subir uma *hashtag*, assistir uma *live*, responder um *e-mail*, fazer uma *call*.

Mesmo nesse terreno, precisamos entender que não se trata de uma novidade. A tecnologia é tão necessária ao modo de produção capitalista, desde o seu nascimento, que poderíamos dizer que foi a sua parteira e é, até hoje, sua babá. Só não podemos nos esquecer de que o capitalismo, como um vampiro, alimenta-se do sangue do trabalho, suga a vitalidade de homens e mulheres, rouba a saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras para viver.

Olhando mais de perto, isso tudo o que a pandemia e o isolamento social impulsionam pode ser pensado a partir do chamado modelo toyotista de organização do trabalho. Surgindo como uma resposta na base da organização produtiva à crise estrutural do capital⁴, o modelo toyotista traz novas características para o ambiente de trabalho: maior flexibilização das relações, horizontalização das hierarquias, polivalência nas tarefas, além do uso das já mencionadas tecnologias de base microeletrônica.

“*Eu vejo o futuro repetir o passado, vejo um museu de grandes novidades*”, diria Cazusa. ‘Flexibilização’, ‘horizontalização’, ‘polivalência’ são palavras pomposas para dizer, na verdade: perda de direitos, precarização, intensificação do trabalho. O que se pode perceber neste ‘futuro que repete o passado’ é que toda esta flexibilização atingiu em cheio o trabalho, bem como toda a legislação que regula seus vínculos e protege suas relações⁵.

Esse palavrório cínico, contudo, não para por aí. *Startup* e *coworking* (falta de condições de abrir seu próprio negócio?), *downsizing* (demissões?), proatividade e resiliência (mascarar um ambiente de trabalho abusivo e violento?), associados e colaboradores (não são trabalhadores?) e o provável campeão de todos: o empreendedorismo.

Antes de mais nada, desenvolvendo-se mais nos países dependentes e periféricos, em outras palavras, países pobres e sem oportunidades dignas para sua população trabalhadora, o empreendedorismo é um poderoso canto de sereia que esconde o desemprego, oculta a perda de direitos, maquia a desigualdade e chama atraso social de ‘inovação’.

Em meio a toda esta ‘liberdade de escolher o próprio horário de trabalho’, o ‘patrão de si próprio’ é, na verdade, um empregado de si próprio que, caso engravide, adoça, se machuque, ou sofra um acidente, verá o quanto realmente é empresária ou empresário.

Falando claramente: o empreendedorismo é uma ideologia, e das fortes, e a sua força vem de uma realidade que só oferece emprego se for sem vínculos, sem direitos e sem segurança, apenas com metas, pressão e cobranças. E o velho Cartola diria: “*pelos carinhos que me faz me deixa em paz, não te quer ver, para nunca mais*”.

Não existiria, ainda assim, nenhuma vantagem no trabalho por aplicativos? A resposta só vai ser sim se a escolha for entre este tipo de trabalho ou o desemprego! Mas aí então não é vantagem, é desespero. Todas as vantagens ficam para os donos dos aplicativos. Chico Science nos ajuda a entender: “*e a situação sempre mais ou menos, sempre uns com mais e outros com menos*”. E não podemos ter nenhuma ilusão, o patrão é o aplicativo – funcionando em um celular e a partir de um plano de dados pagos pelo próprio trabalhador ou trabalhadora. Enfim, fica a cargo do ‘patrão de si mesmo’ criar suas próprias condições de trabalho e, obviamente, arcar com os custos disso. Mais uma vez Cartola diria: “*eu sei que teus beijos e abraços, tudo isso não passa de pura hipocrisia*”.

E se, como indicado acima, saúde e trabalho são aspectos que se determinam mutuamente, não é de se espantar que trabalhadores e trabalhadoras expostos a condições de trabalho tão aviltantes e precárias tenham suas condições de saúde desmanteladas.

Vemos uma massa de trabalhadores e trabalhadoras usando tecnologias extremamente avançadas, com alto teor de complexidade, mas pedalando uma bicicleta alugada, sem marchas, em qualquer tipo de terreno, sob qualquer tipo de condição climática – para não falar da falta de equipamentos de proteção individual, do trabalho desregulamentado e sem direitos ou qualquer amparo legal, e isso sem ainda mencionar as condições de trabalho típicas da Inglaterra do século XIX⁶, com suas jornadas de mais de 14 horas diárias, os baixíssimos salários, as condições insalubres, o trabalho de jovens e crianças, o explosivo número de acidentes de trabalho (muitos fatais) etc.

Se olharmos mais de perto, veremos que a tal ‘liberdade para escolher o próprio horário de trabalho’, para as pessoas que têm como única fonte de sobrevivência o trabalho por aplicativo, restringe-se a poder escolher que horas do dia ou da noite iniciarão suas jornadas de 12 a 16 horas diárias e que se estendem, muitas das vezes, para os sete dias da semana.

Durante essas jornadas exaustivas, os ‘colaboradores e colaboradoras’ estão expostos a diferentes formas de adoecimento (algumas das quais inclusive já estavam em declínio) e de acidentes de trabalho, que, aliás, deixam de ser reconhecidos como tal, e, mesmo se forem assim reconhecidos, como não há legislação protetiva, passa a ser indiferente se um determinado acidente é considerado de trabalho ou não.

Em relação às formas de adoecimento, é claro que estas variam a depender de uma série de fatores, entre eles o próprio histórico individual do trabalhador ou da trabalhadora, mas é muito importante frisar que, independentemente da forma de manifestação individual dos

4. Essa crise estrutural começa na virada da década de 1960 para a de 1970 (mais precisamente nos anos de 1968-73) do século passado.

5. São exemplos atuais disso a reforma trabalhista, a reforma da previdência, a lei da terceirização universal, dentre outras.

6. Época da primeira revolução industrial.

adoecimentos e acidentes (de trabalho), estes mantêm íntima relação com a forma como o trabalho é desenvolvido. E se cabe ao trabalhador ou à trabalhadora, individualmente, garantir suas próprias condições de trabalho e lidar com as consequências (físicas e psicológicas) desse trabalho, ainda mais quando não há vínculo empregatício formal, este é mais um elemento de pressão, e, portanto, de adoecimento.

Para aquela pequena parcela da população que tem condições de não sair de suas casas, existe um imenso contingente de trabalhadores e trabalhadoras entregando as compras de supermercado, farmácia, restaurante, livraria etc., tudo comprado pela plataforma, na segurança do seu lar.

Mais uma vez, não se pode perder de vista que o trabalho por plataforma já existia e crescia rapidamente no mundo todo e também no Brasil. Contudo, se o contexto de pandemia apenas intensificou algo que já estava em franca expansão, nada indica que isso irá se reverter após o fim desse processo.

A uberização do trabalho, com o seu canto de sereia, ao falar de liberdade, flexibilidade, trabalho sem patrão, tenta na verdade atrair trabalhadores e trabalhadoras para a informalidade, para a precariedade, para o trabalho sem direitos. No entanto, não podemos culpar os trabalhadores e trabalhadoras que veem nesse tipo de trabalho a chance de ter uma renda ou mesmo de melhorar um pouco de vida. O que precisa ser entendido é o que esse tipo de trabalho causa para a classe trabalhadora, suas condições de trabalho, sua saúde, enfim, sua vida.

Enfim, o que fazer diante dessa dura realidade? A resposta pode até parecer fora de moda, mas se chama resistência. Ou como diria mais uma vez o sábio Chico

Science: “*me organizando eu posso desorganizar*” – e o movimento dos entregadores antifascistas mostrou um importante exemplo a este respeito.



Foto: Roberto Ibranziti/Fótos Públicas

Em primeiro lugar, é fundamental que aqueles e aquelas que trabalham por plataformas digitais consigam perceber que as dificuldades enfrentadas para a realização de seu trabalho não são meras casualidades, muito menos simples questões individuais, mas, sim, problemas coletivos, sociais, numa palavra: são questões de classe! É também fundamental compreender que apenas coletivamente, como classe, conseguiremos enfrentar toda esta difícil situação.

Com Cartola começamos e com ele terminaremos. À uberização do trabalho e a todas as suas perversas consequências à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, dizemos: “*já que tu não és sincera, eu vou te abandonar um dia*”. E que esse dia chegue logo!

Manifestação de entregadores por melhores condições de trabalho e EPI em maio de 2020.

A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NA PANDEMIA DE COVID-19: O SOFRIMENTO SOCIAL EM QUESTÃO

Fabiane Konowaluk Santos Machado

Carmem Regina Giongo

Jussara Maria Rosa Mendes

Em março de 2020, foi declarada a pandemia da nova cepa viral *Coronaviridae* (Sars-CoV-2), que provoca adoecimento pela Covid-19¹. O primeiro caso no Brasil foi notificado em fevereiro de 2020 e, até o mês de julho, havia infectado mais de 2,5 milhões de pessoas, ultrapassando a marca de 90 mil mortes. O impacto da pandemia na economia mundial, e mais

especificamente no Brasil, revela um cenário duro e resultante do desmonte das políticas públicas e sociais, além de desnudar a desproteção social crescente dos trabalhadores no País.

As transformações significativas na estrutura do Estado e do poder político justificaram a adoção de novas teorias e enfoques gerenciais capazes de com-

1. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Folha informativa COVID-19: Brasil*. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 14 ago. 2020.

por essas modificações; e a alteração dos modelos de democratização jurídica formal dos países da América Latina, após os regimes ditatoriais, expressa-se não só pela circulação do capital, mas também de pessoas que migram em busca de trabalho. A precarização social e do trabalho, nesse contexto, apresenta-se como um processo multidimensional de institucionalização da instabilidade caracterizado pelo crescimento de diferentes formas de precariedade e de exclusão.

Neste cenário, o Brasil ocupa a quarta posição mundial em número de acidentes fatais e a décima quinta em número de acidentes gerais. Segundo dados da previdência social, entre os anos de 2012 e 2016, foram concedidos, por incapacidade temporária para o trabalho, 7.168.633 auxílios-doença e 283.423 aposentadorias por invalidez. Os transtornos mentais e comportamentais ocupam a terceira posição entre as causas dos afastamentos, totalizando 668.927 registros no mesmo período².

Apesar disso, diversas perdas trabalhistas e de proteção social contribuíram para a precarização da saúde no Brasil; dentre elas, podem ser citadas a EC 95 apresentada em 2016³, que alterou a Constituição Federal de 1988 para instituir o Novo Regime Fiscal e estabeleceu um teto de gastos públicos em importantes esferas como na saúde e na educação, associada a reforma trabalhista de 2017, e, mais recentemente, em 2019, a aprovação da Reforma da Previdência que alterou as condições de aposentadoria e seguridade social no País. Essas alterações legais ceifaram profundamente os direitos sociais, aceleraram o desmonte dos serviços públicos e precarizam ainda mais a classe que vive do trabalho, reduzindo postos de trabalho e excluindo ainda mais os trabalhadores do mercado formal.

O cenário real do mercado de trabalho brasileiro piorou com a pandemia. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) Covid-19, em maio de 2020, havia 10,1 milhões de trabalhadores desocupados, gerando taxa de desocupação de 10,7%⁴. A taxa de subutilização, por sua vez, ficou em 27,9% da população ocupada, o que representou 18,3 milhões de pessoas que trabalharam menos do que habitualmente durante a pandemia. Observamos ainda que a média semanal de horas efetivamente trabalhadas no País ficou abaixo da média habitual; e o rendimento efetivo dos trabalhadores, ficou 18,1% abaixo do rendimento habitual. Essas duas informações denotam que, em função de ter sua jornada reduzida, ou a impossibilidade de trabalho autônomo, houve a diminuição do rendimento médio em 18%. O impacto do 'Fique em Casa' no Brasil é um privilégio de uma minoria, e não dos que sobrevivem em condições de extrema pobreza, cuja vulnerabilidade

os expõem a todos tipos de riscos na pandemia. A redução dos postos de trabalho e o rompimento expressivo da renda média das famílias brasileiras são refletidos na *via crucis* da busca pelo auxílio emergencial governamental como fonte de sobrevivência. Com esse cenário, como cumprir as orientações sanitárias e manter-se em isolamento social?

Outro dado importante é a taxa de desocupação (10,7%) – cabe observar que se manteve estável durante a pandemia, pois é provável que o contingente de pessoas sem emprego foi igualmente elevado. O medo da Covid-19 pode ter sido fator de bloqueio não buscar emprego em maio de 2020, mês do pico da doença em muitos estados brasileiros. Os dados ainda referem que 17,7 milhões de trabalhadores afirmaram não ter procurado emprego por causa da pandemia ou por falta de opções na localidade em que residem. A pandemia e a política de desinformação adotada pelo governo federal acabam mascarando muitos números, incluindo os do trabalho, pois muitos brasileiros desempregados ou em busca da vaga antes da pandemia, após seu início, desistiram e desapareceram das estatísticas oficiais.

O sofrimento social como expressão da precarização do trabalho

Mudanças sociais aceleradas, enfraquecimento dos coletivos institucionalizados, fragilização da rede de proteção social, atenuação do papel do Estado, precarização do trabalho e da vida, culto ao individualismo e novas formas de exclusão têm caracterizado a vida social contemporânea^{5,6}. Esse contexto leva à construção de, pelo menos, duas normativas que organizam a sociedade: a da excelência e a da inutilidade. Na primeira, estão os discursos da excelência, da superação de si, da inserção, da carreira, do poder e das conquistas econômicas e sociais. Na segunda, estão os sujeitos localizados nas franjas da sociedade ou fora dela, caracterizados pela desqualificação, inutilidade e vulnerabilidade social, e esse coletivo é formado por indivíduos inúteis ao mundo ou extranumerários, sem acesso às zonas de inclusão social portadoras de sentido e de pertencimento. Do taylorismo ao gerenciamento moderno, a busca da organização do trabalho sempre esteve pautada na apropriação dos saberes dos trabalhadores e no desenvolvimento de um modelo único de gestão capaz de controlar os profissionais, aumentando a produtividade sem implicar a elevação dos custos de produção ou de serviço. Para Linhart⁷, na atualidade, essa apropriação dos trabalhadores é, também, e principalmente, subjetiva, dificultando o surgimento de modos de combate e de resistência coletiva.

O trabalho que, anteriormente, era um lugar de

2. BRASIL. *Anuário estatístico da Previdência Social*. Brasília, DF: MF/DATAPREV, 2017. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2019/04/AEPS-2017-abn1.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2020.

3. BRASIL. Constitucional n. 95 de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 16 Dez. 2016.

4. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. PNAD: COVID-19. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://covid19.ibge.gov.br/pnad-covid/>. Acesso em: 10 ago. 2020.

5. BAUMAN, Z. *Vidas desperdiçadas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

6. CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social*. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

7. LINHART, D. *L'entreprise de dépossession: entretien avec Danièle Linhart*. Disponível em: <http://www.laviedesidees.fr/L-entreprise-de-depossession-3054.html>. Acesso em: 29 jun. 2020.

cidadania, de direitos e deveres, de legitimidade, de experiência coletiva e de espaço social, transforma-se em um lugar de valorização de si, de realização própria, de conquista do sucesso individual. Essa transformação trará elementos do sofrimento no trabalho: a solidão e o individualismo, assim, o trabalhador interioriza suas dificuldades individualmente. Mesmo os trabalhadores mais estáveis são imersos nas constantes mudanças organizacionais, o que os faz perder as referências e os conhecimentos já construídos; e esta precarização subjetiva, coloca o trabalhador em um estado de vulnerabilidade e de não saber. Os trabalhadores acabam se submetendo por estarem submersos em um profundo sentimento de precariedade, de impotência e de perda do domínio de suas atividades. Linhart⁷ trata da “produção da amnésia” como forma de gestão de pessoas, sendo ela a “fórmula extraordinária” de fazer com que as pessoas se esqueçam de como trabalhavam antes. Dessa forma, o trabalho real, aquele com vida social, consciência coletiva, sindical, política, moral, que proporciona um sentimento de saber fazer, de prazer, perde lugar para o trabalho prescrito dentro das normas e políticas de qualidade.

O intenso sofrimento e o adoecimento dos trabalhadores nos mais diversos setores e segmentos sociais e econômicos são crescentes e tratam das vivências de precarização do trabalho, de assédio moral, de ausência do coletivo de trabalho, de solidão, de tentativas e atos contra a própria vida, de acidentes de trabalho provocados ou intensificados pela organização do trabalho, de vulnerabilidade, de submissão e ameaças diante do risco de perda do emprego, entre diversos outros temas⁸. Diante disso, os profissionais são constantemente confrontados com um modo de adoecimento diferente do tradicional, caracterizado por um mal-estar vago, uma dificuldade de agir, aspectos depressivos e problemas comportamentais. As demandas também mudaram; trata-se de desempregados crônicos ou de pessoas com perdas de objetos sociais e a contextualização do trabalho contemporâneo se apresenta como pano de fundo para o fenômeno do sofrimento social, fundamentado em um profundo sentimento de insegurança. Assim, sofrimento social é caracterizado pela perda da confiança tripla: perda da confiança no outro, perda de confiança em si mesmo e da sua dignidade de existir e perda da confiança no futuro, que se torna ameaçador.

O termo ‘sofrimento social’ expressa uma dor que não é localizada. Traduzida por Furtos⁹, como ‘uma dor da existência’, atrelada ao sofrimento social, de origem social, relacionada com a solidão e com o desamparo. Outro elemento importante nessa análise

é o medo da perda ou a perda concreta dos objetos sociais. Assim, um objeto social é algo concreto, como o emprego, o dinheiro, a aposentadoria, a habitação, a formação, os diplomas, os rebanhos, uma propriedade. Sofremos pela perda concreta desses objetos ou pelo medo de perdê-los, afinal, um objeto social é uma forma de segurança. E é justamente esse medo, também discutido por Linhart⁷, que contribui para a intensificação da submissão e do sofrimento do trabalhador. Diante da nova configuração global, as instituições que deveriam oferecer suporte social para a população estão cada vez mais precárias. Se a loucura e a perda da razão foram as obsessões do início da modernidade, a precariedade e a insegurança tornaram-se as obsessões da pós-modernidade. A segurança, nesse caso, é um fator fundamental de saúde mental, e justamente ela é precarizada em uma sociedade de consumo e de práticas individuais.

A vivência da dor e do sofrimento jamais poderia ter um caráter individual ou médico, considerando-se que representa um fenômeno cultural construído historicamente em um determinado território e em uma determinada cultura. Portanto, o sofrimento não estaria localizado no indivíduo, mas na intersecção de corpos, mentes e culturas¹⁰, estruturado em uma “ordem socioespacial e intersubjetiva”¹¹. O processo desse sofrimento acaba por repercutir, ainda que sob modos e formas diferentes, tanto em aspectos privados quanto em aspectos coletivos, emergindo de formas objetivas ou subjetivas, atravessando a totalidade das esferas da vida contemporânea. Os efeitos gerados pela pandemia do novo coronavírus apenas intensificam a precarização estrutural do trabalho que já estava em curso no Brasil, potencializando a perda dos objetos sociais e a fragilização das instituições que deveriam oferecer suporte e proteção.



8. MENDES, J. M. R., et al. Serviço social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. *Serv. Soc. Soc. v. 107, p. 461-481, 2011*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/v107/05.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2020.

9. FURTOS, J. *Introduction*. Paris: Mercredi, 2008.

10. MORRIS, D. *The culture of pain*. Los Angeles: University of California Press, 1991.

11. MEDINA, L. C. El sufrimiento en la catástrofe: orientaciones para una agenda de investigación en perspectiva relacional. *Rev. Märg. Esp. Arte y Soc. v. 11, n. 15, p. 49-56, 2014*. Disponível em: <https://revistas.uv.cl/index.php/margenes/article/viewFile/304/271>. Acesso em: 21 abr. 2020.

Tarsila do Amaral – Segunda Classe, 1933
Óleo sobre Tela
110 x 151 cm
Coleção particular,
São Paulo.

Considerações finais

As mudanças no capitalismo ocorridas nas últimas décadas transformaram não só a economia como também as políticas públicas e sociais do Brasil e do mundo. A pandemia acelerou esse processo e demandou medidas controversas: de um lado, a busca exacerbada da proteção do econômico a qualquer custo; de outro, a negação da ciência e das orientações sanitárias. Os resultados desta profunda crise que vivenciamos são os dados alarmantes de mortalidade em agosto de 2020, que ultrapassam 104.752 mortes por Sars-CoV-2.

As estratégias governamentais para enfrentar a crise e alcançar desenvolvimento econômico e financeiro encontram-se alicerçadas nas privatizações, na destituição de direitos, na (des)proteção social e na desregulamentação das economias, impactando na mundialização do capital.

Considerando-se este cenário de intensas transformações e instabilidades do universo do trabalho e de seus efeitos indiscutíveis sobre a saúde dos trabalhadores, objetivamos problematizar os processos de precarização do trabalho como propulsores do sofrimento social, agudizados pela pandemia do Sars-CoV-2. O período pós-pandemia torna-se preocupante; considerando as perspectivas de enfrentamento desta profunda crise global, a pandemia revelou modos de precarização aos quais os trabalhadores encontram-se perversamente submetidos e, com ela, os impactos na saúde mental e nas expressões do sofrimento social dos trabalhadores.

No contexto da pandemia, essas desigualdades e vulnerabilidades se tornaram ainda mais evidentes, cruelmente amplificando às últimas consequências os modos de sofrimento social e adoecimentos dos trabalhadores e trabalhadoras. Do ponto de vista do trabalho, a forma da gestão administrativa, surgida a partir da instalação do trabalho flexível e potencializada por meio do trabalho remoto que se impôs pela Covid-19, acabou impondo também um novo leque de aptidões portáteis no qual se deve julgar a tarefa imediata, distanciar-se de relacionamentos preestabelecidos, produzindo e alterando regras na medida em que o trabalho ocorre. Assim, o desempenho passado não serve mais como guia para a recompensa ou o reconhecimento presente. A economia e o

novo contexto vivenciado enfatizam o desempenho imediato, a produção em curto prazo e os resultados do saldo final, estabelecendo uma competição fictícia como estratégia de reforço do trabalho em equipe. Os resultados disso tudo degradam e isolam cada vez mais a compreensão sobre seus efeitos na saúde dos trabalhadores expostos a adoecimentos, padecimentos, precarizações, desregulamentações e assédios travestidos de ferramentas de gestão.

Observa-se ainda o estabelecimento de ferramentas contraditórias que negam o discurso autoritário, aliando a produção a um critério de participação e permitindo a liberdade de mudança momentânea em processos de trabalho. Esse processo geralmente é intensificado entre trabalhadores terceirizados, que apresentam maior vulnerabilidade decorrente do desamparo jurídico-assistencial, do menor poder aquisitivo, do vilipêndio ao acesso restrito a serviços de promoção e de assistência em saúde e da inexistência de representação política no setor.

Finalmente, usufruindo-se da analogia de Linhart⁷, percebemos os trabalhadores como pequenas pétalas de rosas sobre o mar em grandes marés, que sozinhos nada podem fazer. Afinal, este é o drama dos trabalhadores no mundo do trabalho atual: eles são confrontados sós e são atingidos em suas identidades. Também é importante estar atento ao fato de que nem mesmo os empregados registrados estão salvos das consequências psicológicas – e físicas – resultantes dos novos modelos de gestão, das perdas de direitos instituídas no Brasil e, mais recentemente, dos efeitos gerados pela pandemia do novo coronavírus. Os trabalhadores foram levados a sentir a insegurança de suas próprias competências, sendo eles ocupantes de cargos de chefia ou subordinados. A marca da avaliação contínua que os compara nos desempenhos e julgamentos é uma exigência explícita da administração contemporânea, que tem como marca a ultraexploração dos trabalhadores em nome da excelência e a capacidade permanente de ir além, extraindo a mais-valia plena – restando-lhe provar que merece o lugar que ocupa quem se convencer do próprio merecimento. Esse processo pode se tornar uma catástrofe na subjetividade do trabalhador que, por medo de enfrentá-lo, aprisiona-se a uma sensação permanente baseada na tríade ansiedade-angústia-medo.



O TRABALHO SUPEREXPLORADO COMO DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NO CONTEXTO LATINO-AMERICANO

Daniele Correia

O conceito de determinação social do processo saúde-doença construído a partir dos anos de 1970 é de suma importância na formação da epidemiologia social latino-americana e na história do movimento sanitário brasileiro. Isso porque questiona a abordagem biomédica da doença, em um importante movimento de produção científica da medicina social na América Latina, demarcando a importância do campo de conhecimento da saúde coletiva. Também, esse conceito busca compreender e explicar a causalidade dos principais adoecimentos.

Tal abordagem empenhou-se na elaboração de um pensamento social da saúde, em contraposição crítica à abordagem positivista da história natural da doença. Substancialmente marcada por referenciais de produções vinculadas ao materialismo histórico, ancorou o pensamento marxista o trabalho como categoria central no modo de produção capitalista, em que a produção e a reprodução social conferem características no modo de viver, adoecer e morrer da classe trabalhadora.

É importante ressaltar que a abordagem da determinação social do processo saúde-doença, apesar de ocupar centralidade nos debates das relações entre saúde e sociedade, entrou para a agenda política a partir de uma perspectiva teórico-metodológica distinta da concebida pela medicina social/ saúde coletiva latino-americana. Passou-se a designar o marcador Determinantes Sociais da Saúde (DSS), cujo foco principal de análise incide sobre a desigualdade social, por meio da constatação de importantes disparidades nas condições de vida e de trabalho, no acesso diferenciado a serviços assistenciais, na distribuição desigual de recursos de saúde e nas suas repercussões sobre a morbidade e mortalidade entre os diferentes grupos sociais¹.

A citada deturpação conceitual se dá, em grande parte, por consequência da criação, em 2005, da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), alavancada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa Comissão convoca autoridades dos países para a necessidade de práticas coletivas objetivando combater as expressivas desigualdades em saúde.

De acordo com Breilh², a perspectiva de DSS representa uma abordagem reducionista, ao ocultar categorias analíticas das ciências sociais, como reprodução social, modos de produção e relações de produção, e torna difícil proporcionar um pensamento crítico direto sobre a essência da organização social da sociedade de mercado e do regime de acumulação capitalista, por meio dos processos de geração e reprodução da exploração humana e da natureza e as suas marcadas consequências na saúde. Assevera o autor que as 'causas estruturais' das desigualdades sociais em saúde, apesar de assumirem uma posição de maior relevância, ainda aparecem como abstrações esvaziadas de conteúdo crítico e de movimento. Impossibilitam, também, a análise do processo radical de acumulação econômica-exclusão social como eixo de uma reprodução ampliada das desigualdades sociais em saúde.

Requerem-se, portanto, enfoques analíticos capazes de compreender de modo totalizante o processo saúde-doença, articulando as relações, especificidades e formas das condições materiais e objetivas determinadas socialmente. Assim, expõe-se a relevância de reconstruir e interpretar a totalidade social, tornando visíveis os processos sociais essenciais e desenvolvendo aproximações que permitem decifrar a realidade concreta³.

Desse modo, reconhecemos que a configuração de como vivem, adoecem e morrem os grupos sociais está diretamente atrelada às condições materiais de produção e de reprodução social que se expressam em contradições e particularidades históricas, ocupando a América Latina um lugar de dependente, ou seja, uma inserção subordinada e espoliada no interior da ordem mundial constituída do modo de produção capitalista, em que a propriedade privada e a apropriação desigual da riqueza socialmente construída estão assentadas na superexploração da força de trabalho⁴.

As desigualdades sociais se expressam e incidem sobre o processo saúde-doença de maneira mais ou menos exacerbada a depender do momento do desenvolvimento do capitalismo. Na atual fase desse modo de produção, deterioram-se as condições de vida da população em processos articulados, em que estão

1. ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebras, 2010.

2. BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública, Medellín*, v. 31, supl. 1, p. 13-27, 2013. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S-0120-386X2013000400002. Acesso em: 18 dez. 2020.

3. ARELLANO, O. L., et al. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud ALAMES. *Med Soc. v. 3*, n. 4, p. 323-335, 2008.

4. MARINI, R. M. *Subdesenvolvimento e Revolução*. Florianópolis: Insular, 2013.

5. ANTUNES, R. *O Privilégio da Servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. São Paulo: Boitempo, 2018.

6. OLIVEIRA, F. *Crítica à razão dualista / O ornitorrinco*. São Paulo: Boitempo, 2008.

7. MARINI, R. *Dialética da dependência*. Petrópolis-RJ: Vozes, 2000.

8. LUCE, M. S. *Teoria Marxista da Dependência*. São Paulo: Expressão Popular, 2018.

cada vez mais presentes o incremento da pobreza e das desigualdades socioeconômicas, o desemprego em massa e o aumento da informalidade com trabalhos de extrema vulnerabilidade⁵.

Esse quadro resulta de uma economia absolutamente subordinada, direta ou indiretamente, aos movimentos do capital internacional. Ou seja, há uma grande aliança entre o poder público, o capital nacional e o internacional, no sentido de garantir as atividades produtivas privadas, o que resulta em uma dinamização da reprodução ampliada do capital. Ao se manter esse sistema, temos uma unidade de contrários, em que o chamado 'moderno' cresce e se alimenta da existência do 'atrasado'⁶. Esse 'atraso' seria uma produção da expansão do capitalismo, tendo a dependência latino-americana se configurado para atender às necessidades por uma reserva de acumulação do capital.

Assim, a classe trabalhadora, que é o agente gerador de riqueza do País, vê-se expropriada de seu trabalho, de modo a garantir os interesses dos setores dominantes da sociedade brasileira, além de garantir os interesses dos setores estrangeiros. Portanto, a economia capitalista brasileira organizou-se por meio da expropriação dos trabalhadores, exaurindo suas capacidades física, psíquicas, emocionais e cognitivas.

Isso é acentuado a partir dos anos 1970, com o acirramento da competição pelo mercado mundial, o que gerou profundas transformações nos processos produtivos e nos processos de trabalho do País. Apresentou-se uma crise do modelo de produção taylorista/fordista, no qual é caracterizado pela produção em massa e pelo trabalho especializado, sendo baseado em linha de produção. No Brasil, embora ainda não esteja totalmente superado, cedeu lugar ao chamado modelo de acumulação flexível (conhecido também como toyotismo), com características de produção a partir da demanda, produzindo somente o necessário, no tempo e quantidade necessária – este processo é conhecido como *just in time*.

A introdução de trabalho virtual em escala ampliada significa à classe trabalhadora a perda gradativa do controle sobre o fazer do trabalho, sobre o saber operário. O objetivo dessa mudança nos processos produtivos e de trabalho é a busca de maior valorização do capital, imputando ao trabalhador um ritmo e velocidade do trabalho controlados pelo processo produtivo, a fim de manter alta produtividade e crescente aumento da taxa de lucro.

Logo, o trabalho é uma categoria central na sociedade; e as condições de vida em que estão submetidas a classe trabalhadora, das determinações históricas

e sociais aliadas as condições de trabalho, incidirão diretamente no modo de adoecer e morrer da classe trabalhadora. A classe trabalhadora está submetida às condições objetivas das esferas de produção que buscam o aumento da produtividade, da reprodução ampliada do capital em detrimento da saúde daqueles que vivem da venda da força de trabalho.

A superexploração da força de trabalho é uma categoria fundamental da dependência, representando um regime brutal típico das economias latino-americanas dependentes, estruturadas em jornadas de trabalho mais extensas e níveis salariais abaixo das economias dominantes, representando uma determinação social que incide diretamente nos processos saúde-doença⁷.

Em suma, a superexploração da força de trabalho possui três pressupostos intrínsecos; passam pelo prolongamento da jornada de trabalho, intensificação do trabalho dentro da jornada e redução do salário abaixo do valor da força de trabalho. Entretanto, a superexploração da força de trabalho não se resume à elevação da produtividade ou aumento e intensificação da jornada, constitui uma categoria inédita por ancorar no sistema de acumulação das economias dependentes, tendo como materialidade o tecido social latino-americano⁷.

Não se trata de falta de desenvolvimento, ao passo que o desenvolvimento e o subdesenvolvimento não são processos desvinculados nem um *continuum* separado pelo tempo e superável por políticas econômicas. A industrialização em si, sem a ruptura com as estruturas socioeconômicas dominantes, não seria capaz de levar à superação das enormes mazelas em nossas formações sociais, mas produziria formas renovadas da dependência. A condição econômico social da América Latina não se dá pela falta de capitalismo, sendo uma maneira particular em que o capitalismo se reproduz, nas quais as classes dominantes procuram compensar sua desvantagem na competição intercapitalista superexplorando os trabalhadores⁸.

Acrescem-se à análise os determinantes sociais e os condicionantes aos quais está submetida a classe trabalhadora, no acesso aos direitos sociais, o qual vivenciamos significativos e lamentáveis retrocessos: congelamento dos investimentos com saúde e educação, contrarreforma trabalhista, aumento da informalidade que nos retira ainda mais possibilidades de resistência, entre outras pautas que incidem diretamente na reprodução social da classe trabalhadora.

Essas determinações históricas e sociais, aliadas às condições de trabalho, incidirão diretamente no

modo de adoecer e morrer da classe trabalhadora. Mesmo com uma expressiva invisibilidade dos dados, o Brasil apresenta as mais altas taxas de acidentes e doenças do trabalho do mundo. Entre os adoecimentos causados pelo trabalho, merecem destaque as Lesões por Esforços Repetitivos e os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER-Dort), os agravos à saúde mental, o câncer relacionado com o trabalho, as intoxicações por agrotóxicos, entre outros. Vale ressaltar a esmagadora quantidade da população trabalhadora brasileira submetidas a trabalhos informais, o que significa que esse grupo populacional possui como proteção social o SUS e a assistência social (políticas sociais já tão desmanteladas e subfinanciadas), mas não está respaldado pela previdência social.

Em síntese, os adoecimentos resultantes dos processos produtivos e de trabalho passam pelo estresse intenso decorrente da cobrança por produtividade e do cumprimento de metas; das longas jornadas de trabalho, do trabalho monótono, repetitivo e vazio de sentido que somatizam o adoecimento físico e mental; maquinários obsoletos; introdução de matérias-primas e agentes químicos nocivos à saúde; ambientes insalubres com excesso de luz, som e calor e uma profunda desproteção social.



Foto: Jonathan McIntosh/Wikimedia Commons

No mais, é importante considerar que a classe trabalhadora muitas vezes desconhece os riscos aos quais está exposta, além de não perceber a intrínseca relação entre adoecimento e os processos de trabalho desempenhados ao longo de sua vida produtiva. Esse fato aumenta a responsabilidade dos órgãos governamentais, dos serviços de saúde, do controle social e do movimento sindical/de trabalhadores(as) em disseminar conhecimento para garantia dos direitos fundamentais e por uma nova sociabilidade, na qual o trabalho não adoça e não mate.

DE VOLTA PARA O PASSADO: O FUTURO DO TRABALHO

*Ary Carvalho de Miranda
Anamaria Testa Tambellini*

Discutir o trabalho na perspectiva futura, lastreado na história passada, coloca uma série de questões para definir esse passado, que poderia ser o trabalho nas comunidades tribais primitivas; o trabalho escravo dos impérios grego e romano; o trabalho servil do sistema feudal ou o trabalho sob a dominação do capital. A opção foi resgatar o trabalho a partir do capitalismo, fundamentalmente porque é a primeira vez na história da humanidade que se constitui uma classe, pelas contradições do próprio sistema, com identidade social universal, capaz de colocar a luta de classes em perspectiva de superação do sistema.

Desse modo, deve ser compreendido em seu processo histórico, que engendra uma série de trans-

formações desde a Assim Chamada Acumulação Primitiva¹, em que Marx escrutina as origens do capital, mostrando como, na história real, a subjugação, o assassinato para roubar e a violência sobre o campesinato de então, no último terço do século XV e início do XVI, desempenham o papel principal uma vez que, despojando o trabalhador de sua propriedade dos meios de produção e dos produtos que produzia, que garantia sua vida e de sua família, cria a base do modo de produção capitalista, lançando uma massa de proletários livres como pássaros no mercado de trabalho pela dissolução dos séculos feudais¹. Desse modo, não resta alternativa ao trabalhador a não ser vender sua força de trabalho que pertencerá aos

1. MARX, K. *O Capital*. São Paulo: Abril Cultural, 1983.



capitalistas, donos também dos meios de produção.

Sob o domínio capitalista, os processos de trabalho sofreram diversas transformações decorrentes da luta de classes, assim como pelo papel da ciência, cujo direcionamento passa a se dar em função do desenvolvimento tecnológico, fundamental aos interesses do capital e sua ampliação.

No entanto, se o trabalho surge na ontologia do ser social como categoria qualitativamente nova com relação às formas anteriores do ser, nessa novidade,

[...] ele é a única forma existente de um ente teleologicamente produzido, que funda, pela primeira vez, a peculiaridade do ser social [...], fazendo com que a consciência que orienta a transformação e reformulação da natureza, não pode ser mais, do ponto de vista ontológico, um epifenômeno²⁽⁶¹⁾.

É sobre essa sociabilidade que mostramos suas transformações. Na forma inicial do desenvolvimento capitalista, em que os trabalhadores trabalham lado a lado e conjuntamente, no mesmo processo ou em processos de produção diferentes, mas conexos, Marx denomina de Cooperação Simples, e enfatiza que esta é a primeira modificação que o processo de trabalho real experimenta pela sua subordinação ao capital¹.

Esta forma de organização do trabalho conforma-se classicamente na manufatura que vai até o último terço do século XVIII, inaugurando a divisão técnica do trabalho, retirando do trabalhador o desenvolvimento de seu ofício, e conferindo a ele tarefas parciais na

produção. No entanto, o trabalhador ainda detém, nessa fase, o domínio sobre o processo de trabalho, embora já submetido ao comando do capital. Entretanto, esse processo de trabalho ainda possui base técnica estreita com relação às necessidades de produção ampliada, inerente à lógica da acumulação de capital. O desenvolvimento de máquinas, criando a revolução industrial, supera essa limitação.

Tendo sua origem situada entre 1780-1800, aciona o capitalismo em passos de gigante; e, como sustentam Marx e Engels, no Manifesto do Partido Comunista³, a burguesia obriga, sob pena de morte, todas as nações a adotarem o modo burguês de produção, impelindo-as a abraçar o que ela chama de civilização. Dizem os autores: cria o mundo à sua imagem e semelhança. E como necessidade essencial e força motriz de seu desenvolvimento, o capitalismo faz surgir o proletariado que, por sua universalidade, leva a termo o conhecimento da realidade social, pela primeira vez na história.

Esse processo faz com que o século XIX consolide a grande indústria. É um processo que permite, além de cada vez mais estender a jornada de trabalho, que pode chegar até 16 horas diárias, inserir as crianças e as mulheres, até então vinculadas fundamentalmente ao trabalho doméstico. É um fenômeno que permite baratear o valor da força de trabalho uma vez que a família inteira passa a ser explorada. As manufaturas de metal em Birmingham empregavam, para traba-

2. LUKÁCS, G. *Para Uma Ontologia do Ser Social II*. São Paulo: Boitempo, 2013.

3. MARX, K., et al. *O Manifesto do Partido Comunista*. São Paulo: Anita Garibaldi, 1989.

lhos pesados, 30 mil crianças e 10 mil mulheres. Nos anos de 1860, também na Inglaterra, o trabalho na mineração e na produção de carvão nas olarias ia das 4 horas até às 21 horas¹.

Os processos políticos sustentavam todo este curso histórico. Se a economia mundial capitalista foi estruturada pela revolução industrial inglesa, sua política e ideologia o foram pela Revolução Francesa, em fins do século XVIII, que abre as portas para o arranque do capitalismo. Foi um processo que teve também grande participação do campesinato e dos demais movimentos em defesa dos trabalhadores, embora sem organicidade e força política para hegemonizar a Revolução. Assim, sob o protagonismo burguês, logo após a queda da Bastilha, a estrutura rural feudal francesa havia desmoronado e estava, então, pavimentando política e ideologicamente o caminho para a consolidação do capitalismo.

Todavia, todo esse quadro de exploração econômica e domínio político burguês impulsionava, por outro lado, a organização e a resistência dos trabalhadores contra tanta espoliação. Marcado sempre pela repressão das classes dominantes, esses movimentos levavam a uma tradição ilegal de resistência, como no caso dos 'ingleses unidos', no final dos anos 1790; da 'Lâmpada Negra', em 1802, que era capaz de reunir em uma sexta-feira, à noite, cerca de 200 trabalhadores⁴, ou do movimento luddista, em 1811, que destruíam máquinas. O luddismo, derivado do operário têxtil Ned Ludd, vai sendo superado não só pela repressão das classes dominantes, mas pela compreensão dos próprios trabalhadores de que a máquina não era a sua inimiga, mas, sim, o uso que o capital fazia dela.

É no escopo de todo esse movimento que se dá a formação da 'classe operária', no período 1790-1830, revelada na consciência de uma identidade de interesses entre todos esses diversos grupos de trabalhadores, contra os interesses de outras classes⁴.

Nesse processo histórico é que se constroem os sindicatos como os centros organizadores dos assalariados contra o capital. Ainda assim, até o final do século XIX e início do século XX, as conquistas sindicais, apesar de importantes, foram relativas⁵.

Na virada do século XIX ao XX, é inaugurada a Administração Científica do Trabalho, formulada por Taylor⁶. Esse fenômeno tecnológico-organizacional estabelece um conjunto de princípios orientadores que irão aperfeiçoar a forma de dominação produtiva do capital por meio do controle dos tempos e movimentos dos trabalhadores no processo de trabalho. Ford, nos anos 1910, aperfeiçoa o taylorismo combinando o parcelamento das atividades com a fixação

do trabalhador na esteira rolante e, com isso, impõe um ritmo ininterrupto ao processo de trabalho.

No pós-Segunda Guerra, os novos métodos de produção fordista se 'universalizam' constituindo e consolidando o trabalhador coletivo fabril, que será componente significativo na organização das lutas dos trabalhadores no enfrentamento com o capital por intermédio da organização sindical⁷.

Ainda no século XX, na Grande Depressão iniciada em 1929, o mundo do trabalho experimentou importantes alterações, com significativas conquistas aos trabalhadores. Generalizaram-se os contratos de trabalho com repartição dos ganhos de produtividade menos desigual. Embora centralizada nas economias de capitalismo avançado, não deixou de se manifestar também em países de industrialização tardia, 'como no Brasil' [grifo nosso]⁸.

Esse fenômeno do mundo do trabalho, no período considerado, era predominante nos países do capitalismo mais avançado, embora com reflexos nas economias coloniais. No Brasil, até fins do século XIX, o processo produtivo estava ancorado no trabalho escravo no campo, que alimentava a dinâmica capitalista europeia. A migração de trabalhadores europeus, com a vinda dos portugueses, italianos e espanhóis, principalmente, no final do século XIX e início do século XX, traz um contingente de trabalhadores livres em relação aos meios de produção, aptos a se tornarem assalariados da indústria emergente.

No entanto, é a partir dos anos 1930 que o País acelera sua industrialização, com a fundação da Companhia Siderúrgica Nacional (1941), da Companhia Vale do Rio Doce (1943) e da Companhia Hidrelétrica do São Francisco (1945). Posteriormente, são criados o BNDES (então BNDE, 1952), a Petrobras (1953) e a Eletrobras (1962). Ainda, na década de 1950, dois terços dos recursos do Plano de Metas do governo era dedicado à construção da rede de transporte e energia. Ainda que sobre a brutal ditadura militar, o País dobrou seu PIB em um espaço de 7 anos e teve um crescimento extraordinário de 10,7% em média ao ano⁹. Essa dinâmica desenvolvimentista foi também fomentada no II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), lançado em 1974, que tinha como objetivo estimular a produção de insumos básicos, bens de capital, alimentos e energia. Ao final desses 50 anos, entre 1930-1980, o Brasil atinge seu mais alto grau de desenvolvimento econômico, chegando a ter na industrialização um terço do PIB nacional. Hoje, a indústria atinge níveis de 1910, contribuindo com 9% do PIB⁹.

Importa destacar que esse crescimento esconde também as desigualdades sociais, ao mesmo tempo que faz crescer o operariado e a força do movimento

4. THOMPSON, E. P. A. *Formação da Classe Operária Inglesa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

5. POCHMANN, M. *Desestabilização do Trabalho. Saúde debate*, v. 42, esp. 3, p. 67-77, 2018.

6. TAYLOR, F. W. *Princípios da Administração Científica do Trabalho*. São Paulo: Atlas, 1971.

7. ANTUNES, R. *Adeus ao Trabalho?* São Paulo: Cortez, 1995.

8. POCHMANN, M. *Brasil Sem Industrialização: a herança renunciada*. Ponta Grossa: UEPR, 2016.

9. GOMES, C. *Projeto Nacional*. São Paulo: Casa dos Mundos/LeYa, 2020.

10. HARVEY, D. *Condição pós-moderna*. São Paulo: Loyola, 1998.

11. MATTOSO, J. *A Desordem do Trabalho*. São Paulo: Página Aberta, 1995.

12. VAROUFAKIS, Y. O *Minotauro Global: a verdadeira origem da crise financeira e o futuro da economia global*. São Paulo: Autonomia Literária, 2016.

13. ANTUNES, R. *O Privilégio da Servidão*. São Paulo: Boitempo, 2018.

14. STANDING, G. *The Precariat*. Nova York: Bloomsbury, 2011.

sindical, de tal forma que, no início dos anos 1980, tivemos uma taxa de sindicalização de 32%, a maior de nossa história, enquanto hoje, com a desindustrialização acentuada, temos 14%, importante componente do enfraquecimento da luta orgânica dos trabalhadores.

Com o Golpe de 2016, que alçou Michel Temer à presidência da república, foram aprovadas duas medidas que atingem fortemente os direitos sociais e a organicidade dos trabalhadores. São elas: a EC 95, de 15 de dezembro de 2016, e a Reforma Trabalhista (Lei nº 13.467, de 2017)

A EC 95 determina que, a partir de 2018, as despesas federais só poderão aumentar de acordo com a inflação acumulada conforme o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) e define que vigorará por 20 anos, congelando os investimentos sociais já subfinanciados, como educação, saúde, habitação e outros. Com isso, concedem aos interesses da iniciativa privada os projetos sociais que deveriam ser atributo do Estado. Já a Reforma Trabalhista estabelece cláusulas que sistematicamente abrem espaço para o aumento da exploração dos trabalhadores, perda de direitos trabalhistas e fragilização de suas organizações sindicais, tais como o 'negociado' prevalecendo sobre o 'legislado', mesmo que em prejuízo ao trabalhador.

A partir da primeira metade da década de 1970, diversos fatores iniciam o enfrentamento ao fordismo, com grandes transformações na economia política que representam os primeiros ímpetus da passagem para um regime de acumulação inteiramente novo, associado com um sistema de regulamentação política e social bem distinta¹⁰.

A era que se inicia, ou seja, a reestruturação produtiva, impõe uma tendência que flexibiliza os processos de trabalho e as formas contratuais. Os contratos coletivos deram lugar a diversas formas de contrato que se flexibilizam em: trabalho temporário, terceirizações, tempo parcial, autônomos e teletrabalho, fragmentando e fragilizando a unidade dos trabalhadores no âmbito da produção e, conseqüentemente, na luta sindical. Essas alterações também irão afetar as negociações coletivas e a própria sociabilidade de um sistema baseado no trabalho¹¹.

Para isso, a espinha dorsal atingida, inicialmente, foi o movimento sindical. A eleição de Margareth Thatcher, na Inglaterra, em 1979, e de Reagan, nos Estados Unidos da América (EUA), em 1980, dão sustentação a esse processo. Em seguida, sacramentam o protagonismo do capital financeiro desregulamentado e professam um receituário neoliberal aos países em desenvolvimento.

Os volumosos excedentes de capital dos EUA, centro da crise mundial de 2008, alimentaram as aventuras financeiras. Entre os anos 1990 e 2000, foram criadas grandes quantidades de valores fictícios.

A concessão de hipotecas e crédito pessoal para as classes média e trabalhadora derramou para o 'subprime' montanhas de dinheiro privado. [...] Quando a farra acabou e o dinheiro privado evaporou, com o colapso do sistema bancário, a besta estava ferida de morte¹²⁽²⁵⁾.

Esta crise, fez com que a dívida do setor financeiro passasse de 22% do PIB, em 1981, para 117%, em 2008, nos EUA. "Ainda, neste meio tempo, os cidadãos dos EUA viram sua dívida aumentar de 66% para 100% e, como um todo e a dívida agregada, em 2008, excedeu 350% do PIB, quando em 1980 estava em 160%"¹²⁽³⁴⁾.

Essa crise atingiu o mundo. Apesar do impacto devastador que teve sobre o nível de emprego e padrões salariais dos trabalhadores, as políticas neoliberais seguiram como vetor orientador da economia política, e seus efeitos provocam, atualmente, uma importante reconfiguração no padrão das classes sociais, deslocando os trabalhadores do chão de fábrica para o comércio, *telemarketing*, uberização, pejetização, trabalho informal, contrato zero hora e para o desemprego, fazendo configurar a precarização estrutural do mundo do trabalho, que retira a sociabilidade do trabalhador e sua representação sindical¹³. Ademais, o capitalismo informacional e digital, coadunando-se com a chamada indústria 4.0, criada na Alemanha em 2011, intensifica processos produtivos automatizados e, assim, deslocando cada vez mais o trabalhador do emprego. Essa nova fase inaugura a automação industrial com a hegemonia informacional-digital no mundo produtivo, com os celulares, *tablets*, *smartphones* e assemelhados controlando, supervisionando e comandando essa nova etapa da ciberindústria do século XXI¹³.

Nesse processo, o capitalismo expande a precarização estrutural do mundo do trabalho e cria o 'precariado', que não é uma classe para si, mas uma classe em construção. Além da precariedade do trabalho e da renda social precária, falta-lhes uma identidade baseada no trabalho. Quando empregados, eles estão em empregos sem carreira, sem tradições de memória social, um sentimento de pertencer a uma comunidade imersa em práticas estáveis, códigos de ética e normas de comportamento, reciprocidade e fraternidade¹⁴. O perverso tratamento dado pelos governos neoliberais à pandemia do novo coronavírus que estamos vivendo acentuou mais ainda este fenômeno, com conseqüências ainda imprevisíveis sobre os trabalhadores.

Está assim configurada parte da realidade e a tendência do mundo do trabalho na sociedade contemporânea.

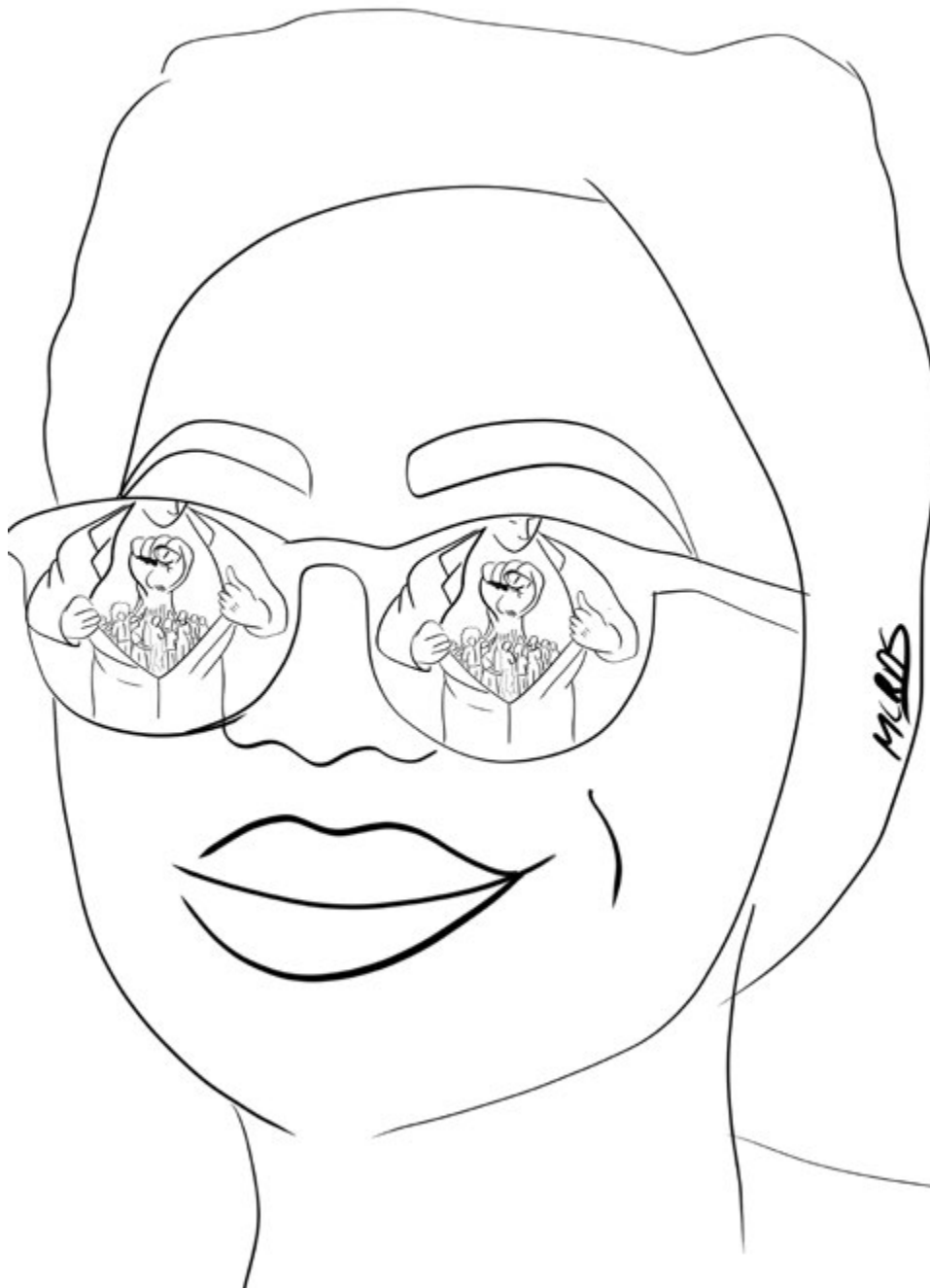
9

LEVE DO ALTAR DO PASSADO O FOGO, NÃO AS CINZAS

Coordenação

Ildeberto Muniz de Almeida & René Mendes

DOI: 10.5935/978-65-87037-01-1.12



‘LEVE DO ALTAR DO PASSADO O FOGO, NÃO AS CINZAS’¹

*Ildeberto Muniz de Almeida
René Mendes*

1. Jean Jaurès – líder socialista francês, 1859-1914.

O objeto deste bloco é contribuir para o resgate de alguns ‘princípios de fé, doutrina e prática’ do movimento da Saúde do Trabalhador no Brasil (valores, experiências, modelos e, também, a memória de seus autores e praticantes...), buscando identificar a essência desses valores, resgatando o ‘fogo’ (a essência, o essencial). Mais fogo do que as cinzas do que restou... Porém, esse objetivo não tem o propósito de cultivar o passado, nem endeusar seus atores, mas de tentar apontar a importância do resgate da essência (‘fogo’), por, talvez ter se apagado, ou estar correndo o risco

de se apagar, sufocado pelas próprias cinzas, as quais têm impedido o acesso de ‘oxigênio’, ‘novos ares’, ‘ar fresco’, capaz de reacender a chama... Ela não pode morrer, e nós ajudaremos a revigorá-la...

Focos (‘fogos’) selecionados:

- Saúde do Trabalhador como expressão de ‘Saúde Coletiva’ (paradigma de referência)
- Saúde do Trabalhador com voz e protagonismo dos trabalhadores
- Saúde do Trabalhador é um processo de construção social que requer estratégias ousadas e renovadas.

FOCO: SAÚDE DO TRABALHADOR COMO EXPRESSÃO DE SAÚDE COLETIVA (PARADIGMA DE REFERÊNCIA)



SAÚDE COLETIVA¹

*Helena Rodrigues Corrêa Filho
Maria Inês Monteiro
Aparecida Mari Iguti*

‘Saúde coletiva’ é nome do movimento pelo direito à participação social direta da população organizada, e não apenas de forma representativa, na formulação política e no controle das ações de saúde pública exercidas pelo Estado, incluindo as ações de prestação de serviços de saúde, vigilância à saúde, promoção da saúde e proteção específica contra doenças e agravos, no campo público e privado. Essa definição foi pronunciada por Gastão Wagner de Sousa Campos, em aula de pós-graduação em 2002, embora não esteja publicada *verbatim*².

Tal como os nomes impronunciáveis dados às entidades míticas ou divinas, essa definição direta não é encontrada nos textos que fazem a exegese hermenêutica e histórica do campo de práticas, saberes, percepções e formação discursiva, surgida no Brasil, e denominada de saúde coletiva³⁻⁵. Deriva das concepções de saúde pública – a ‘filha da Higiene’ – vigentes no século XX, e dos movimentos pela retomada da determinação social e política da saúde e da doença, expressos na concepção da medicina social criada por Lou-

1. CORRÊA FILHO, H. R., et al. Saúde Coletiva. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: conceitos, definições, história, cultura*. Novo Hamburgo: Proteção Publicações, 2018. p. 1023-5. (texto revisado e atualizado pelos autores).

is-René Villermé⁶ (1782-1863) e Rudolf Ludwig Karl Virchow (1821-1902)⁷⁻¹⁰.

Assim como a expressão 'determinação social' colocou-se em disputa quanto a ser formulada por categorias da Economia Política ou da Antropologia e da Psicologia Social^{11,12}, a denominação da formação discursiva proposta pela saúde coletiva também ficou em tensão quanto ao seu significado e conteúdo^{13,14}. A luta pelo poder popular participativo direto na organização, planejamento, e controle das ações de Saúde Pública foi distendida, a partir dos anos 1960, em definições que buscam adjetivos de ordem social, histórica, filosófica^{4,15,16}. Os movimentos de Medicina Preventiva e Social e da Medicina Comunitária são vertentes organizativas e políticas do reconhecimento das populações como atores sociais na construção das condições de vida e saúde no período 1950-1980¹⁷⁻²¹.

Foram construídas, no mundo acadêmico e da gestão das políticas de Saúde, várias hierarquias de participação, que vão da mera informação para a

cooptação popular consentida ao conhecimento das decisões administrativas e, em grau mais intenso, pelo controle político e financeiro direto por Conselhos populares comunitários, estaduais e nacionais⁴.

A conceituação de saúde coletiva é decorrência das formulações críticas à prestação de serviços de saúde, fundamentalmente, ao complexo de prestação de cuidados médicos e hospitalares, que foram contrapostos por vários movimentos de transição denominados de saúde da comunidade, medicina preventiva e, às vezes, medicina social, lembrando Villermé⁸ e Virchow^{6,22-25}.

A definição de saúde coletiva é um campo em disputa pelas forças sociais que impõem maior capacidade de poder de decisão nas políticas de saúde ou as submetem à conjuntura social e política do possível^{3,26-28}. Participação social é uma expressão muito ampla que abrange papéis passivos e ativos da população nas políticas de saúde e resultam da divisão compartilhada do poder do Estado, que nunca resulta de uma simples decisão de conceder.

2. CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>. Acesso em: 20 set. 2017.

3. SOUZA, L. E. P. F. Saúde Pública ou Saúde Coletiva? *Espaço Saúde*, v. 15, n. 4, p. 01-21, 2014.

4. NUNES, E. D. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde Soc.* v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n2/02.pdf>. Acesso em: 20 set. 2017.

5. DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e estrutura social: o campo de emergência da medicina comunitária* (1976). São Paulo: USP, 1976.

6. *Louis-René Villermé Archive – Marxists Org.* 1821. Disponível em: <https://www.marxists.org/archive/villermé/index.htm>. Acesso em: 24 set. 2017.

7. VIRCHOW, R. C. Report on the Typhus Epidemic in Upper Silesia. *Social Medicine*, v. 1, n. 1, p. 11-27, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1698167/>. Acesso em: 24 set. 2017.

8. VILLERMÉ, L. R. *Les enfants et la fabrique au XIX siècle. Extrait du rapport Villermé, 1840.* Risque sécurité et techniques Culture Technique et Culture Neuilly-sur-Seine. 1983 (1821), n. 11, p. 188-93. Disponível em: http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/31607/C%26T_1983_11_188.pdf?sequence=1. Acesso em: 24 set. 2017.

9. CENTRE VIRCHOW-VILLERMÉ. *Virchow & Villermé. History.* 2013. Disponível em: <https://virchowvillermé.eu/history/>. Acesso em: 20 set. 2017.

10. VILLERMÉ, L. R. *On prisons as they are and as they should be.* Des prisons telles qu'elles sont et telles qu'elles devraient être. Paris: Mequignon-Marvis, 1820.

11. GARBOIS, J. A., et al. Determinantes sociais da saúde: o social em questão. *Saúde Soc.* v. 23, n. 4, p. 1173-82, 2014.

12. NOGUEIRA, R. P. (Org.). *Determinação social da Saúde e Reforma Sanitária.* Rio de Janeiro: Cebes, 2010. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf>. Acesso em: 24 set. 2017.

13. NAVARRO, V. What we mean by social determinants of health. *Int J Health Serv.* v. 39, n. 3, p. 423-41, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19771949>. Acesso em: 20 set. 2017.

14. Centers for Disease Control and Prevention. *Social Determinants of Health – Know what affects health.* 2014. Disponível em: <https://www.cdc.gov/socialdeterminants/index.htm>. Acesso em: 24 set. 2017.

15. CARVALHO, A. I. Da Saúde Pública às Políticas Súdáveis. Saúde e Cidadania na Pós-modernidade. *Ciênc. Saúde Colet.*, 1996; v. 1, n. 1, p. 104-21, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v1n1/1413-8123-csc-01-01-0104.pdf>. Acesso em: 20 set. 2017.

16. OSMO, A., et al. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde Soc.* v. 24, n. 1, p. 205-18, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00205.pdf>. Acesso em: 20 set. 2017.

17. LEAVELL, H. R., et al. Gurney. *Medicina Preventiva.* São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

18. KLOETZEL, K. *As bases da Medicina Preventiva.* São Paulo: EDART, 1973.

19. FERRARA, F. A., et al. *Medicina de La Comunidad: Medicina Preventiva; Medicina Social; Medicina Administrativa.* 2. ed. Buenos Aires: InterMédica Editorial, 1976.

20. AROUCA, A. S. *O Dilema Preventivista: contribuição para compreensão e crítica da Medicina Preventiva.* 1975. Tese [Doutorado em Ciência Médicas] – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975. Disponível em: <https://teses.icict.fiocruz.br/pdf/arouca-ass.pdf>. Acesso em: 20 set. 2017.

21. SAN MARTIN, H. *Salud y enfermedad: Ecología Humana, Medicina Preventiva y Social.* 3. ed. México: La Prensa Médica Mexicana, 1975.

22. DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e Sociedade (O médico e seu mercado de trabalho).* São Paulo: Livraria Pioneira, 1975.

23. NUNES, E. D. *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos.* São Paulo: Global, 1983.

24. BERLINGUER, G. *Medicina e Política.* São Paulo: Hucitec, 1978.

25. NUNES, E. D. "Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto". In: CAMPOS, G. W. S., et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 295-315.

26. VIEIRA, F. V., et al. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do estado. *REPAM*, v. 10, n. 3, p. 1-28, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/14896>. Acesso em: 20 set. 2017.

27. IRIART, J. A. B. Autonomia individual vs. proteção coletiva: a não-vacinação infantil entre camadas de maior renda/escolaridade como desafio para a saúde pública. *Cad. Saúde Pública*, v. 33, n. 2, p. e00012717. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n2/1678-4464-csp-33-02-e00012717.pdf>. Acesso em: 20 set. 2017.

28. FAGNANI, E. *O fim do breve ciclo da cidadania social no Brasil (1988-2015).* 2017. Disponível em: <https://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/artigos/3537/TD308.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2020.



FOCO: SAÚDE DO TRABALHADOR COM VOZ E PROTAGONISMO DOS TRABALHADORES



MODELO OPERÁRIO ITALIANO¹

Ubiratan de Paula Santos

O ‘Modelo Operário Italiano’ (MOI) de intervenção na saúde tem raiz no desenvolvimento do movimento operário italiano no pós-guerra, retomando na Itália a luta dos Conselhos de Fábrica, na concepção de Gramsci e Bordiga², interrompidos durante os anos do Fascismo. Constituiu-se em uma poderosa força capaz de impor mudanças nas antigas condições de vida e trabalho criadas a partir da Revolução Industrial, descritas com detalhes por Frederico Engels, ainda no século XIX³. O movimento operário, entendido como o “conjunto dos fatos políticos e organizativos associados à vida política, ideológica e social da classe operária”⁴, nasce com a indústria e a ascensão da classe burguesa nos séculos XVIII e se desenvolve em sua contraposição, da luta entre as classes burguesa e operária, apoiado na concepção de Marx e Engels de que a emancipação da classe operária, para estabelecer a igualdade de direitos, de deveres, e para abolir o domínio de uma classe sobre a outra, deve ser obra dela própria.

O ‘modelo’ de ação italiano para preservação da Saúde, centrado no ambiente de trabalho, vem dessa tradição, tendo como fundamento o papel central da fábrica e a luta do trabalhador na identificação dos riscos, na busca de soluções e de suas validações pelos trabalhadores, recusando a tradicional delegação desse papel às empresas, ou a técnicos ‘independentes’, e superando a aceitação da monetização do risco, ou seja, o pagamento por trabalhar em ambiente nocivo. Sua construção nasce em meados dos anos

1960, e não de forma espontânea. Guarda intrínseca relação com a política do Partido Comunista Italiano (PCI) e da principal central sindical, a Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL), que passaram a dar centralidade à defesa da Saúde dos Trabalhadores a partir dos anos de 1960⁵. Seu desenvolvimento centrado na participação operária, na fábrica, contou com a participação de intelectuais como Giovanni Berlinguer (1924-2015), professor de medicina social da Universidade de Roma, senador pelo PCI por muitos anos, e de Ivar Oddone (1923-2011), ativo participante e principal intelectual orgânico da classe operária, que, com Gastoni Marri, constitui o núcleo que ajudou a formular e dar expressão universal ao modelo de intervenção para a luta dos trabalhadores pela saúde⁶. O relato dos resultados da investigação realizada em 1967, por iniciativa do PCI, que envolveu cerca de 300 mil trabalhadores de 225 empresas⁵, é evidência do intenso processo participativo da época.

Sua amplitude e força que teve seu vértice entre 1967-1975, além de modificar a própria relação entre sindicato e a organização do trabalhador na fábrica, tornando-a mais democrática e representativa, foram capazes de mudar o ordenamento jurídico trabalhista e sanitário da Itália. Deu origem à Lei nº 300, de 20 de maio de 1970, conhecida como Estatuto dos Direitos dos Trabalhadores⁷, que estabeleceu normas sobre a tutela da liberdade e dignidade dos trabalhadores, da liberdade sobre a atividade sindical nos locais de trabalho, e sobre a regulação do

1. SANTOS, U. P. Modelo Operário Italiano (de intervenção na Saúde). In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: conceitos, definições, história, cultura*. Novo Hamburgo: Proteção Publicações, 2018. p. 769-70. (texto revisado e atualizado pelo autor).

2. GRAMSCI, A., et al. *Conselhos de Fábrica*. São Paulo: Brasiliense, 1973.

3. ENGELS, F. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra (1845)*. Porto: Afrontamento, 1975.

4. BOBBIO, N., et al. *Dicionário de Política*. 12. ed. Brasília, DF: UnB, 2002. (v. 2).

5. BERLINGUER, G. *A Saúde nas Fábricas*. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1983.

6. ODDONE, I., et al. *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec, 1986.

7. PRIVACY.it. *Statuto dei lavoratori. Legge 20 maggio 1970, n. 300*. Roma: Buffetti, 1980.



G. P. Volpedo –
O Quarto Poder, 1901
 Óleo sobre tela,
 293cm x 545cm,
 Museu do Novecento, Milão,
 Itália.

emprego, cujo conteúdo é expressão da pujança do movimento. Exemplos do conteúdo do Estatuto são: (a) art. 5º, que proibiu investigações/conhecimento, pelo empregador, sobre as enfermidades por doenças ou acidentes do empregado e o estabelecimento de que o controle da falta ao trabalho por doença só pode ser realizado através de serviço público, ou seja, não pela empresa; (b) art. 9º, que disciplina que os trabalhadores, mediante suas representações têm o direito de controlar a aplicação das normas para a prevenção dos acidentes e das doenças profissionais e de promover pesquisa, elaboração e implementação de todas as medidas necessárias para salvaguardar sua saúde e integridade física.

A construção do modelo de intervenção operária na Saúde foi fruto de intensas discussões que envolveram milhares de operários, dirigentes sindicais, técnicos da saúde, médicos e psicólogos. A síntese do modelo foi publicada em 1971, no 'Manual sobre Ambiente de Trabalho' da Federação dos Trabalhadores Metalmeccânicos (FLM), e reeditada em livro, no ano de 1977, com o título 'Ambiente di Lavoro – La Fabbrica nel Territorio', em que experiências da aplicação do método sugerido no manual, sua avaliação e aperfeiçoamento são relatados e discutidos⁶.

O 'modelo' define ambiente de trabalho como 'o conjunto das condições de produção em que a força de trabalho e o capital se transformam em mercadorias e em lucro'. Dá centralidade à apropriação do conheci-

mento pela classe operária, para que seja protagonista na luta contra os riscos que levam às doenças, aos acidentes e às incapacidades, bem como para impor modificações tecnológicas e normativas para anular o risco. O objetivo da abordagem do modelo tem como endereço teleológico a negociação das condições de trabalho, com a finalidade de eliminar a nocividade ambiental no mundo do trabalho. O modelo de intervenção propõe a discussão em quatro partes: a primeira, de caráter geral sobre os diversos riscos, apresenta os fatores de risco divididos em quatro grupos; na segunda parte, detalha cada grupo de risco e seus efeitos na Saúde do Trabalhador; na terceira, discute soluções indicadas para diminuir/eliminar riscos no ambiente de trabalho; e na quarta parte, detalha a discussão sobre riscos químicos como poeiras, benzeno, entre outros^{6,7}. Além da publicação que sintetiza o modelo de ação⁶ a criação da revista 'Rassegna di Medicina dei Lavoratori', em 1968, e da 'Medicina dei Lavoratori', em 1974, concebida como "um instrumento para a conquista da hegemonia teórica e prática na luta pela construção da saúde na fábrica e no território"⁵, deram grande impulso para o debate e o aperfeiçoamento das experiências desenvolvidas, e para o alargamento dos horizontes do movimento que evolui para questionar as próprias relações de produção existentes e a necessidade de serem superadas.

O 'Movimento' exerceu grande influência também entre os médicos do trabalho, que passaram a

atuar no interior das fábricas e em contato com os trabalhadores, antes inexistente, exceto para alguma demanda de tratamento. Sua força e as mudanças legais tornaram possível outra inserção do trabalho médico, fora do controle patronal.

A relevância do movimento operário italiano, com destaque na luta pela saúde e contra a nocividade do trabalho, evoluiu incorporando a luta pela preservação do ambiente, do território onde se trabalha e vive, e foi decisivo para a aprovação da Lei nº 833, de 23 de dezembro de 1978, sobre a Reforma Sanitária Italiana, que instituiu o Serviço Sanitário Nacional.

No Brasil, foi somente no final dos anos 1970 que a experiência italiana serviu como fonte de inspiração para a implantação de serviços de saúde em municípios que contribuíram para a elaboração e implantação do

Sistema Único de Saúde (SUS), para desenvolver no movimento sindical a preocupação com os riscos no trabalho, e uma nova forma de combatê-los, para a criação de programas de Saúde dos Trabalhadores, origem dos Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores (Cerest), e ainda, para ampliar nas universidades o estudo das relações entre saúde e trabalho.

Apesar das importantes conquistas – a profunda mudança do sistema produtivo a partir dos anos 1980, com redução do peso da grande indústria, o avanço do neoliberalismo no mundo, a crise do sistema político e a redução do movimento dos trabalhadores –, foi interrompido o avanço das conquistas e retrocessos ocorreram. Entretanto, a história é movida pelos conflitos entre os interesses antagônicos de classes, e o que é dado hoje é próprio para ser superado amanhã.

BREVE BIOGRAFIA DE IVAR ODDONE (1923-2011)¹

Bruno de Almeida Pedersoli

Médico, psicólogo, cientista e militante italiano, nascido em Imperia, em 26 de outubro de 1923, Ivar Oddone é considerado o principal expoente do grupo de intelectuais que, junto de trabalhadores, construiu, nos anos 1960 e 1970, a experiência de luta pela saúde no ambiente de trabalho que, ao ser sistematizada, ficou conhecida como MOI. Destacam-se ainda Alessandra Re, Gastone Marri, Gianne Briante e Sandra Gloria.

Em 1943, ainda como estudante de medicina, Oddone torna-se um *partigliano*, isto é, combatente na Resistência italiana antifascista. É nele, inclusive, inspirado o personagem Kim, do romance 'A trilha dos ninhos de aranha', do amigo Italo Calvino. Após a guerra, vai a Turim exercer medicina, e presencia, nos anos 1960, a ascensão das movimentações operárias na Itália. Por meio do PCI, do qual era militante, ele e outros profissionais se aproximam da luta dos trabalhadores. A colaboração entre técnicos de saúde engajados e operários organizados em sindicatos e comissões de fábricas faz surgir uma experiência original de luta pela saúde no trabalho.

O MOI rompe com o simples tecnicismo da saúde ocupacional para valorizar a experiência e

a subjetividade operária. Esse 'saber operário' deveria aliar-se ao conhecimento técnico, mas como protagonista. Formulam-se conceitos como: 'não delegação', 'validação consensual', 'grupo operário homogêneo', 'recusa da monetização do risco' e 'compreender para transformar'.

Na área da psicologia do trabalho, Oddone colaborou na criação da técnica de 'instrução ao sócia', um instrumento para se apreender a experiência do trabalhador.

No Brasil, a partir dos anos 1980, o MOI foi uma fonte de inspiração para diversas construções no campo da Saúde do Trabalhador, entre elas: comissões sindicais de saúde, programas regionais de Saúde do Trabalhador, criação de entidades como o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat), elaboração de Mapas de Risco nos locais de trabalho, além de diversas publicações.

Ivar Oddone é uma referência tanto teórico-metodológica quanto militante, por seu compromisso com os trabalhadores e pela valorização da ação transformadora da realidade.

Morreu em Turim, em 21 de novembro de 2011.

1. EDERSOLI, B. A. Ivar Oddone (1923-2011). In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador*: conceitos, definições, história, cultura. Novo Hamburgo: Proteção Publicações, 2018. p. 665. (texto revisado e atualizado pelo autor).

BREVE BIOGRAFIA DE MARCÍLIA DE ARAÚJO MEDRADO FARIA (1938-2014)¹

René Mendes

1. MENDES, R. Marcília de Araújo Medrado Faria (1938-2014). In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: conceitos, definições, história, cultura*. Novo Hamburgo: Proteção Publicações, 2018. p. 724. (texto revisado e atualizado pelo autor).

Médica, professora e pesquisadora, Marcília de Araújo Medrado Faria nasceu na Bahia, em 1938, graduando-se em Medicina pela Universidade Federal da Bahia, em 1963. Dedicou-se ao campo da medicina preventiva e social, à saúde pública e à Saúde do Trabalhador, por toda a sua vida, sem medir esforços, até à época de sua morte, aos 75 anos.

Em 1965, especializou-se em medicina tropical, e, em 1968, em dinâmica populacional pela Universidade de São Paulo (USP). Em 1969, foi contratada como docente do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, onde trabalhou sob a orientação do Prof. Guilherme Rodrigues da Silva, conterrâneo da Profa. Marcília, que assumiu o cargo de Professor Titular, em disputado concurso. Vindo de Salvador, o Prof. Guilherme tornou-se uma das referências mais respeitadas no campo da Epidemiologia, com incursões em outras áreas que compõem o pensamento social da determinação da saúde/doença. Com ele, a Profa. Marcília dedicou-se, no doutorado, a estudar aspectos da Doença de Chagas.

Em 1974, especializou-se em medicina do trabalho na USP e, mais tarde, em ergonomia, na França, em pós-doutorado realizado na Université Paris I (Panthéon Sorbonne), de 1977 a 1979. Em 1994, vinculou-se ao Departamento de Medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho, onde permaneceu até sua aposentadoria, em 2010. Mesmo após essa data, continuou realizando atividades voluntárias na USP, até a sua morte.

Sua profícua carreira foi recentemente organizada e resumida por colegas e amigos², os quais a estruturaram em quatro blocos:

- as relevantes contribuições para o ensino e produção científica;
- seu trabalho na criação e direção do Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP;
- seus estudos e pesquisas e assessorias sindicais no Polo Industrial de Cubatão, incluindo os estudos sobre acidentes do trabalho (1979 a 1987) e a pesquisa sobre câncer e trabalho industrial (1995 a 2012);
- sua dedicação ao estudo e assistência aos tra-

balhadores expostos e intoxicados pelo mercúrio, de 1997 em diante, até o final de sua vida.

A justa homenagem publicada por Correia et al.², assim conclui:

A Professora Marcília atuou incansavelmente ao lado e para os trabalhadores do Brasil. Sua trajetória foi marcada pela dedicação e pela prioridade que conferiu ao atendimento médico e à investigação clínico-epidemiológica dos trabalhadores que foram expostos aos diversos agentes químicos durante as suas atividades profissionais e, ao mercúrio, em especial, nos últimos anos de sua vida. [...] muito contribuiu para que a saúde dos trabalhadores se tornasse um marco de atenção permanente, e não poupou esforços para fazer com que os trabalhadores tivessem boas condições de trabalho, livres de riscos à saúde, enfim, que pudessem ter trabalho digno⁽⁹²⁾.

Juntamo-nos aos referidos colegas e amigos da Profa. Marcília, para dar mais elevada visibilidade a essa justa e merecida homenagem.

A Profa. Marcília faleceu em 5 de agosto de 2014, em São Paulo.



Fonte: <https://lucuu.sbmh.org.br/portal/obituario/marcilia-de-araujo-medrado-faria-1938-2014>

2. CORREIA, M. M., et al. Profa. Dra. Marcília Medrado de Faria (1938-2014): uma vida dedicada à saúde dos trabalhadores brasileiros. *Saúde, Ética & Justiça*. v. 19, n. 2, p. 90-2, 2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sej/article/view/100097/98773>. Acesso em: 16 jun. 2017

BREVE BIOGRAFIA DE LYS ESTHER ROCHA (1956-2015)¹

Marcia Bandini

Nascida em São Paulo, em 13 de julho de 1956, Lys Esther Rocha descobriu-se professora ao ajudar os alunos do curso preparatório para o exame de admissão dos alunos do Grupo Escolar que a mãe, professora primária, carinhosamente batizou de 'Flor de Lis'. Aos 18 anos, foi convidada a dar aulas no Movimento Brasileiro de Alfabetização² (Mobral) quando, segundo seu próprio relato, despertou para a realidade dos trabalhadores brasileiros.

Médica graduada pela Faculdade de Medicina do ABC, aproximou-se da saúde pública pelo convívio com líderes envolvidos na reforma sanitária nos anos 1970. Entre 1978 e 1979, engajou-se no movimento dos trabalhadores do ABC, colaborando para a I Semana de Saúde do Trabalhador do Diesat³, com o tema 'O pó nosso de cada dia', dedicado à silicose, ao lado de Lia Giraldo e Mario Bonciani. A experiência a levou a optar pela residência em medicina social, com área de concentração em medicina do trabalho, o que levou Lys Esther para a Universidade Federal da Bahia. Lá, ao participar de um estudo sobre intoxicação por chumbo, no início dos anos 1980, adquiriu uma prática que se tornou sua marca registrada por toda a vida – ver e ouvir os trabalhadores.

De volta a São Paulo em 1982, participou de diversos trabalhos com referências com a Profa. Edith Seligmann-Silva, a Profa. Marcília de Araújo Medrado Faria e a socióloga Maria Cecília Donnangelo, entre outros profissionais de grande destaque à época, e colaborou com a estruturação das ações de Saúde do Trabalhador na rede de Serviços da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Foi assim que se aproximou das ações de vigilância epidemiológica dos trabalhadores de Cubatão, investigando e notificando casos de fluorose, pneumopatias ocupacionais, doenças hematológicas relacionadas ao benzeno, dermatoses ocupacionais e perdas auditivas.

Em 1984, entrou para o Ministério do Trabalho, como auditora-fiscal na área de saúde e segurança, mas uma tragédia pessoal fez com que Lys deixasse os trabalhos em Cubatão para fazer um curso de Higiene no Istituto Superiore Di Sanità, em Roma (Itália), em 1986. Quando retornou ao Brasil, deparou-se com nova 'epidemia' de doença relacionada ao trabalho – as tenossinovites, que

acometiam fortemente os trabalhadores de processamento de dados e os digitadores. Nesse cenário, dedicou sua tese de mestrado a defender a participação dos trabalhadores para o reconhecimento e a notificação das doenças que acabaram sendo conhecidas como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER).

Sua pesquisa abriu as portas para outros estudos em ergonomia. Isso, combinado à sua atuação como auditora-fiscal do trabalho, foi fundamental para a revisão da Norma Regulamentadora NR-17⁴, publicada em 1990. Pela primeira vez, uma norma sobre Ergonomia trazia termos como organização do trabalho e fatores psicossociais. A mudança não foi facilmente aceita. Mandados de segurança e atos organizados por setores empresariais conseguiram atrasar a publicação do novo texto, bem como impor algumas mudanças na versão original. Nesse momento, o Grupo de Ergonomia, do qual Lys fazia parte, desenvolvia material específico para orientar os auditores-fiscais do trabalho e esta orientação acabou ampliada com a contribuição de sindicatos de trabalhadores e empregadores.

Quase ao mesmo tempo em que a nova NR-17 era construída e discutida, outras 'gestações' vieram – da primeira filha e do livro 'Isto é Trabalho de Gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil'⁵, projeto desenvolvido em parceria com José Tarcísio Buschinelli e Raquel Rigotto, e que se tornou um marco ao trazer histórias de vida e trabalho.

O olhar holístico, desenvolvido desde o início da carreira, levou Lys a ampliar os estudos de Ergonomia para a área de saúde mental, tema de sua tese de doutorado concluída em 1996. Além da contribuição acadêmica, a tese ajudou a moldar a convenção coletiva de trabalho dos profissionais de processamento de dados. Em 1998, Lys fez uma opção oficial pelo mundo acadêmico e iniciou as suas atividades como professora na Disciplina de Acidentes e Doenças do Trabalho, na Faculdade de Saúde Pública (FSP) da USP, e na Disciplina de Saúde Ocupacional, na graduação da Faculdade de Medicina do ABC. Ao final do mesmo ano, foi aprovada em concurso como docente da Faculdade de Medicina da USP.

Desde então, foram mais de 50 artigos publicados, mais de 120 trabalhos apresentados em congressos, além dos oito livros. A Profa. Lys Esther orientou

1. BANDINI, M. Lys Esther Rocha (1956-2015). In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: conceitos, definições, história, cultura*. Novo Hamburgo: Proteção Publicações, 2018. p. 715-6. (texto revisado e atualizado pela autora).

2. MENEZES, E. T., et al. *Mobral – Movimento Brasileiro de Alfabetização*. Dicionário Interativo da Educação Brasileira – Educabrazil. São Paulo: Midiamix, 2001. Disponível em: <http://www.educabrazil.com.br/mobral-movimento-brasileiro-de-alfabetizacao/>. Acesso em: 19 jul. 2017.

3. DEPARTAMENTO INTER-SINDICAL DE ESTUDOS E PESQUISAS DE SAÚDE E DOS AMBIENTES DE TRABALHO. *História*. Disponível em: <http://diesat.org.br/historial>. Acesso em: 19 jul. 2017.

4. BRASIL. Ministério do Trabalho. *Ergonomia. Norma Regulamentadora NR-17*. 1978. Disponível em: <http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR17.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2017.

5. ROCHA, L. E., et al. (Org.) *Isto é trabalho de gente?: Vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes, 1993. 672 p.

dezenas de teses de mestrado e doutorado, formou centenas de alunos em cursos de especialização e foi responsável pela implantação do programa de Residência Médica em Medicina do Trabalho, na USP.

Na vida associativa foi atuante, como em tudo o que fazia. Entre 2004 e 2007, pertenceu à Comissão de Título de Especialista e presidiu a Comissão Técnica de Saúde Mental e Trabalho na Associação Nacional de Medicina do Trabalho (Anamt)⁶. De 2007 a 2010, foi Diretora de Título de Especialista da associação.

Quando perguntada sobre o que o olhar feminino agregava em sua atuação como médica do trabalho, Lys dizia que:

[...] em primeiro lugar, ser mulher representa dar valor ao cuidado porque, em nossa cultura, as mulheres são preparadas para querer ajudar, para exercer o cuidado. E com

ele, vem a cumplicidade, a solidariedade, a compaixão. As mulheres, ao lado da exposição ao benzeno, tendem a ver também a angústia do trabalhador que foi intoxicado pelo benzeno. Ser mulher traz também a capacidade de se indignar, de compreender simultaneamente o todo, as partes e a dinâmica que os anima. Traz sensibilidade para deixar-se tocar pelas diferentes situações; de buscar organização de diferentes pontos de vista e de negociar; a capacidade de compartilhar, de trabalhar em equipe e de escutar, sem julgamento prévio⁶.

Durante 15 anos, Lys Esther Rocha lutou contra um câncer de mama que a levou em 12 de dezembro de 2015. Durante a sua intensa vida, definia-se como mãe, auditora-fiscal do trabalho, professora e pianista. Foi também um farol que iluminou caminhos e inspirou pessoas, alunos, colegas, lideranças sociais e trabalhadores.

6. DIAS, E. C., et al. *Contribuição das Mulheres para a Vida Associativa da Medicina do Trabalho*. Curitiba: ANAMT – Associação Nacional de Medicina do Trabalho, 2016. Disponível em: http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/arquivos_diversos_30520161546597055475.pdf. Acesso em: 19 jul. 2017.

ACORDO NACIONAL DO BENZENO: NOVOS PARÂMETROS NA PREVENÇÃO DA EXPOSIÇÃO ÀS SUBSTÂNCIAS CANCERÍGENAS NO BRASIL¹

Daniilo Fernandes Costa

1. COSTA, D. F. Acordo Nacional do Benzeno: novos parâmetros na prevenção da exposição às substâncias cancerígenas no Brasil. In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: conceitos, definições, história, cultura*. Novo Hamburgo: Proteção Publicações, 2018. p. 92-3. (texto revisado e atualizado pelo autor).

O Acordo Nacional do Benzeno (ANB) foi uma das principais expressões do processo de discussão ocorrido no Brasil em consequência dos conflitos decorrentes dos agravos à saúde provocados pela exposição ao benzeno e outras substâncias químicas. Entre esses conflitos, destaca-se a luta dos trabalhadores da Baixada Santista contra a leucopenia, provocada pela exposição ao benzeno no início dos anos 1980. Essa luta expandiu-se às demais siderúrgicas brasileiras. Posteriormente, no final dessa década, as categorias de químicos e petroquímicos também aderiram a essa luta.

As primeiras legislações relacionadas com o benzeno no Brasil remontam à década de 1930 e se referem à sua toxicidade e possibilidade de causar danos à saúde, principalmente de mulheres e crianças, estabelecendo como principais estratégias de proteção dos trabalhadores a proibição da exposição desses dois grupos mais vulneráveis. Ao longo do tempo, foram sendo criadas leis, entre elas a Portaria nº 3.214, que incluía o benzeno na lista de substâncias químicas a serem controladas com definição de limite de tolerância, e indicador biológico de exposição.

Nesse processo, dá-se uma mudança significativa de abordagem, tanto do ponto de vista da exposição

ao benzeno em si como da forma de tratamento da vigilância dos riscos e da importância ambiental da substância, levando a novos desafios, boa parte deles ainda não equacionados. O período em que se deu o ANB foi fértil em regulamentações. Seu início é demarcado, em 1994, pela portaria de reconhecimento do benzeno como substância cancerígena. Até então, apenas quatro substâncias, de uso muito reduzido e localizado, e praticamente desconhecidas, eram reconhecidas como cancerígenas. Assim, tal legislação era, até então, totalmente inócua.

Em 1993, um grupo interinstitucional e multidisciplinar produziu um documento que fazia o diagnóstico da situação de exposição ao benzeno no Brasil, com a finalidade de subsidiar tecnicamente a revisão da legislação trabalhista a esse respeito. Com base nas constatações e propostas do estudo, a Profa. Raquel Rigotto, à frente da secretaria da área no Ministério do Trabalho, publicou, em 10 de março de 1994, a Portaria nº 3, enquadrando o benzeno na categoria das substâncias cancerígenas, e retirando da tabela os limites de tolerância relativos ao benzeno, bem como os parâmetros biológicos utilizados – o limite de tolerância

era de 8 ppm e o indicador era o fenol urinário, com valor normal e Limite de Tolerância Biológico (LTB) correspondentes, passando a não reconhecer limite seguro para exposição a esta substância.

A introdução do benzeno no Anexo 13 da NR-15 foi bastante positiva, trazendo a necessidade de ampliação do reconhecimento da ação cancerígena de inúmeros agentes e processos de trabalho até então excluídos das legislações. A retirada dos limites ambientais e biológicos de tolerância teve grande repercussão, pois os limites funcionam como mecanismos de regulação jurídico-administrativa das empresas, muitas vezes gerando programas de gerenciamento artificial de riscos. Quando foram retirados da legislação, as empresas sentiram-se pressionadas, pois passaram a não poder manter a justificativa de que suas dependências estavam 'dentro dos padrões legais'. Houve grande debate à época que, com a mobilização de trabalhadores dos setores de maior risco com a participação de técnicos do serviço público comprometidos com a defesa da Saúde dos Trabalhadores, funcionaram como elementos decisivos para o recuo do patronato e a abertura de negociações que levaram à produção do acordo e legislação. Na sequência, ao longo dos anos, foram publicadas quase duas dezenas de instrumentos de regulação.

A regulamentação dessa portaria ocorreu somente após 18 meses de intensa discussão, com grande mobilização dos setores interessados e a formação de um grupo tripartite; contou com representantes do Poder Público, dos trabalhadores e das empresas, grupo que elaborou uma proposta de acordo e de legislação, que foi aceita pelas partes, ratificada pelo governo e publicada por meio do Anexo 13-A da NR-15 da Legislação de Saúde e Segurança no Trabalho, que compõe a legislação trabalhista brasileira. Foram formuladas e publicadas, também, duas Instruções Normativas (IN) que complementam o Anexo 13-A, a IN01, que trata da avaliação ambiental, e a IN02, que trata da vigilância em saúde.

Este acordo, o ANB, caracteriza uma pactuação nacional inovadora, à época, envolvendo representações nacionais de três setores da sociedade: uma parte importante do Poder Público, empresários do setor siderúrgico e petroquímico e representantes de trabalhadores. Alguns dos pontos mais relevantes do acordo e da legislação, como forma de restringir a exposição, o uso e a circulação do benzeno, são:

I – Proibição do uso do benzeno, admitindo como exceções as empresas que o produzem ou que o utilizam em sínteses químicas, as siderúrgicas e os laboratórios em situações em que ele não possa ser substituído.



Foto: Rita Loureiro/LM, Apoio à Cultura

II – Obrigatoriedade de cadastramento dessas empresas.

III – Estabelecimento do conceito de Valor de Referência Tecnológico (VRT), que permitiu assumir uma postura de precaução em que não existe exposição segura para o benzeno, superando o conceito de Limites de Tolerância, inadequado para substâncias carcinogênicas como o benzeno, conforme reconhecido pela legislação alemã na qual conceito se baseou. O VRT não é um limite de exposição, não exclui risco à saúde e deve ser considerado como referência para os programas de melhoria contínua, seu cumprimento sendo obrigatório.

IV – Criação do Programa de Prevenção da Exposição Ocupacional ao Benzeno, principal instrumento técnico de prevenção, que inclui as instruções normativas de monitoramento ambiental e vigilância da saúde, que deve expressar o consolidado das ações realizadas pela empresa para prevenir a contaminação dos trabalhadores.

V – Definição dos Grupos de Trabalhadores do Benzeno (GTB), escolhidos por seus pares entre os eleitos para as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (Cipas), institui a vigilância ao benzeno como uma prioridade de ação para as Cipas das empresas cadastradas; estabelece concretamente a possibilidade de realização de ações de chão de fábrica; dito de outra forma, de exercício do controle da exposição pelos próprios expostos. Dessa forma, a ação de acompanhamento do acordo passa a ser permanente, pois é compartilhada com os trabalhadores no seu cotidiano laboral.

VI – Criação da Comissão Nacional Permanente do Benzeno (CNPBz), com o propósito de ser uma instância de negociação e acompanhamento da implementação do acordo e da legislação, responsável tam-

bém por complementar as lacunas não resolvidas até então no processo de discussão. Posteriormente foram criadas instâncias regionais para cumprir esse papel localmente. O acordo e a legislação estão ainda em vigor e constituíram a base legal e de negociação dos últimos anos no Brasil, tendo sido complementados em diversos aspectos, alguns deles comentados aqui.

O desmonte acentuado da legislação trabalhista, o esvaziamento das instituições públicas responsáveis pelo acompanhamento da prevenção da exposição ao benzeno e os ataques aos direitos e organização dos trabalhadores tiveram impacto bastante negativo na evolução dessa experiência, paradigmática em muitos aspectos para a história da Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras no Brasil. Uma análise das conquistas e desafios decorrentes dessa longa luta dos trabalha-

dores em defesa de sua saúde e contra a exposição ao benzeno demandaria uma avaliação dos eventos decorrentes deste acordo nos pouco mais de 20 anos de sua definição e implantação o que até agora foi feito apenas de maneira parcial, ainda que relevante.

A recente extinção da CNPBz no governo atual é apenas uma das muitas expressões dos ataques, dificuldades e limitações enfrentadas pela classe trabalhadora na segunda década do século XXI, em particular após 2015. Para a superação desse ciclo negativo, é necessário o aprofundamento das reflexões sobre o ocorrido, tanto nas questões mais específicas relativas ao benzeno e à Saúde dos Trabalhadores quanto nos aspectos mais gerais políticos, institucionais e das grandes transformações em curso em todo o mundo, cada vez mais globalizado e polarizado.

O CASO DA LUTA ANTIAMIANTO NO BRASIL¹

Fernanda Giannasi

1. GIANNASI, F. Asbesto (amianto). In: MENDES, R. (Org.). *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: conceitos, definições, história, cultura*. Novo Hamburgo: Proteção Publicações, 2018. p. 153-4. (texto revisado e atualizado pela autora).

O amianto ou asbesto é uma fibra de origem mineral, derivada de rochas metamórficas eruptivas, que, por processo natural de recristalização, transforma-se em material fibroso. Compõe-se de silicatos hidratados de magnésio, ferro, cálcio e sódio e se divide em dois grupos: serpentinas (crisotila ou amianto branco) e anfibólios (tremolita, actinolita, antofilita, amosita, crocidolita); este último grupo está banido na maior parte do mundo, inclusive no Brasil desde a alteração pelo extinto Ministério do Trabalho do Anexo 12 da NR-15 – Atividades e Operações Insalubres pela Portaria DSST nº 1/1991 e da vigência da Lei nº 9.055/95², que buscou “disciplinar a extração, industrialização, utilização, comercialização e transporte do asbesto/amianto e dos produtos que o contenham, bem como das fibras naturais e artificiais, de qualquer origem”, também conhecida como a “lei do uso seguro ou controlado do amianto”.

O amianto é conhecido desde a antiguidade pelo homem primitivo que o misturava com barro para conferir propriedades refratárias aos utensílios domésticos e foi muito usado durante e pós-revolução industrial para isolamento térmico de máquinas e equipamentos a vapor. Na atualidade, é ainda muito consumido como matéria-prima em países pobres, na produção de artefatos de cimento-amianto ou fibrocimento, principalmente para a indústria da construção civil (telhas, divisórias, painéis acústicos, forros, pisos, caixas d’água e tubulações). No Brasil,

a utilização do amianto foi proibida pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em 29 de novembro de 2017, embora tenhamos ainda algumas questões pendentes e uma única exceção, que abordaremos mais adiante.

O amianto é reconhecido como um agente cancerígeno para os seres humanos pela Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (Iarc) da Organização Mundial da Saúde (OMS) em quaisquer das suas formas e tipos ou em qualquer estágio de produção, transformação e uso. Segundo a OMS, no seu Critério 203 sobre o amianto crisotila (ou branco), publicado pelo Programa Internacional de Segurança Química (IPCS), em 1998, não se estabeleceu nenhum limite seguro de exposição ao amianto para o risco de câncer.

A OMS estima que 125 milhões de trabalhadores em todo o mundo estão expostos ao amianto em seus locais de trabalho. Segundo essas estimativas, mais de 107 mil destes morrem por ano pelas Doenças Relacionadas ao Amianto (DRA), entre as quais a ‘asbestose’, enrijecimento do tecido pulmonar, que conduz à falta de ar acentuada e progressiva, podendo matar por asfixia, o ‘câncer de pulmão’ e o ‘mesotelioma’, tumor maligno raro e incurável, também chamado de ‘câncer do amianto’, que é o único agente sabidamente causador dessa patologia maligna e que leva ao óbito, a maioria de suas vítimas, em menos de um ano após o diagnóstico. Além disto, atribui-se que uma em cada três mortes por câncer ocupacional está associada ao amianto.

2. BRASIL. Lei nº 9.055, de 1 junho de 1995. Disciplina a extração, industrialização, utilização, comercialização e transporte do asbesto/amianto e dos produtos que o contenham, bem como das fibras naturais e artificiais, de qualquer origem, utilizadas para o mesmo fim e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1 Jun. 1995. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9055.htm. Acesso em: 18 jan. 2021.

A OMS vai além ao afirmar que milhares de mortes podem ser atribuídas anualmente à exposição ambiental ao amianto, a qual todos seres humanos estão sujeitos, especialmente nós brasileiros, que vivemos cercados por construções que ainda contêm o mineral cancerígeno e que fomos até recentemente um dos seus maiores produtores, consumidores e exportadores. É, portanto, indubitavelmente, um problema de saúde pública.

Embora as estatísticas brasileiras não reflitam o verdadeiro quadro de morbidade, letalidade e de morbimortalidade da população brasileira, exposta profissional ou ambientalmente ao amianto, alguns indicadores já prenunciam que teremos por aqui em muito pouco tempo um quadro epidêmico semelhante ao que vimos nos países desenvolvidos.

Entre as várias razões para esse grave quadro de silêncio epidemiológico, estão: o longo período de latência dessas doenças que ocorrem, em geral, quando não há mais vínculo de trabalho; a falta de médicos e centros especializados para realização de exames e tratamentos de alta complexidade, cujos óbitos são atestados de forma genérica; acordos extrajudiciais firmados pelas empresas para invisibilizar esses dados perante os olhos do governo, dos políticos e da sociedade. Foram mais de 5 mil acordos firmados entre as duas principais empresas de fibrocimento e seus ex-empregados, dados estes que estão submersos num imenso *iceberg*, cuja parte visível é uma porção ínfima do problema.

De acordo com o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, foram registrados no SUS, entre 2008 e 2011, 25.093 casos de cânceres provocados pelo amianto e, no período de 2000 a 2011, 2.400 óbitos por mesotelioma.

Por tudo isso, a OMS recomendou que o uso do amianto seja substituído, tal qual a Organização Internacional do Trabalho (OIT) já o fizera em sua Convenção 162 de 1986, que trata sobre a 'Utilização do Asbesto com Segurança'.

O Brasil, apesar de toda a produção científica mundial de mais de um século, já que pelo menos desde 1907 se conhecem estudos comprovando a nocividade do amianto, foi uma das últimas nações do chamado G-20 (as 20 maiores economias mundiais) a adotar medidas efetivas para a erradicação da fibra mortal.

Apesar disso, fomos mundialmente celebrados como o primeiro país a ter a proibição decretada por uma Suprema Corte constitucional e o banimento ter se dado com a produção do minério ainda em plena atividade, já que em outras localidades a proibição ocorreu quando as fábricas estavam já fechadas e a mineração esgotada; isto é, apenas ratificando uma situação fática.

Entre idas e vindas, vitórias e derrotas, na luta antiamianto no Brasil, fomos mais uma vez surpreendidos com situações surreais como a sanção, pelo governo de Goiás, da Lei nº 20.514, em 16 de julho 19, a chamada Lei Caiado, que autoriza, para fins exclusivos de exportação, a extração e o beneficiamento do amianto crisotila naquele estado; lei esta, segundo nosso ponto de vista, que contém vício de iniciativa, visto que afronta decisão da Suprema Corte da nação, requeitando um debate pacificado pelo STF com base no conhecimento científico e no estado da arte. No mesmo diapasão, a Associação Nacional dos Procuradores do Trabalho (ANPT) ajuizou a ADI (Ação Direta de Inconstitucionalidade) nº 6.200, em 19 de julho 2019³, em que afirma “que a lei goiana afronta os direitos fundamentais à saúde, à proteção contra os riscos laborais e ao meio ambiente adequado, previstos na Constituição da República” e que, segundo a ANPT, “o Supremo levou em consideração, entre outros pontos, o conhecimento científico consolidado há décadas a respeito da lesividade do amianto em todas as suas variedades e a inexistência de limites seguros para a exposição ao mineral”⁴.

A referida ADI nº 6.200 está sob a relatoria do Ministro Alexandre de Moraes, que ainda não se pronunciou sobre os pedidos da ANPT, que já completaram mais de um ano, de concessão de liminar para suspender os efeitos da Lei estadual nº 20.514/2019 e, no mérito, sua declaração de inconstitucionalidade. Por outro lado, o plenário virtual do STF, em 18 de agosto 2020, declarou a constitucionalidade da Lei nº 4.341/2004 do estado do Rio de Janeiro, de autoria do Deputado Carlos Minc, que dispõe sobre a responsabilidade das empresas de fibrocimento pelos danos causados à Saúde dos Trabalhadores pelo amianto.

Apesar dos pesares, de altos e baixos, todo esse debate, que se estende há pelo menos três décadas em nosso país, só foi possível pela participação do controle social e seu intenso ativismo.



Foto: Enrico Purguez/Wikimedia Commons

3. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Associação questiona lei goiana que permite extrair amianto para exportação. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=417201>. Acesso em: 18 jan. 2021.

4. ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PROCURADORES DO TRABALHO. AMIANTO: ANPT pede no STF suspensão de lei que permite utilização de amianto em Goiás. Disponível em: <http://www.anpt.org.br/imprensa/noticias/3544-ami-nto-anpt-pede-no-stf-suspensao-de-lei-que-permite-utilizacao-de-ami-nto-em-goias>. Acesso em: 18 jan. 2021.

O PAPEL DOS CONTRAPODERES NA LUTA PELA ERRADICAÇÃO DA CATÁSTROFE SANTÁRIA DO SÉCULO XX NO BRASIL

Fernanda Giannasi

1. CORREIA, M. V. C. Controle social. In: PEREIRA, I. B., et al. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2008. Disponível em: <http://www.sites.epsiv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2020.

No ‘Dicionário da Educação Profissional em Saúde’, a autora Maria Valéria Costa Correia¹ discorre que “o ‘controle social’ envolve a capacidade que os movimentos sociais organizados na sociedade civil têm de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado na direção dos interesses da maioria da população”.

Esses ‘novos’ movimentos sociais surgiram no Brasil em meados da década de 1990 de maneira espontânea, empírica, anárquica para se contrapor às necessidades momentâneas e pontuais ante a globalização da economia e da pobreza e exclusão social. Não se situam simplesmente como movimentos antiglobalização, mas como uma globalização que é construída desde baixo (*globalization from below*), isto é, vinda das bases do tecido social.

Na nossa vivência política, militando com os movimentos sociais, há duas décadas e meia, com as associações de vítimas dos processos industriais, pudemos compreender melhor e mais amplamente o real significado da dita sociedade civil organizada e de como exercer efetivamente o controle social enquanto contrapoderes, na definição clássica do filósofo italiano Antonio Gramsci. A nossa experiência se deu, mais organicamente, na luta das vítimas do amianto, que se constituíram como uma contraposição aos grupos hegemônicos ligados a instituições governamentais, sindicais e empresariais, que defendiam unisonamente a tese do uso seguro ou ‘controlado’ do agente cancerígeno amianto.

Com a massificação globalizante do uso da internet, os movimentos sociais ganharam um aliado importantíssimo contra a hegemonia da informação e, com isso, puderam promover a disputa com os poderes, constituindo-se em verdadeiros contrapoderes ou ‘revolucionários nômades’, conforme definido por Hardt e Negri², subvertendo potencialmente a nova ordem capitalista. Esses ‘subversivos nômades’ e cibernéticos transformaram a internet em ‘ferramenta’ de luta contra a ‘marginalização em favor dos despossuídos, buscando nivelar as relações de poder entre o local e o global’. Como diz a epígrafe de Ani

DiFranco em ‘My IQ’: ‘Sabendo portar, toda ‘ferramenta’ é uma arma’. Foi esta a arma utilizada pelos movimentos sociais para poder lutar pelos direitos de seus representados.

Esse tipo de ativismo, articulado em nível global, propõe-se a pensar localmente (definindo os problemas, necessidades e demandas) para atuar globalmente e assim possibilitar gerar as mudanças necessárias em contraposição a uma das mais perversas formas de ‘desapropriação das oportunidades de vida’, que impõe um modelo de desenvolvimento devastador para a humanidade.

Esses movimentos ditos alternativos – ‘os contrapoderes ou globalização contra-hegemônica ou que vêm de baixo’ – ou qualquer outra nomenclatura mais apropriada que venha a ser adotada, exercem o controle social e tentam, antes de mais nada, rediscutir o significado do trabalho, da vida, do adoecer e desconstruir a identificação do progresso com o crescimento industrial ou o desenvolvimento das forças produtivas e a concepção de política como algo que se faz por intermédio de e pelo Estado por meio de organizações hierárquicas verticalizadas (piramidais), que visam acumular o poder e exercê-lo em nome da base, sem a sua participação. Por não se sentirem representados pela maioria das entidades existentes e na ausência de interlocutores para a negociação de suas demandas coletivas, esses atores sociais se expressam contra o não reconhecimento e defesa de seus interesses e em torno de uma identidade que é autodefinida pelo sujeito na ação e no conflito, constituindo-se em verdadeira ‘cidadania de protesto’, assim denominada por Souza³.

A luta anti-amianto foi exercida com maestria pela Associação Brasileira dos Expostos ao Amianto (Abrea)⁴, que se define como ‘uma Organização Não Governamental (ONG) sem fins lucrativos, reconhecida como de utilidade pública’, e que foi fundada em 9 de dezembro de 1995, em Osasco, na grande São Paulo, como a primeira associação de trabalhadores, ex-empregados, familiares e vítimas da fibra cancerígena no País oriundos da empresa Eternit,

2. HARDT, M., et al. *O Império*. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

3. SOUZA, N. H. B. *Trabalhadores Pobres e Cidadania: A Experiência da Exclusão e da Rebelião na Construção Civil*. 1994. Tese [Doutorado]. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

4. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS EXPOSTOS AO AMIANTO. *Quem somos*. Disponível em: <http://www.abrea.com.br/abrea/abrea.html>. Acesso em: 21 dez. 2020.



Foto: Adailson Calheiros/Arquivo Rádiz

Casa de sapê à margem da rodovia Divaldo Suruagy, Alagoas, 1988.

grupo multinacional suíço-belga na sua origem e, posteriormente, francês por sucessão de interesses e que é atualmente constituído por uma holding nacional. A fábrica de Osasco, a maior do grupo em toda a América Latina, operou de 1939 a 1993 e deixou um legado de doenças e um rastro de destruição ainda não total e devidamente dimensionados.

Ao longo de duas décadas e meia, outros grupos de expostos de diversas empresas e fábricas, que utilizaram a matéria-prima amianto, juntaram-se à Abrea e hoje formam um coletivo de associações locais e regionais que trabalham em total cooperação na luta por saúde e justiça para as vítimas. Esses grupos estão organizados, além de Osasco, em São Caetano do Sul e Capivari no estado de São Paulo, Rio de Janeiro, Londrina e São José dos Pinhais no Paraná, Bom Jesus da Serra e Simões Filho na Bahia, Recife em Pernambuco, Pedro Leopoldo em Minas Gerais e na região da grande Porto Alegre, em Esteio e Sapucaia do Sul no Rio Grande do Sul. Com exceção da Bahia e Paraná, onde estes grupos estão organizados foram aprovadas leis estaduais e municipais de proibição, antes mesmo da decisão histórica do STF, em função das pressões exercidas pelo controle social, que também vigiam o cumprimento delas.

As principais bandeiras desses contrapoderes têm sido a vigilância constante da manutenção da decisão do banimento do amianto, para que não ocorram retrocessos, a substituição por materiais

e tecnologias reconhecidamente menos nocivas aos trabalhadores, consumidores e à população geral, a preservação dos postos de trabalho (transição segura), a busca ativa dos que foram expostos profissionalmente ou ambientalmente às suas fibras para fins de cadastrá-los e encaminhar para exames médicos, a luta pelo conhecimento e reconhecimento das DRA, a propositura de ações judiciais em favor de seus associados na busca por justa indenização para os que foram lesionados, a conscientização da população geral, trabalhadores e opinião pública sobre os riscos do amianto e produtos mais seguros, a participação em ações e integração com outros movimentos sociais e ONG pró-banimento e na luta por saúde e justiça socioambiental em nível nacional e internacional, o apoio à pesquisa científica sobre as DRAs e materiais alternativos, o compromisso com o compartilhamento de informações e a recuperação ambiental dos sítios degradados.

A Abrea³ esteve o tempo todo participando das diversas ações no STF e, por meio de seu corpo jurídico, atuando como *Amicus Curiae* (amigos da Corte), no sentido de subsidiá-la com sua expertise adquirida ao longo de todos estes anos no protagonismo da luta pelo banimento do amianto no Brasil. Está ainda associada a movimentos internacionais que lutam nas mesmas trincheiras, em especial a Rede Virtual-Cidadã pelo Banimento do Amianto, a Ban Asbestos Network e a International Ban Asbestos Network (Ibas).



FOCO: SAÚDE DO TRABALHADOR É UM PROCESSO DE CONSTRUÇÃO SOCIAL QUE REQUER ESTRATÉGIAS OUSADAS E RENOVADAS

ESTRATÉGIAS PROMISSORAS I: FÓRUM ACIDENTES DO TRABALHO: DISPUTANDO A AGENDA CIENTÍFICA E POLÍTICA NO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

*Ildeberto Muniz de Almeida
Rodolfo Andrade Gouveia Vilela*

Lá nos idos de 2008, as práticas de atribuição de culpa às vítimas de acidentes de trabalho se destacavam como importante preocupação política por parte de movimentos de trabalhadores, já frequentavam a agenda de pesquisa em nosso país e se refletiam em iniciativas institucionais de formação para análise de acidentes no então Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e em serviços da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast).

Naquele ano, iniciativa conjunta de integrantes do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp) e da equipe do Cerest Piracicaba criou o portal Fórum Acidentes do Trabalho, FórumAT¹. Logo em seguida, um dos integrantes da equipe de Piracicaba ingressou no corpo docente do Departamento de Saúde Ambiental da FSP – USP e, desde então, são esses os principais responsáveis pelo FórumAT.

A proposta associa ideias de educação permanente sobre o tema da análise de acidentes com esforços políticos de desconstrução da atribuição de culpa apoiados em criação de tentativa de debate continuado

e crítica das abordagens simplistas e reducionistas prevalentes no que se refere ao fenômeno acidente.

A experiência evoluiu no desenvolvimento do Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes de Trabalho (Mapa), ferramenta prática que reúne conjunto de conceitos modernamente utilizados em estudos e pesquisas de acidentes e que, nos últimos anos, tem sido aplicada em diferentes situações de segurança^{2,3}.

Em consonância com esses esforços, é possível destacar avanços em intervenções de serviços de saúde do trabalhador em casos de acidentes de trabalho, industriais ou desastres, como nos casos de colapsos em obras de grande porte, ampliação de aeroporto, construção do anel viário, acidentes fatais na transmissão e manutenção da rede de energia elétrica, em atropelamentos de trabalhadores na manutenção de linhas de empresa de transporte ferroviário de passageiros, acidentes em refinaria de petróleo, entre outros. Outras iniciativas envolvem pesquisas e intervenções visando à prevenção de doenças no campo da saúde mental e de distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho.

Aos poucos, o FórumAT também estimula e mantém o tema nas agendas de pesquisas e política

1. FORUM ACIDENTES DO TRABALHO. *Agenda*. Disponível em: www.forumat.net.br. Acesso em: 22 dez. 2020.

2. ALMEIDA, I. M., et al. *Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes-MAPA: ferramenta para a vigilância em Saúde do Trabalhador*. *Ciênc Saúde Colet.*, v. 19, n. 12, p. 4679-88, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.12982014>. Acesso em: 21 dez. 2020.

3. ALMEIDA, I. M., et al. *Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes-MAPA: ferramenta para a vigilância em Saúde do Trabalhador*. *Ciênc Saúde Colet.*, v. 19, n. 12, p. 4679-88, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.12982014>. Acesso em: 21 dez. 2020.

do Brasil. Isso se deu tanto pela promoção de série de encontros presenciais anualmente, muitos deles com convidados internacionais, como também pela ampliação de canais de diálogo com pesquisadores e integrantes do movimento sindical de trabalhadores de diferentes estados do País, mas também com editores de revistas científicas e integrantes de organismos institucionais da saúde, do trabalho e da previdência social em diferentes níveis de governo.

O apoio recebido de parceiros como o Ministério Público do Trabalho, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) ajudou a consolidar o FórumAT que se mantém até os dias atuais. Apoios pontuais como o recebido da Fundacentro, que sediou e apoiou financeiramente vários encontros, também foram importantes. O Cerest de Campinas trouxe para a agenda a segurança do paciente com caso de mortes de pacientes em serviço de ressonância magnética. Dos sindicatos de trabalhadores, tivemos demandas envolvendo desastres ambientais como contaminação química em Paulínia, acidentes com eletricitários; na agroindústria, acidentes e contaminações com Benzeno nas refinarias de petróleo. É importante ressaltar a conexão com o trabalho do cineasta Beto Novaes que levou para a linguagem do cinema a produção científica.

Um dos pontos altos da colaboração com o movimento sindical se deu no I Seminário Internacional de Análise e Prevenção de Acidentes do Trabalho (I

Siapat) que incluiu encontro nacional de dirigentes sindicais e rica discussão sobre as lutas de trabalhadores em defesa da saúde; mostrando que a agenda do FórumAT não ficou presa aos temas da atuação técnica e científica. A criação de pontes com as lutas sociais esteve em destaque inclusive em outros momentos com convidados internacionais que destacaram como se organiza a defesa dos direitos de trabalhadores migrantes nos Estados Unidos.

Nos últimos anos, outras parcerias se viabilizaram, como o *blog* Ergonomia da Atividade⁴ e os multiplicadores de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat)⁵.

A ideia floresceu apoiada em página internet alimentada com difusão de notícias, suporte para cursos presenciais, difusão de conhecimentos incluindo traduções de livros distribuídos gratuitamente em versões impressas e online e arquivos das apresentações de encontros presenciais. Em agosto de 2020, o portal tem 2.500 cadastrados.

Com o início de encontros presenciais na FSP, vieram gravações e transmissões ao vivo dos eventos que passaram a ser disponibilizados em livre acesso em Canal YouTube do Fórum⁶ bem como no canal⁷.

Nos últimos anos, o Canal YouTube também passou a difundir gravações de entrevistas com especialistas da área de Saúde do Trabalhador ampliando seu repertório de produtos e procurando destacar temas que cresceram em importância e atualidade, com destaque para a construção de Política Nacional

4. ERGONOMIA DA ATIVIDADE. Disponível em: <https://www.youtube.com/ergonomiadaatividade>. Acesso em: 21 dez. 2020.

5. MULTIPLICADORES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR. Disponível em: <https://www.multiplicadoresdevisat.com/>. Acesso em: 21 dez. 2020

6. FÓRUM ACIDENTES DO TRABALHO – FórumAT. Disponível em: www.youtube.com/ForumAcidentes. Acesso em: 21 dez. 2020.

7. IPVTVUSP. Disponível em: <https://iptv.usp.br/portal/home>. Acesso em: 21 dez. 2020



Foto: New York Herald-Tribune, 1932

de Saúde do Trabalhador e para a saúde mental no trabalho; sem se afastar da análise de acidentes. Desde setembro de 2011, o canal totaliza cerca 992 inscritos e 43.264 visualizações.

É importante destacar que, ao longo desses 14 anos, a agenda de encontros do Fórum e a dinamização das publicações de notícias sempre se mostraram em consonância com a conjuntura do País seja no tocante às repetidas ameaças e ataques a direitos dos trabalhadores, seja nos desastres ou acidentes industriais ampliados afetando diferentes setores de atividade, com destaque para o que aconteceu na Boate Kiss, em Santa Maria (RS); tragédias como a de ônibus guilhotinado por dois trens em passagem de nível em Americana (SP); explosão e afundamento da plataforma petrolífera P36; rupturas de barragens de rejeitos na mineração etc. O portal permite acesso a mais detalhes da programação dos encontros presenciais e virtuais (durante a pandemia)⁸.

Historicamente, a construção da agenda de encontros presenciais do Fórum tem sido alimentada por múltiplas fontes. Parte das demandas teve origem na aproximação construída entre o FórumAT e áreas da Visat no estado de São Paulo, mas também da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde. Os convidados internacionais refletiram pontes de diálogo construídas com colegas pesquisadores de universidades e da Fundacentro das áreas de ergonomia e engenharia de segurança nos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e Paraná. Outra fonte de diálogo importante é o Ministério Público do Trabalho com demandas sempre associadas aos múltiplos enfrentamentos que faz nos campos da Saúde do Trabalhador e ambiental.

Também merece destaque a tentativa do Fórum de se manter em sintonia com a conjuntura do País, incentivando encontros sobre temas emergentes, seja na forma de ameaças e práticas de desmonte do aparato jurídico institucional de atuação na Saúde do Trabalhador em nosso país, seja em resposta a desastres e acidentes ampliados no Brasil e até fora dele. Isso culminou, em 2020, com a criação de módulo que aglutina notícias relacionadas com a pandemia da Covid-19⁹.

Por fim, a própria trajetória de pesquisas desenvolvidas por grupo que tem entre seus membros os responsáveis pelo portal e pesquisadores convidados, inclusive, de outros estados do Brasil e de fora do País, passou a influenciar a agenda de encontros e as atividades mantidas. Com isso, a página passa a ter mais espaço dedicado à difusão de informações sobre atividades de pesquisa desse grupo estando em fase de desenho a ampliação dessa ideia.

O Fórum também foi influenciado pelo diálogo com integrantes de movimentos de educação popular, como Emílio Gennari, e demandas de Cerest resultando em experimentos que, sob a influência das ideias de Paulo Freire, mudaram o tradicional formato de eventos centrados na transmissão de conhecimentos para outro, de estímulo à produção coletiva de conhecimentos e práticas compartilhadas por meio de oficinas.

A intervenção formativa como objeto de pesquisa: academia se liga com a realidade social

A colaboração estabelecida com órgãos públicos, serviços com atuação no campo da prevenção de acidentes e organizações de representação de trabalhadores também se firma como característica do FórumAT. Por isso, parcela significativa dos projetos de pesquisa desenvolvidos por integrantes do grupo e/ou sob orientação de seus pesquisadores surgem por demandas de parceiros públicos e de sindicatos de trabalhadores. A iniciativa foi também reconhecida pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que no início do Projeto Temático de Pesquisa 'Acidente de Trabalho: da análise sócio técnica à construção social de mudanças', aprovou a concessão de bolsas aos seus organizadores, na modalidade 'Extensão Inovadora'. Atividades de pesquisa dos responsáveis pelo FórumAT têm sido reconhecidas também no mundo acadêmico, merecendo destaque o financiamento de dois projetos de pesquisa temáticos pela Fapesp (Processo nº 2012/04721-1 e Proc. 2019/13525-0). As atividades do FórumAT, de difusão da abordagem sistêmica em análise e prevenção de acidentes, foram incluídas como uma das cinco dimensões do primeiro temático que incluiu investigações em profundidade de acidentes e outras ocorrências em sistemas complexos, questionando a abordagem tradicional e, a partir dos casos analisados, difundir a abordagem organizacional sistêmica e propiciar condições de intervenção formativa, visando a alteração das condições que geram esses distúrbios no sistema de atividade de origem.

Para dar conta desses objetivos, o projeto se apoiou na análise organizacional¹⁰ (e no Mapa reformulado visando sua transformação em ferramenta participativa e formativa, ampliando o processo de construção do diagnóstico e de transformação das situações com a participação dos trabalhadores).

Isso se dá ao mesmo tempo que crescem iniciativas de integração do FórumAT em agenda política de interesse do campo da Saúde do Trabalhador, sempre em sintonia com ofensiva política vivenciada

8. FÓRUM ACIDENTES DO TRABALHO. Disponível em: https://www.forumat.net.br/at/sites/default/files/arg-paginas/quadro_atualizado_ep_forumat_2020.docx. Acesso em: 06 jan.2021.

9. FÓRUM ACIDENTES DO TRABALHO. COVID-19. Disponível em: <https://www.forumat.net.br/at/index.php?q=covid-19>. Acesso em: 06 jan.2021.

10. LLORY, M., et al. O acidente e a organização. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2014.

no País nos últimos anos, que associa propostas de 'reformas' trabalhista e previdenciária com desmonte da legislação trabalhista e previdenciária. Em face do fracasso dessas medidas no que se referia às melhorias anunciadas em termos de criação de empregos e aumento da proteção social, vê-se novo incremento em ataques governamentais ao conteúdo de seguridade social criado na Constituição Federal de 1988. Como parte da resposta a esses ataques, o FórumAT passa a integrar iniciativa de Frente Ampla em Defesa da Saúde do Trabalhador e cria em seu portal¹¹ módulo de divulgação de ações e discussões ocorridas no âmbito da Frente.

A trajetória de atuação do FórumAT aparece assim marcada pela associação de atividades que se referem ao campo da produção e difusão de conheci-

mentos juntamente com práticas que podem ser ditas de frequentar a vida e de estímulo à mobilização e atuação política com agenda construída em estreita associação com o que acontece na vida do País com potencial de afetar a construção do campo da Saúde do Trabalhador.

A experiência do FórumAT pode ser considerada bem-sucedida. De 2008 a agosto de 2020, foram realizados 77 encontros, sendo 70 presenciais e os demais na modalidade *web*. A página tem servido de instrumento de consultas e fonte de busca de materiais didáticos, notícias e difusão de conceitos e ferramentas úteis para profissionais, pesquisadores e trabalhadores envolvidos no campo da Saúde do Trabalhador.

Os autores agradecem a colaboração de José Marçal Jackson Filho.

11. FÓRUM ACIDENTES DO TRABALHO. *Frente Ampla*. Disponível em: https://www.forumat.net.br/at/index.php?q=frampla_trab. Acesso em: 06 jan.2021.

ESTRATÉGIAS PROMISSORAS 2: 'FRENTE AMPLA EM DEFESA DA SAÚDE DOS TRABALHADORES'

René Mendes

A proposta de criar uma 'Frente Ampla em Defesa da Saúde dos Trabalhadores' nasceu no segundo Semestre de 2019, como um desdobramento das discussões informais com lideranças do campo da Saúde do Trabalhador em nosso país, quando a nova Diretoria da Associação Brasileira de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Abrastt) se preparava para tomar posse, em dezembro. Havia que se apresentar um Plano de Trabalho para o biênio 2020/21, e as reuniões preparatórias apontavam para a necessidade de buscar uma aliança de forças pró-Saúde dos Trabalhadores, sobretudo como uma estratégia de enfrentamento e luta contra os inumeráveis ataques perpetrados contra a classe trabalhadora, principalmente de 2016 em diante, e agravados em sua perversidade pelo governo Bolsonaro, instalado no início de 2019.

Foi-nos dito, então, que a Abrastt não deveria ser apenas 'mais uma' entidade, associação ou movimento social, e, sim, sua relevância institucional poderia se potencializar infinitamente, por meios de alianças e parcerias com outros movimentos sociais, entidades e instituições com objetivos similares, alinhados na defesa dos trabalhadores e trabalhadoras, de seus direitos, de sua vida e saúde.

Com efeito, o Estatuto da Abrastt¹ preconiza que

[...] para alcançar sua missão, [a Abrastt] atua no apoio e articulação da sociedade civil, assim como no apoio e articulação entre os profissionais da área de Saúde do Trabalhador que estão vinculados a entidades públicas ou privadas ou a centros de ensino e pesquisa em Saúde do Trabalhador. Objetiva o fortalecimento e compartilhamento do saber, do conhecimento, da informação e ampliação do diálogo entre os atores do campo de saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras e a comunidade técnica e científica, e desta, com os serviços de saúde, organizações governamentais e não governamentais, e com a sociedade civil.

Após a aprovação pela Diretoria que tomou posse em 10 de dezembro de 2019, o discurso de posse foi marcado pela apresentação e defesa destas ideias, culminando com um convite público:

Assim, por este meio, e como ponto culminante de nosso pronunciamento inaugural desta gestão, nós, os dirigentes eleitos pelos associados da Abrastt para a gestão deste próximo biênio, formulamos um convite a todos os movimentos sociais que conungam dos mesmos compromissos, para, unir nossas forças e juntos construirmos uma 'Frente Nacional de Defesa da Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras'.

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA. *Estatuto da Associação Brasileira de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora*. 2017. Disponível em: <https://www.abrastt.org.br/estatuto-social>. Acesso em: 06 jan. 2021.

A potencial ampliação latino-americana e global obrigou-nos a substituir nacional por ampla.

Frente Ampla coletivamente conceituada

Do final de 2019 até os primeiros meses de 2020, foi construído um 'documento-base', inicialmente redigido pela Abrastt, e já como exercício de construção coletiva foi sendo revisto, modificado, ampliado e enriquecido pelos representantes das entidades que primeiro expressaram o seu apoio à proposta, e que se tornaram instituidoras da Frente

Ampla. Sequencialmente, em ordem de adesão, foram o Instituto Trabalho Digno (ITD), o Fórum Acidentes do Trabalho (FórumAT), o Fórum Intersindical Saúde – Trabalho – Direito (Fiocruz/RJ) e a Associação Brasileira dos Expostos ao Amianto (Abrea). O documento-base está atualmente na 28ª versão, e ainda pode ser considerado em processo de aperfeiçoamento e constante atualização. A força dele está na legitimidade da construção coletiva.

Assim, após várias rodadas de consulta, a Frente Ampla foi conceituada nos seguintes termos:

A Frente Ampla em Defesa da Saúde de Trabalhadores é uma iniciativa estratégica de natureza política e multi institucional, que visa desenvolver e aperfeiçoar parcerias conceituais e de cooperação entre movimentos sociais, entidades de natureza sindical, instituições, grupos de trabalho e núcleos de estudo e pesquisa que tenham em comum o compromisso de promoção e defesa da saúde e segurança de trabalhadores e trabalhadoras.

O objetivo principal desta iniciativa estratégica – plural, democrática e suprapartidária – é de fortalecer e otimizar a capacidade da sociedade civil – em especial, trabalhadores e trabalhadoras – para defender a vida e a saúde dos que vivem de seu trabalho.

Principais meios de ação da Frente Ampla

Dentro de seu escopo fundante de desenvolvimento e aperfeiçoamento de parcerias conceituais e de cooperação no campo da promoção e defesa da saúde e segurança de trabalhadores e trabalhadoras, a Frente Ampla em Defesa da Saúde de Trabalhadores estabeleceu os seguintes meios de ação:

(1) Identificar e mapear os movimentos sociais, entidades de natureza sindical, instituições, grupos de trabalho e núcleos de estudo e pesquisa que atuam no campo da promoção e defesa da saúde e segurança de trabalhadores e trabalhadoras, com o propósito de potencializar o seu trabalho e impacto por meio de parcerias conceituais e de cooperação.

(2) Desenvolver e atualizar inventários dos recursos e das capacidades instaladas, das expertises e dos engajamentos de pessoas, de equipamentos e instalações, de acervos de material técnico ou didático produzido, de estudos e pesquisas realizados pelos parceiros e parceiras que vierem a participar da 'Frente'.

(3) Compartilhar e socializar recursos para fins comuns, isto é, dentro do escopo de defesa e promoção da saúde e segurança de trabalhadores e trabalhadoras.

(4) Desenvolver, de forma articulada e participativa, análises de conjuntura e discussão de pautas temáticas prioritárias para a promoção e defesa da saúde de trabalhadores e trabalhadoras

no Brasil e nos países da América Latina.

(5) Desenvolver, de forma articulada e participativa, estratégias de ação conjunta, papéis e responsabilidades de cada parceiro(a) na resistência, luta e construção de mudanças políticas, tecnológicas, legais e institucionais.

(6) Elaborar e emitir pareceres conjuntos, notas técnicas, posicionamentos e outros documentos e expressões de mídia, em defesa da saúde e segurança de trabalhadores e trabalhadoras, sempre que necessário e acordado entre os parceiros e parceiras componentes da Frente.

(7) Desenvolver mecanismos de fortalecimento institucional dos movimentos sociais, entidades de natureza sindical, instituições, grupos de trabalho e núcleos de estudo e pesquisa, participantes da 'Frente', com o objetivo de aumentar sua acessibilidade e competitividade no acesso a fontes de financiamento e fomento de atividades de pesquisa, de ensino e de prestação de serviços à comunidade.

(8) Articular-se com outras 'frentes' e movimentos sociais nacionais, latino-americanos e globais de escopo semelhante ou convergente, quer no campo da saúde e segurança de trabalhadores e trabalhadoras, no senso estrito, como no campo do direito ambiental do trabalho, e outras 'bandeiras' sociais relevantes.

(9) Outras a serem propostas.

Uma agenda urgente e prioritária

Desde o seu lançamento, em dezembro de 2019, quanto na elaboração do documento-base, e após discutir com os seus instituidores e apoiadores institucionais, foram definidos 19 temas e 'bandeiras de luta' prioritários, a seguir listados, os quais estão abertos para aperfeiçoamento de seus enunciados, bem como para o acréscimo de outros temas.

1 – CONTRA os contínuos ataques e ameaças de perda de direitos de proteção social no trabalho, e de direitos sociais, previdenciários e trabalhistas, que alcançam e fragilizam trabalhadores e trabalhadoras, assim como segurados da previdência social que têm sido impedidos de ter acesso aos direitos que fazem jus;

2 – CONTRA o desmantelamento do SUS, conquista social, orientada pelos princípios da universalidade de acesso, integralidade do cuidado, com equidade e participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social a todos cidadãos brasileiros;

3 – CONTRA o ataque às instituições públicas do trabalho, como a extinção do MTE e as restrições ao sistema de fiscalização do trabalho, e CONTRA as medidas que enfraquecem as instituições de pesquisa, como a Fundacentro e a Fiocruz, entre outras que produzem conhecimento na área de Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras;

4 – CONTRA a adoção de modelos de desenvolvimento e de uso de novas tecnologias que implicam perda de postos de trabalho (desemprego) sem a correspondente e obrigatória adoção de políticas compensatórias e de abertura de novas oportunidades de trabalho;

5 – CONTRA todas as formas de precarização do trabalho;

6 – CONTRA a adoção de modelos de organização e gestão do trabalho perversos e patogênicos baseados na super exploração de quem trabalha; a intensificação do trabalho baseada em aumento dos ritmos de trabalho, no aumento das horas trabalhadas e na redução de pausas e repouso; os modelos de gestão do trabalho baseados em técnicas perversas e no assédio moral; a exigência de produtividade, baseada em metas intencionalmente inatingíveis; a redução dos postos de trabalho e as demissões como prática constante de gestão e ameaças; a 'captura da subjetividade' e outras técnicas manipulatórias;

7 – CONTRA todas as formas de discriminação de trabalhadores, em bases de gênero, de orientação sexual, étnica/racial, de opção religiosa, de nacionalidade, de opção política ou partidária, idade, deficiência, condição de saúde, dentre outras;

8 – CONTRA todas as formas de trabalho infantil e de adolescentes;

9 – CONTRA todas as formas de trabalho escravo, antigas e contemporâneas;

10 – CONTRA a exposição descontrolada a substâncias químicas tóxicas nos ambientes de trabalho, especialmente a exposição a agrotóxicos, às nanopartículas e aos cancerígenos;

11 – PELA proibição imediata da retomada da exploração do amianto no estado de Goiás (Lei Estadual nº 20.514, de 16 de julho 2019), em desacordo com o que foi aprovado pelo STF, em novembro de 2017;

12 – PELA revogação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou os gastos sociais públicos, neles incluídas as rubricas da educação e da seguridade social, entre outras;

13 – EM DEFESA do fortalecimento e ampliação da atuação da Saúde do Trabalhador no SUS, conforme previsto na Lei nº 8.080/1990, em especial nos arts. 6º, 13º, 15º, 17º, 18º;

14 – EM DEFESA da efetiva implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Portaria nº 1.823/2012);

15 – PELA garantia do direito ao sigilo profissional e confidencialidade de informações dos trabalhadores, com a revogação definitiva do art. 9º. da Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.183/2018, respeitando-se códigos de ética nacional e internacionais;

16 – CONTRA a persistente e vergonhosa ocorrência de mortes evitáveis de trabalhadores e trabalhadoras, causadas por acidentes do trabalho;

17 – CONTRA a crescente incidência de sofrimento e adoecimentos relacionados ao trabalho, com destaque para o grupo das 'patologias da sobrecarga e do desgaste' (fadiga física e mental; Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – LER/Dort –; Síndrome de Burnout, e mortes por exaustão e excesso de trabalho, entre outras); e para grupo das 'patologias da solidão ou silêncio' (transtornos mentais depressivos e suicídio relacionado ao trabalho, entre outras);

18 – PELA mobilização nacional no combate da pandemia pela Covid-19, focando com grande preocupação e consternação a situação dos trabalhadores e trabalhadoras em 'atividades essenciais' de fato, e aquelas que foram agregadas por interesses econômicos e escusos;

19 – PELA constante e diuturna vigilância de outros problemas emergentes de interesse da saúde e segurança de trabalhadores e trabalhadoras, e do meio ambiente.



FRENTE AMPLA

em Defesa da Saúde dos Trabalhadores

A pandemia da Covid-19: impedimento de seu lançamento e a necessidade de iniciar suas atividades

Com as medidas de distanciamento e isolamento social e a proibição de eventos, decretadas a partir de 13 de março de 2020, não pôde ser levado adiante o plano de lançamento 'oficial' da Frente Ampla, que havia sido planejado para o dia 18 de março. O impedimento prossegue até esta data (07 de janeiro de 2021).

Contudo, a chegada da pandemia da Covid-19, com a força e a gravidade com que ela assolou o Brasil, oportunizaram a mobilização da Frente Ampla, principalmente para a proteção dos trabalhadores e trabalhadoras da 'linha de frente' nos cuidados de saúde, e outras categorias ocupacionais consideradas 'essenciais', e que não puderam seguir o isolamento social e a adoção do 'trabalho remoto'. Também, a grande parcela de trabalhadores e trabalhadoras informais foram obrigados a trabalhar, tanto em atividades públicas, de rua, quanto em trabalhos domésticos.

Para tanto, houve consenso de que a melhor forma de organizar e mobilizar as pessoas aderentes e apoiadores da Frente Ampla seria por meio da criação de 'grupos de trabalho temáticos', com objetivos de estudo e desenvolvimento de 'produtos', mais vezes no formato de 'notas técnicas', material de divulgação, promoção de eventos, e outros formatos.

Neste momento, são cinco os Grupos de Trabalho formados no âmbito da Frente Ampla, a saber:

- Direitos trabalhistas e previdenciários de trabalhadores e trabalhadoras portadores de Covid-19 relacionada ao trabalho

- Ampliação do conceito de Covid-19 relacionada ao trabalho: ações necessárias e recomendadas para avançar

- Saúde mental & trabalho
- Acompanhamento do processo legislativo da Medida Provisória nº 927 e das cláusulas críticas para a saúde e segurança de trabalhadores e trabalhadoras
- Antirracismo, inclusão, diversidade e trabalhadores migrantes e refugiados

Dos 'produtos' desenvolvidos pela Frente Ampla destacam-se:

- Nota Técnica 01/20 – Orientação sobre direitos de trabalhadoras e trabalhadores dos serviços de saúde, enquanto grupo vulnerável prioritário na pandemia da Covid-19
- Elaboração e divulgação de 11 *cards* com mensagens curtas ilustradas (com apoios externos especializados, oferecidos por cortesia)
- Nota Técnica 02/20: Análise crítica das Portarias Conjuntas nº 19 e nº 20 do governo federal que tratam de medidas de prevenção e controle do risco de transmissão da Covid-19 em locais de trabalho
- Conceituação de Covid-19 relacionada ao trabalho
- Fluxograma de reconhecimento e notificação da Covid-19 relacionada ao trabalho, publicado em julho/2020 com ampla divulgação nas redes sociais.

Relação das entidades, instituições e movimentos sociais instituidores e apoiadores da Frente Ampla (atualizada até 31 de dezembro de 2020)

- 1 – Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Paraná (ABEn-PR)
- 2 – Associação Brasileira de Ergonomia (Abergo)
- 3 – Associação Brasileira de Estudos do Trabalho (Abet)

- 4 – Associação Brasileira de Fisioterapia do Trabalho (Afracit)
- 5 – Associação Brasileira de Médicas e Médicos pela Democracia (ABMMD)
- 6 – Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)
- 7 – Associação Brasileira de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Abrastt)
- 8 – Associação Brasileira dos Expostos ao Amianto (Abrea)
- 9 – Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais (Abrato)
- 10 – Associação dos Docentes da Unesp (Adu-nesp)
- 11 – Associação dos Expostos e Intoxicados por Mercúrio Metálico (AEIMM)
- 12 – Associação Juízes para a Democracia (AJD)
- 13 – Associação Nacional de Engenharia de Segurança do Trabalho (Anest)
- 14 – Associação Nacional dos Magistrados da Justiça do Trabalho (Anamatra)
- 15 – Associação Nacional dos Procuradores do Trabalho (ANPT)
- 16 – Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB)
- 17 – Central Única dos Trabalhadores (CUT)
- 18 – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)
- 19 – Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh/Ensp/Fiocruz)
- 20 – Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador da Região dos Vales (Cerest/Vales/RS)
- 21 – Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural – Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz (DIHS/Ensp/Fiocruz)
- 22 – Departamento de Saúde Coletiva – Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (DSC/FCM/Unicamp)
- 23 – Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat)
- 24 – Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/Uerj)
- 25 – Fórum Acidentes do Trabalho (FórumAT)
- 26 – Fórum Intersindical Saúde – Trabalho – Direito (Fiocruz/RJ)
- 27 – Fórum Sindical de Saúde do Trabalhador (FSST/RS)
- 28 – Fórum Sindical e Popular de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora de Minas Gerais (FSPSTT/MG)
- 29 – Grupo de Estudos Trages (Trabalho, Gestão e Saúde/UFG)
- 30 – Grupo de Extensão e Pesquisa Trabalho e Saúde Docente (Trassado/UFBA)
- 31 – Grupo de Pesquisa ‘Os paradigmas da Enfermagem no contexto da Saúde do Trabalhador’ (ENF/Uerj)
- 32 – Grupo de Pesquisa Trabalho Escravo Contemporâneo (GPTEC).
- 33 – Instituto de Arquitetos do Brasil – Departamento de São Paulo (IAB-SP)
- 34 – Instituto Trabalho Digno (ITD)
- 35 – Instituto Lavoro
- 36 – Instituto Trabalho Digno (ITD)
- 37 – Laboratório de Saúde, Ambiente e Trabalho – Instituto Aggeu Magalhães – Fiocruz/PE (Lasat-IAM-Fiocruz/PE)
- 38 – Laboratório de Voz (LaborVox) da PUC-SP
- 39 – Laboratório Interinstitucional de Subjetividade e Trabalho (List) – Departamento de Psicologia (DPI) – Universidade Estadual de Maringá (UEM)
- 40 – Núcleo de Epidemiologia da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA (Uefs-BA)
- 41 – Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (Nest/UFRGS)
- 42 – Núcleo de Estudos Trabalho, Saúde e Subjetividade (Netss/Unicamp)
- 43 – Observatório Sindical Brasileiro – Clodesmidt Riani (OSBCR)
- 44 – Pastoral Operária
- 45 – Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia da PUC-SP
- 46 – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação (PPG-Reab/UFBA)
- 47 – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – Universidade Federal do Ceará (PPGSP/UFC).
- 48 – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho (PPSAT/UFBA)
- 49 – Programa de Promoção da Saúde, Ambiente e Trabalho (PSAT-Fiocruz/DF)
- 50 – Projeto Laborar – saúde psíquica do trabalhador (Instituto Sedes Sapientiae)
- 51 – Rede de Estudos do Trabalho (RET)
- 52 – Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública (Asfoc).

QUE ESTRATÉGIAS SÃO NECESSÁRIAS HOJE, PARA REACENDER O ‘FOGO’ DA SAÚDE DO TRABALHADOR (E NÃO SE SENTAR SOBRE AS CINZAS...)?

Resposta de Elizabeth Costa Dias (setembro/2020)

A provocação embutida na pergunta certamente terá distintas respostas. Nenhuma certa ou errada, todas refletindo os diversos entendimentos do mundo, nesse tempo histórico em que vivemos.

Penso que a essência do ‘movimento pela Saúde do Trabalhador’, que teve o protagonismo e a participação de muitos dos convidados a responder à pergunta e resultou na instituição de práticas sociais em saúde inovadoras no âmbito das organizações sociais, das instituições no âmbito do trabalho e da previdência social e na criação do SUS, está viva e pulando, ainda que sufocada por muitas adversidades. E continua preche de possibilidades.

Sem dúvida, são tempos de mudanças nos cenários no trabalho, nas políticas públicas de proteção social dos trabalhadores e trabalhadoras, nas instituições diretamente envolvidas, na esfera do trabalho, previdência, saúde e ambiente, nas universidades e institutos de pesquisa e nas organizações e representações dos trabalhadores.

Nesse contexto de mudanças radicais e contrárias aos interesses dos trabalhadores, ser um ‘movimento’ confere plasticidade e abre inúmeras oportunidades. Por isso, sempre preferi a denominação de ‘Movimento pela Saúde do Trabalhador’ à de área ou de campo. Movimento nos deixa mais livres, leves e criativos. Assim, considero o caráter instituinte como nossa maior riqueza e a chance de estar próximos e em sintonia com a realidade, como ensina Guattari.

No entanto, realizar isso no dia a dia não é tão simples, em especial no contexto da pandemia de Covid-19, e da crise sanitária, política e econômica, que nos aprisiona, assusta e paralisa. Correndo o risco de ser taxada de ingênua, alienada, desinformada, para ficar apenas nessas categorias, opto pela ousadia de buscar ver esse momento com outras lentes, buscando saídas, novas conexões e parcerias para continuar a perseguir nossas utopias.

Pertenço ao grupo dos que participaram dos inícios do movimento da Saúde do Trabalhador em nosso país, e

que acreditou que com os direitos básicos assegurados na Constituição de 1988 poderíamos nos dedicar à construção de novas práticas de saúde, no contexto da ascensão de um governo popular de esquerda.

Porém, essa desmobilização das lutas cotidianas tem custado muito caro. Foge aos objetivos e mesmo ao espaço disponível no texto, o aprofundamento desse tema, que me instiga crescentemente. São muitas as perdas recentes, impostas aos cidadãos, trabalhadores e profissionais de saúde comprometidos com as lutas pela vida e pela saúde, e acrescentaria também pelo trabalho digno para todos, pois acreditamos que ele é ou deveria ser produtor ou facilitador da vida com qualidade e de saúde. As reformas trabalhista, previdenciária e do sistema educacional, aceleradas a partir de 2017, e a asfixia planejada e crescente do SUS ferem mortalmente direitos duramente conquistados em lutas seculares dos trabalhadores.

Porém, prefiro buscar inspiração na força dos movimentos sociais que se multiplicam como expressão de força e resiliência. E é a eles que quero juntar minha contribuição na luta pela vida e Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras. A pandemia de Covid-19 tem trazido, à custa de muito sofrimento, dor e mortes precoces, oportunidades de reflexão e mudanças na vida pessoal e social que não nos permitem desanimar.

Quem poderia prever a organização dos motociclistas profissionais, duramente atingidos pela precarização do trabalho, que se tornaram pessoas-chaves na quarentena e foram responsáveis por um dos recentes exemplos de luta por condições de trabalho? Não saem das cinzas, mas são fogo puro.

Os transtornos decorrentes da pandemia ocorrem em escala planetária e têm mobilizado um esforço global para o seu enfrentamento. Mediado pelas tecnologias da informação e outras tantas, nunca se avançou tão rapidamente na produção de conhecimento sobre uma doença e nas formas de intervenção, na história humana.

No Brasil, a crise sanitária forçou a sociedade a encarar a vergonhosa desigualdade social: cerca de 100 milhões de pessoas em situação de pobreza ou indigência, flageladas pelo desemprego, a informalidade e a precarização do trabalho; a falta de saneamento básico e habitação digna no País. Essa realidade impôs a construção de remédios, com políticas emergenciais de transferência de renda, há muito demandadas, que, se não são suficientes, representam uma reviravolta nas políticas econômicas em curso até então.

Trabalhadores invisíveis se tornaram essenciais. O SUS e os trabalhadores de saúde, tão achincalhados, passaram a ser aplaudidos e a receber homenagens de reconhecimento. As pessoas de modo geral se apropriaram de tecnologias de comunicação que em outras circunstâncias estariam distantes. A questão ambiental e os efeitos das mudanças climáticas passaram a ser discutidos no cotidiano. Os custos foram e continuam altíssimos, mas não será possível voltar ao 'normal' sem considerar essas mudanças.

Creio que atingimos o patamar de aldeia global anunciado por McLuhan nos anos 1960. A epidemia de Covid-19 desvelou aspectos sinistros do modelo capitalista, em especial das políticas ultraneoliberais, mas fez emergir gestos de solidariedade e compromisso com a vida que pareciam esquecidos. Assim, não é bom ficar olhando para trás, saudosistas, lamentando as perdas ou o leite derramado. Sigamos o exemplo do povo trabalhador, marginalizado, dos excluídos sociais que persistem contra as adversidades e que não desistem da vida.

Como será esse 'novo normal'? Qual a nossa capacidade de antecipação às mudanças? Como moldá-las em benefício da humanidade? Que outro mundo é possível? Como construir instituições governamentais e o modelo econômico deem suporte a esse novo?

Somos desafiados a contribuir com o nosso melhor neste momento. Segundo Noah Harari, a Covid-19 pode ser uma virada significativa na história, pois representa uma ameaça clara e iminente, e mata rapidamente. O movimento da Saúde do Trabalhador pode se beneficiar da experiência das irrupções do inesperado na história, na expressão de Edgar Morin, e redirecionar suas lutas. Precisamos aprender a conviver com as incertezas e com os desafios da complexidade para confrontar e organizar os conhecimentos e conectá-los em rede, integrando a totalidade. Somos parte da incrível construção da humanidade. Olhemos mais longe: de onde viemos, onde chegamos e para onde vamos. Não busquemos apenas a estabilidade conhecida.

Para isso, precisamos de imaginação, criatividade, autonomia e liberdade para criar soluções novas. Segundo Morin¹, "precisamos abrir nossas mentes [...] para o essencial: a importância do amor e da amizade para nosso florescimento pessoal; para a comunidade e para a solidariedade de nossos 'eus' nos 'nossos', para o destino da Humanidade, dentro da qual cada um de nós é uma mera partícula". Busquemos a regeneração do humano sem a arrogância do antropocentrismo. Assim, estaremos vivos e caminhando no Movimento pela Saúde do Trabalhador.

1. MORIN, E. *Um festival de incerteza*. 2020. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/59773-um-festival-de-incerteza-artigo-de-edgar-morin>. Acesso em: 10 out. 2020.

Resposta de Lia Giraldo da Silva Augusto (setembro/2020)

Para responder a essa questão, tenho de ir ao túnel do tempo, recordar as histórias que permitiram o fogo, depois os supostos fatos (em minha opinião) explicam o período de cinzas, e ensaiar alguma ideia de retomada.

Para mim militante, à época do Partido Comunista Brasileiro (PCB) em São Paulo, tudo começa com um documento de 1978 da direção deste partido intitulado 'A saúde nas fábricas', inspirado certamente no livro de Giovanni Berlinguer¹ com o mesmo título, e que foi editado no Brasil posteriormente no ano de 1983 pela editora Hucitec, um dispositivo desse mesmo partido. Nessa década ainda, os intelectuais da saúde pública, que atuavam nas diversas faculdades de Medicina, nacionalmente, mas com mais força no quadrante São Paulo-Rio-Minas Gerais-Paraná, tinham criado o Cebes e a Abrasco. Nesse caminho no final da década,

a partir de 1978, seguindo a orientação partidária em modo sempre de alianças amplas, sem hegemonismos, foram iniciados debates com o movimento sindical, especialmente o paulista, culminando com a criação do Diesat. No mesmo período, o conjunto da militância médica funda um movimento denominado 'Renovação Médica', que tinha por principal objetivo deslocar as entidades médicas de seu polo mais conservador para um ambiente mais progressista e democrático para o devir de uma reforma sanitária necessária para cumprir um melhor cuidado da saúde da população. Com a ruptura na II Conferência Nacional da Classe Trabalhadora (Conclat), momento em que é criada a Central Única dos Trabalhadores, por orientação do recém-criado Partido dos Trabalhadores, essas iniciativas políticas ganham novas dinâmicas.

1. BERLINGUER, G. *A saúde nas fábricas*. São Paulo: CEBES-Hucitec, 1983.

É nesse contexto que eu me inseri profissionalmente; em praticamente todas essas frentes, sou testemunha pela história vivida, não como dirigente, mas como militante ‘pés descalços’. Também por ter escolhido, em 1978, o Vale da Morte, como era conhecido Cubatão (SP), como lugar para atuar como sanitarista, cuja formação devo ao Secretário de Saúde do Estado de São Paulo Walter Leser, que criou um curso de especialização intensivo de Saúde Pública na USP. Muitos dos sanitaristas que tiveram protagonismo na Saúde do Trabalhador paulista passaram por essa formação massiva, realizada principalmente 1976-1980, pela sábia decisão desse Secretário.

Também havia as orientações dos organismos internacionais, especialmente OIT e Organização Pan-Americana da Saúde/OMS, de onde chegavam importantes documentos que eram escritos sob a influência de *experts*, inclusive vários de esquerda, que atuavam na Europa, nas Américas do Norte, Central e do Sul.

Com frequência, esses dois movimentos tinham profunda intersecção, mas havia também discordâncias. A Saúde do Trabalhador nasce da ebulição das ideias e ações produzidas nesse caldeirão de alianças em que, no Brasil, o PCB soube amalgamar. Essas contingências foram o que possibilitou a florescência das extraordinárias experiências em Saúde do Trabalhador no âmbito Sindical e na rede pública de saúde, desde o começo da década de 1980.

Um paradoxo se observa e que requer análise profunda, a partir de um pensamento crítico, suprapartidário, se possível com os atores políticos dessa

história, para compreender o que sucedeu após os anos 2000, período em que a chama começa a desvanecer, dando lugar progressivamente às cinzas dos tempos atuais.

Meu sentimento é de que houve, entre outras, as seguintes circunstâncias: domesticações do processo político e da própria saúde pública; pragmatismos do movimento social justificado pela ‘governabilidade’; hegemonismos dentro da própria esquerda; falta de compreensão do capitalismo contemporâneo e por isto ausência de estratégias ao menos reformistas; descompassos na compreensão das mudanças globais: tecnológicas, dos processos produtivos e da organização do trabalho; dos fluxos de mercado, da intensificação dos rentismos; do agravamento da crise ambiental, que já se adivinhava desde a década de 1970, em que o campo da saúde coletiva permanece atrasada em sua forma de atuação, especialmente pela fragmentação não superada, embora tenha inscrito a integralidade na Constituição Federal de 1988 como um de seus princípios.

Nesses últimos tempos, surgiram outros atores protagonistas, na condição de sujeitos, outras formas de compreender os problemas de saúde em geral e dos trabalhadores e trabalhadoras em especial. Os contextos, as iniquidades, as singularidades parecem apontar para um tempo de novas heurísticas e ações políticas. As perguntas que não calam e insistem são: o que fazer? Como fazer? Com quem fazer? E as respostas pode ser esta sintética: ‘o caminho se faz ao caminhar’. A iniciativa deste almanaque pode ser um instrumento para um processo inaugural, vamos debatê-lo!

Foto: Mídia Ninja



10

SAÚDE E TRABALHO

EM SITUAÇÃO EXTREMA

DE CRISE SANITÁRIA E ECONÔMICA

Coordenação

Rosângela Gaze & Eguimar Felício Chaveiro

DOI: 10.5935/978-65-87037-01-1.13



SAÚDE E TRABALHO EM SITUAÇÃO EXTREMA DE CRISE SANITÁRIA E ECONÔMICA

*Rosângela Gaze
Eguimar Felício Chaveiro*

‘Saúde e trabalho em situação extrema de crise sanitária e econômica’ é um bloco de dez ensaios escrito por autores agregados no desejo de apontar rumos entrelaçados à alma trabalhadora na luta por políticas públicas de saúde substantivas. A alma trabalhadora em nosso bloco tem láureas de todas as cores, roupagens, histórias, estudos, raças, gêneros, origens, classes... A alma

trabalhadora tecida em letras tem afeto pelo suor do trabalho e pelas lágrimas das perdas e das dores. A alma trabalhadora foi desenhada a lápis, como no esboço do artista, para que o corpo trabalhador construa um novo caminhar ensolarado na justiça e solidariedade. Retratamos este caminhar de lutas, conquistas e emoções em poesia, pois o sumário não basta à alma trabalhadora.

Almas estilhaçadas por perdas

Afagos distanciados
Legislações que disfarçam a ditadura
Múltiplas curvas sem faces trabalhadoras
Abandonos

Trabalhadores invisíveis
Ramazzini e Semmelweis esquecidos
A história desprezada
Busca pelo que se perde
Afeto e garra
Luta para conquistar
Humanidade ameaçada
Abandonos
Direitos suprimidos
Opressão
Rotas transnacionais da pandemia
Abandonos

Novas caras da morte
Abandonos

Política do necrocapital
Abandonos
Negacionismo
Direitos perdidos
Economia da necropolítica
Mineração mortal
Indiferença pandêmica
Abandonos

A COVID-19 TRILHA AS ROTAS DAS CADEIAS PRODUTIVAS

Rosângela Gaze

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Eguimar Felício Chaveiro

Prelúdio

Nos últimos tempos, procura-se compreender as variações de casos e mortes na pandemia. Formulam-se hipóteses, entre outras, sobre a constituição genética, grupos sanguíneos, imunidade natural, comorbidades, estratégias de testagem, medidas de distanciamento social e barreiras mecânicas ao contágio. Muito comentadas, transformam cada um de nós em técnicos de saúde pública; e, como no futebol, todos têm um palpíte.

A oposição falaciosa saúde *versus* economia ocupou espaço na mídia desde os primeiros momentos da pandemia. Nem bem se publicava o alerta da Organização Mundial da Saúde (OMS) de elevação máxima do grau de risco internacional do novocoronavírus¹, a queda mundial nas bolsas de valores ocuparia as principais manchetes². A resistência dos governantes brasileiros, pressionados pela elite empresarial, às medidas de distanciamento social traduziu-se em progressão exponencial de casos e mortes e propagação do Sars-Cov-2 para quase todo o País.

Falas e atitudes desafiadoras às recomendações da OMS, minimização da gravidade, incentivos a aglomerações, prescrição de placebo (cloroquina) que pode ter contribuído para óbitos, demissão de dois ministros da saúde e interinidade de militar por meses, afrouxamento ‘aleatório’ de quarentenas levam à suposição de que o Brasil se transformou em paraíso ao espalhamento da Covid-19³.

A apreensão com trabalhadores informais, tradicionalmente invisíveis às elites, ocupa agendas políticas, econômicas e sociais. A concessão de auxílio aos trabalhadores autônomos e de baixa renda gerou medidas provisórias, pauta sessões do legislativo e frequente conversas nem sempre ‘generosas’ nas *lives* sociais. O que pouco se comenta é a intenção nada ‘humanitária’ de salvar o Produto Interno Bruto (PIB) nacional.

O setor informal da economia no Brasil, em 2019, movimentou R\$ 1,2 trilhão (17,3% do PIB), “segundo o Índice de Economia Subterrânea (IES), divulgado pelo Instituto Brasileiro de Ética Concorrencial-ETCO e Instituto Brasileiro de Economia/FGV”⁴.

Neste ensaio, abordam-se questões menos popularizadas sobre ‘relações perigosas’ entre o capital e a Covid-19 no neoliberalismo. Toma-se como pressuposto que o vírus segue as rotas de cadeias produtivas transnacionais da economia globalizada.

Em todos os setores produtivos, este vírus (e possivelmente outros coronavírus e vírus *influenza*) aproveita-se dos processos de trabalho com aglomerações de trabalhadores (linhas de produção) ou pessoas em geral (centros comerciais).

O encadeamento das ideias inclui o trabalho nas relações saúde-doença durante a pandemia, dialogando com referenciais da Saúde do Trabalhador (ST), ilustrando e comparando com notícias atuais e da gripe espanhola sobre a ocorrência de surtos em fábricas. Aponta vazios do Estado, lacunas dos sistemas oficiais de monitoramento de agravos e resistência à superação de paradigmas científicos.

Vislumbrando um enfrentamento alongado da pandemia, em um poslúdio, aborda o afloramento espontâneo de movimentos sociais que se assemelham aos “sítios simbólicos de pertencimento”⁵.

Interlúdio

Evidências estatísticas são suficientes para compreender a trajetória e projetar tendências de arrefecimento ou ascensão, de eclosão ou supressão de casos da Covid-19. Todavia, a pandemia caracteriza-se por incertezas e achados cotidianos que desafiam o conhecimento acumulado e suscitam a superação de dogmas científicos. “Nas ciências, a maior parte das descobertas de fatos inesperados e todas as inovações fundamentais da teoria são respostas a um fracasso prévio usando as regras do jogo estabelecido”⁶.

A metamorfose do mundo do trabalho – ‘reinvenção dos negócios’, segundo os capitalistas – desenvolve-se em velocidade astronômica, assenta-se em análises complexas do mercado financeiro mundial, acesso a informações ‘privilegiadas’ (planos governamentais, ‘saúde’ de grandes empresas...) e não dispensa o ‘tino’ dos proprietários.

O mundo dos negócios, ao prevenir redução de lucros, redesenha investimentos, produtos, fachadas e

1. FELIX, P., et al. OMS admite erro e eleva um risco global de coronavírus: mortes chegam a 106. *Estadão*. 27 jan. 2020. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral/oms-diz-que-come-teu-erro-e-classifica-como-elevado-risco-internacional-do-coronavirus.70003174716>. Acesso em: 21 dez. 2020.

2. O ESTADO DE SÃO PAULO. Mercado teme coronavírus e Bolsas desabam pelo mundo; dólar tem alta. *Estadão*. 27 jan. 2020. Disponível em: <https://economia.estadao.com.br/noticias/geral/avanco-do-coronavirus-deruba-mercados-em-todo-o-mundo.70003174442>. Acesso em: 06 jan. 2020.

3. VASCONCELLOS, L. C. F., et al. O afrouxamento da quarentena é ótimo! ‘Atualize-se em tempo de coronavírus’-MVisat. Disponível em: https://48209fd4-9e54-4385-b-712-c09bfc7c2b87.filesusr.com/ugd/15557d_5bbe8223961e-43d897b5a506386b7e66.pdf. Acesso em: 21 dez. 2020.

4. INSTITUTO BRASILEIRO DE ÉTICA CORRENCIAL. *Estudo do ETCO e do Ibre/FGV acompanha o mercado informal no País*. Disponível em: <https://www.etc.org.br/projetos/economia-subterranea/>. Acesso em: 21 dez. 2020.

5. ZAOUAL, H. O *homo situs* e suas perspectivas paradigmáticas. *OIKOS*, v. 9, n. 1, p. 13-39, 2010. Disponível em: <http://www.revista-oikos.org/seer/index.php/oikos/article/viewFile/196/126>. Acesso em: 06 jan. 2020.

6. KUHN, T. A função do dogma na investigação científica. Disponível em: https://acervodigital.ufr.br/bitstream/handle/1884/29751/Kuhn_A%20Func%20do%20dogma%20na%20investigacao%20cientifica.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 21 dez. 2020.

7. MULTIPLICADORES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR. *Atualize-se em tempo de coronavírus*. Disponível em: <https://www.multiplicadores-devisat.com/atualize-se-em-tempo-de-coronavirus>. Acesso em: 21 dez. 2020.

8. ALMEIDA, I. M. Covid-19 como doença relacionada ao trabalho. *Opinião, MVisat*. 20/07/20. Disponível em: https://48209fd4-9e54-4385-b712-c09bfc7c2b87.filesusr.com/ugd/15557d_8e7e7e0e9e1440a3b47f0bbc2b90f6c3.pdf. Acesso em: 21 dez. 2020.



Foto: Marcelo dos Santos/Fotos Públicas

locais de produção; comportamento da elite financeira transnacional desde o primeiro caso/óbito em Wuhan, China, na última semana de 2019.

A reconfiguração ‘dos negócios’ como fator condicionante no espalhamento do vírus contribui para a origem-gatilho e para o surgimento de novos casos.

O modelo clássico de contágio, nos espaços comunitários de moradia e convivência social, exclui a propagação nos espaços de trabalho e não se encaixa ao das rotas reais de propagação. Revelados em diversos países, surtos em comerciários, trabalhadores da logística, motoristas de aplicativos, operários da indústria de eletrônicos, frigoríficos, mineradores, operadores de telemarketing são evidentes⁷.

Contágio comunitário, sem a questão do trabalho, retrata a habilidade do capital em influenciar formadores de opinião e desviar a atenção das aglomerações nas fábricas. Está moldado para servir às elites capitalistas. Muniz indaga “*É possível provar que esses casos tenham origem comunitária, não relacionada ao trabalho? A resposta óbvia é não*”⁸. Nessa linha, questiona-se: pode-se negar o contágio em linhas de produção com cerca de 300 trabalhadores em espaços sem ventilação por 8 horas diárias?

Eventualmente, ‘bodes expiatórios’ (temperatura/umidade dos frigoríficos, barulho de máquinas que exigem da voz expelir mais gotículas, moradias precárias) são artimanhas para retirar responsabilidades das empresas. Argumentos equivocados reforçam que contrair a Covid-19 é um azar, um ‘infortúnio’⁹. Ao contrário do que se veicula na mídia, a reformulação de plantas de produção e a reestruturação produtiva a favor do trabalhador são

factiveis, e os frigoríficos são meros exemplos de péssimas condições de trabalho entre os setores produtivos de empresas nacionais e transnacionais.

Arouca¹⁰, em 1975, já apontava as fragilidades de um modelo de história da doença em que desaparece a articulação da medicina com a sociedade. O modelo precisa ser ajustado à realidade da pandemia sob a ótica e a ética da inclusão do trabalho nos algoritmos de propagação e monitoramento dos agravos.

O modo de espraiamento da Covid-19 encaixa-se em uma ‘cadeia’ de eventos com rotas de propagação múltiplas e complexas¹¹. As medidas de contenção da pandemia – barreiras físicas de contágio pessoa a pessoa, centradas no indivíduo –, embora eficazes e as únicas disponíveis no atual estágio de conhecimento, são frágeis no controle efetivo do surto. A razão é o ‘foco’ do vírus estar no trabalho, seja nas fábricas, ruas, centros comerciais, minas, entregas...

Vítimas da Covid-19 seguem a rota dos setores de produção e reprodução do capital. No setor de comércio, por exemplo, o isolamento social em centros urbanos empurrou as vendas diretas para o *e-commerce*, levando ao crescimento exponencial das empresas de logística e entrega de encomendas; casos de Covid-19 ‘migraram’ dos lojistas para os ‘colaboradores’ de empresas de logística¹².

A migração de linhas de produção para localidades nas quais a fiscalização das condições de trabalho é mais precária, na pandemia, ‘preserva’ a negligência com a saúde dos trabalhadores, valendo-se do medo da denúncia devido ao desemprego¹³. Ilustra esse aspecto a expansão

9. MOTA, M. V. Covid-19 se alastra em frigoríficos e põe brasileiros e imigrantes em risco. *BBC News Brasil*. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53477319>. Acesso em: 21 dez. 2020.

10. AROUCA, A. S. S. O Dilema preventivista contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975. Disponível em: <https://teses.icict.fiocruz.br/pdf/aroucaass.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2020.

11. GAZE, R. *Pandemia para além da sifonia*. ‘Atualize-se em tempo de coronavírus’-MVisat. Disponível em: https://48209fd4-9e54-4385-b-712-c09bfc7c2b87.filesusr.com/ugd/15557d_77f9f97b6e6a-438d8b2ea7a00f2e3a49.pdf. Acesso em: 21 dez. 2020.

12. GAZE, R. *Uma selfie para Jeff Bezos*. ‘Atualize-se em tempo de coronavírus’-MVisat. Disponível em: https://48209fd4-9e54-4385-b-712-c09bfc7c2b87.filesusr.com/ugd/15557d_c9e0c21a199141a-996fc4a1940e45f.pdf. Acesso em: 21 dez. 2020.

13. GAZE, R. *Pequeno circo íntimo*. Opinião, MVisat, 15/05/20. Disponível em: https://48209fd4-9e54-4385-b-712-c09bfc7c2b87.filesusr.com/ugd/15557d_f9e815f-1553748a7847134f2b29bcc2.pdf. Acesso em: 21 dez. 2020.

14. SINGH, M. *Amazon launches food delivery service in India*. 21 maio 2020. Disponível em: <https://techcrunch.com/2020/05/21/amazon-launches-food-delivery-service-in-india/>. Acesso em: 21 dez. 2020.

15. GAZE, R., et al. *Mistério ou respeito aos direitos humanos? China colocou em quarentena operários da indústria eletrônica... na primeira semana de fevereiro de 2020*. ‘Atualize-se em tempo de coronavírus’-MVisat. Disponível em: https://48209fd4-9e54-4385-b-712-c09bfc7c2b87.filesusr.com/ugd/15557d_75564d259416460e-80d144a6e4bd952d.pdf. Acesso em: 21 dez. 2020.

16. GAUCHAZH. Operários chineses serão postos em quarentena em fábrica gigante de iPhones. *Gauchazh*. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/mundo/noticia/2020/02/operarios-chineses-serao-postos-em-quarentena-em-fabrica-gigante-de-iphones-ck6are5n403b01nwdkkipq8l.html>. Acesso em: 21 dez. 2020.

internacional da gigante de logística na entrega de refeições (Amazon Food) na Índia¹⁴.

O debate sobre atividade essencial é fator a considerar nos elos de transmissão do vírus. Na China, *lockdown* em Wuhan/Hubei estendeu-se às indústrias não essenciais. O que sucedeu na Foxconn (transnacional taiwanesa de Iphones)¹⁵ em Zhengzhou/Henan, vizinha à Província de Hubei, valeu para cerca de 1 milhão de operários nas 30 fábricas chinesas que guardaram quarentena até 9 de fevereiro de 2020. Líder mundial na montagem de eletrônicos, da qual dependem fábricas de televisores, celulares e *laptops*, a Foxconn tranquilizou clientes, revisou metas de crescimento (3%-5% para 1%-3%) e manteve-se inoperante até a suspensão das medidas preventivas pelas autoridades chinesas¹⁶.

O governo brasileiro negacionista e as elites financeiras transnacionais garantiram as atividades em diversas cadeias produtivas, entre elas, a de eletrônicos. A unidade da Foxconn Jundiá (SP) tem cerca de 1.500 funcionários¹⁷. Difícil classificar esse setor produtivo como essencial, mas seus produtores alegam que houve aumento da demanda pelo *home office*. Ainda assim, medidas de contenção – por exemplo, espaçamento de postos de trabalho, rodízio de equipes, diminuição de ritmos, aumento de efetivos, uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) e Equipamento de Proteção Coletiva (EPC) – não foram aplicadas, pelo menos não com essa amplitude.

O perfil produtivo da cidade industrial Jundiá é diversificado pela presença, entre outras, de empresas de tecnologia, logística, armazéns, telemarketing, transportadoras, indústria alimentícia, bebidas, autopeças, metalurgia, borracha, plásticos, embalagens, materiais de construção, química, papelaria, *lingerie* etc.

Os operários de Jundiá que garantem o 16º PIB per capita do estado de São Paulo (em 2017) e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) muito alto (0,822)¹⁸ estão rapidamente se materializando, com suas famílias, em curvas. O primeiro caso ocorreu em 28 de março; e a primeira morte por Covid-19, em 8 de abril. Em 7 de agosto de 2020, contava 314 mortes e 7.658 casos de Covid-19 para 418.962 habitantes¹⁹.

Destaque-se que, sendo polo produtivo, muitos de seus trabalhadores residem em outras localidades. Quantos desses terão morrido nos locais que habitam?

A fase vermelha de bloqueio à aglomeração em Jundiá proibia, por exemplo, funcionamento de teatros/cinemas, restaurantes/bares, *shoppings* e espaços públicos; e permitia atividades “industriais e cadeia produtiva”, “Importação, exportação, logística e transportes”²⁰. Infere-se, desses critérios, a diferença entre as medidas de contenção da pandemia adotadas na China e no Brasil.

Relato de operário da Foxconn Jundiá¹⁷ mostra o sofrimento anônimo de trabalhadores da ‘linha de frente do necrocapital’:

Medo, é esse o sentimento de quem trabalha em serviços essenciais quando enfrenta o mundo externo da pandemia. Conheço bem o sentimento. Com um detalhe: não trabalho em serviços essenciais. Trabalho em uma planta fabril da Foxconn na cidade de Jundiá (SP). Sim, a empresa de origem taiwanesa que fornece componentes, material semipronto e pronto para marcas como Dell, Asus e Apple. Trabalhar num ambiente fabril neste momento em que o coronavírus se espalha rapidamente é deveras estafante. Qualquer ambiente com aglomeração pode espalhar o vírus. Mais de 80% das indústrias da cidade não pararam. Na Foxconn, há alguns agravantes, que, entre outras controvérsias, foi palco de dezenas de casos de suicídios em suas plantas na China continental em 2010. [...] Manter a fábrica funcionando é um atentado à saúde e, possivelmente, levará a vida de um ou mais funcionários. A troca do cumprimento de contratos, de dinheiro.

A ‘gripezinha’ já foi a *Influenza* Espanhola. Em setembro de 1918, eclodiam os primeiros casos da Espanhola no bairro da Fábrica (de tecidos) Santa Rosália em Sorocaba (SP), a 85 km de Jundiá, posicionada entre as cidades ‘modernas’ à custa da deterioração das condições de vida e trabalho do operariado têxtil²¹.

Os debates e conflitos sobre a interrupção das atividades na Santa Rosália e em outras têxteis sorocabanas eram intensos. Eduardo Pirajá, médico da fábrica, em atitude dúbia, subscrevia parecer de colegas favorável ao fechamento temporário das fábricas, enquanto dizia: “Tomei a responsabilidade de concordar com o trabalho [...] por não considerar aglomeração o trabalho de uma fábrica, onde os diversos grupos de operários se dividem por várias seções do serviço, em compartimentos diversos e muito amplos [...]”²¹⁽⁴⁴²⁻³⁾.

As elites empresariais e financeiras agradeceram. E a Espanhola deixou saldo de 300 mortes em Sorocaba. Relatórios oficiais registraram 8.213 casos de gripe e 142 óbitos nos cerca de 39 mil habitantes²¹⁽⁴⁴⁴⁾.

Operários de outras cidades²²⁻²⁴ formaram grande parcela das vítimas da pandemia da Espanhola, e a produção foi interrompida por não haver mão de obra disponível.

A Covid-19, assim como a *Influenza* Espanhola, propaga-se em ambientes com aglomerações de pessoas. ‘Não importa’ se a fábrica produz carnes ou celulares, o que importa é que produz vítimas. Em 1918 e agora em 2020, a história se repete.

A propagação da Covid-19 em ambientes e processos de trabalho pode ser comprovada pelo Sequenciamento Genômico Completo (SGC), técnica de alta confiabilidade incorporada à rotina de laboratórios nacionais de virologia molecular. O vírus, ao ‘pular’ de uma pessoa

17. GHEDIN, R. Foxconn de Jundiá (SP) não libera funcionários na pandemia mesmo batendo recordes de produção. 02/04/20. Disponível em: <https://manualdousuario.net/foxconn-coronavirus/>. Acesso em: 21 dez. 2020.18.

18. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Em 2017, São Paulo (SP) tinha o maior PIB e Paulínia (SP), o maior PIB per capita do país. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/26396-em-2017-sao-paulo-sp-tinha-o-maior-pib-e-paulinia-sp-o-maior-pib-per-capita-do-pais>. Acesso em: 21 dez. 2020.

19. BRASIL. COVID-19 no Brasil. Disponível em: <https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19/html/covid-19.html>. Acesso em: 21 dez. 2020.

20. KNUPP, L. CORONAVÍRUS Fase vermelha: o que abre e fecha em Jundiá a partir de segunda (6). *Tribuna de Jundiá*. Disponível em: <https://tribunadejundiai.com.br/saude/coronavirus/fase-vermelha-o-que-abre-e-fecha-em-jundiai-a-partir-de-segunda-6/>. Acesso em: 21 dez. 2020.

21. DALL'AVA, J. P., et al. A gripe espanhola em Sorocaba e o caso da fábrica Santa Rosália, 1918: contribuições da história local ao estudo das epidemias no Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 24, n. 2, p. 429-446, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v24n2/0104-5970-hcsm-24-2-0429.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2020.

22. HONORATO, M. Gripe espanhola de 1918 provocou caos e fez milhares de vítimas em Alagoas. *Gazetaweb*. Disponível em: <https://gazetaweb.globo.com/porta1/noticia/2020/03/gripe-espanhola-de-1918-provocoou-caos-e-fez-milhares-de-vitimas-em-alagoas-101204.php>. Acesso em: 21 dez. 2020.

23. VEIGA, E. São Paulo já parou antes: gripe espanhola teve saques e cemitério 24h. *UOL*. Disponível em: <https://tab.uol.com.br/noticias/redacao/2020/03/14/presidente-donente-mortos-insepultos-como-foi-a-gripe-espanhola-no-brasil.htm>. Acesso em: 21 dez. 2020.

24. CÂMARA, R. S. A Gripe Espanhola nos jornais de 1918: como o coronavírus repete o passado. *Poder360*. Disponível em: <https://www.360mendonos.com/especial/gripe-espanhola-1918>. Acesso em: 21 dez. 2020.

25. GAZE, R. Ônus da prova é do patrão. ‘Atualize-se em tempo de coronavírus’ - MVisat. Disponível em: https://48209fd4-9e54-4385-b712-c09bfc7c2b87.filesusr.com/ugd/15557d_90d08bb2a0bd-4f3a883e80e18db036e4.pdf. Acesso em: 21 dez. 2020.



Hospital de campanha durante a gripe espanhola, 1918.

a outra, ‘registra’ o material genético de cada pessoa. Grosso modo, o SGC, aliado à investigação (entrevista e coleta de material) caso a caso, permite identificar a trajetória do vírus de pessoa a pessoa (vejam investigações na Alemanha²⁵, Japão²⁶ e Hong Kong²⁷).

A utilização do SGC na comprovação de nexos causal²⁵ pode e deve ser solicitada ao empregador em ações judiciais visando garantir direitos aos trabalhadores em caso de infecções adquiridas em ambientes e processos de trabalho em todos os setores produtivos. A ST, ao incorporar o SGC na elucidação da transmissão ocupacional da Covid-19, agrega relevante diferencial a favor dos direitos humanos e dos trabalhadores.

Poslúdio

Um novo rumo por iniciativas nascidas da dor em organizações da sociedade civil no Brasil e na Itália toma as rédeas para a construção da “manhã desejada”²⁸.

Relatos de motoristas e pedaisistas de aplicativos que participaram d’O Breque dos Aplicativos comovem! O movimento espontâneo e organizado de paralização nacional no 1º de julho de 2020 tomou proporções inesperadas e desejadas. O processo de precarização do trabalho na fala desses trabalhadores é tocante. A conscientização política é plasmada na dor; a busca de informações parte das vivências cotidianas; expõe opiniões com lastro no sofrer, saber e viver...²⁹.

Alinhados ao movimento dos entregadores, estudantes do Curso de Artes Visuais da Universidade Federal de Minas Gerais divulgaram carta, em 15 de julho de 2020, convidando colegas e entidades a se

unirem aos entregadores. Destaca-se a centralidade da união estudantes-trabalhadores³⁰.

O Painel Unificador Covid-19³¹ lançado por favelas no Rio de Janeiro, com apoio da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e de agentes internacionais, contabiliza casos e mortes considerando sintomas autodeclarados. Alguns órgãos públicos³¹ distorcem normas³² (nacionais e internacionais) e se apoderam de dados públicos.

Da Itália, emerge o ‘NOI Denunceremo’³³ (‘Nós denunciaremos’) para as vítimas de Covid-19 visando apurar responsabilidades, negligências e julgamento de possíveis acusados, na condução da pandemia em regiões industrializadas³⁴. Trabalhadores de algumas dessas fábricas de bens supérfluos realizaram greves espontâneas em março de 2020³⁵, sob o lema ‘Nossa saúde antes dos seus lucros’.

Esses quatro movimentos sociais ilustram o conceito de “sítio simbólico de pertencimento”⁵. O “sítio” é uma entidade imaterial, de início invisível, fugaz, perceptível por nuances, vestígios que são deixados no espaço visível, no cotidiano da organização social, cultural, arquitetônica. É o *locus* que estabiliza comportamentos no “caos da ordem social”, em que o “*bomo oeconomicus*”, adaptado às matrizes do neoliberalismo, perde território para o “*bomo situs*”, desenhado por Zaoual como “refinado compositor” que emana da luta e resistência às pressões e contribui para conter o avanço de um modelo que avança sobre a dignidade no trabalho.

Que os trabalhadores caminhem para o fortalecimento de seus sítios simbólicos de pertencimento!

26. AGÊNCIA O GLOBO. Surto de Covid-19 no navio Diamond Princess foi iniciado por uma única pessoa. Agência O Globo. Disponível em: <https://www.emaisgoias.com.br/surto-de-covid-19-no-navio-diamond-princess-foi-iniciado-por-uma-unica-pessoa/>. Acesso em: 21 dez. 2020.

27. CHEUNG, H. Por que ‘terceira onda’ de covid-19 em Hong Kong é alerta para o mundo. BBC News. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-53609113>. Acesso em: 21 dez. 2020.

28. GONZAGUINHA, E. Vamos À Lufa. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/gonzaguinha/259335/>. Acesso em: 21 dez. 2020.

29. ZAMILIANO, 80 – Breque dos Entregadores de Aplicativo. *Revolushow*, 07/07/20. Disponível em: <https://revolushow.com/80-breque-dos-entregadores-de-aplicativo/>. Acesso em: 21 dez. 2020.

30. ESQUERDA DIÁRIO. ‘Nos unamos aos entregadores’, diz carta dos estudantes de Artes Visuais da UFMG. *Rede Internacional*. Disponível em: <http://www.esquerdadidiario.com.br/Nos-unamos-aos-entregadores-diz-carta-dos-estudantes-de-Artes-Visuais-da-UFMG>. Acesso em: 21 dez. 2020.

31. SCHMIDT, S., et al. Favelas contestam dados oficiais de mortes pelo coronavírus em comunidades do Rio e criam painel próprio. *Yahoo Notícias*. Disponível em: <https://br.noticias.yahoo.com/favelas-contestam-dados-oficiais-mortes-073005264.html>. Acesso em: 21 dez. 2020.

32. GAZE, R. *Omissão de notificação de doença* (4). ‘Atualize-se em tempo de coronavírus - MVisat’. Disponível em: https://48209fd4-9e54-4385-b712-c09bfc7c2b87.filesusr.com/ugd/15557d_d64574a32fb-d4765a1390911ba1b31c8.pdf. Acesso em: 05 mar. 2021

33. NOI DENUNCEREMO. *Noi Denunceremo – Verità e giustizia per le vittime di Covid-19*. Disponível em: <https://www.noidenunceremo.it/>. Acesso em: 21 dez. 2020.

34. GRAGNANI, J. Queremos respostas: os parentes de vítimas da covid-19 na Itália que foram à Justiça contra autoridades. *BBC News*. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-53397353>. Acesso em: 21 Dez. 2020.

35. GAZE, R. *Estatísticas: falácia, omissão, hipocrisia? O trabalho cruelmente desconsiderado*. ‘Atualize-se em tempo de coronavírus - MVisat’. Disponível em: https://48209fd4-9e54-4385-b712-c09bfc7c2b87.filesusr.com/ugd/15557d_57b62ae3bea-541d6b4bfc46b68151b22.pdf. Acesso em: 21 dez. 2020.

VALORES CIVILIZATÓRIOS NA ATUAL TURBULÊNCIA: OS ESPAÇOS DE SEMPRE^{1,2}

Nelson Rodrigues dos Santos

Conexões

1. Adaptado de texto de apoio à palestra de abertura do 5º Congresso Paranaense de Saúde Pública. Instituto Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (Inesco), 15/07/20. Leia na íntegra em MVisa/Covid-19: https://48209fd4-9e54-4385-b-712-c09bfc7c2b87.filesusr.com/ugd/15557d_4692f99051d-04d32b88caca79be16a2e.pdf.

2. SANTOS, N. R. A Covid-19 e o SUS: algumas reflexões e instigações. Processo civilizatório versus recaídas obscurantistas. Abrasco. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/09/Artigo-Nelsao-pdf>. Acesso em: 21 dez. 2020.

3. MBEMBE, A. A era do humanismo está terminando. Revista IHU on-line. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/186-noticias/noticias-2017/564255-achille-mbembe-a-era-do-humanismo-esta-terminando>. Acesso em: 12 jan. 2020.

4. GALINDO, J. C. Byung-Chul Han, o filósofo coreano que ataca as redes e se tornou viral. El País. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2018/02/09/cultura/1518178267_725987.html. Acesso em: 12 jan. 2020.

5. HANCOCK, J. R. Jaron Lanier, pioneiro da internet, quer que você largue as redes sociais. El País-Brasil. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2018/08/28/tecnologia/1535463505_331615.html. Acesso em: 12 jan. 2020.

6. MOURA, A. O mundo, o trabalho e o sindicalismo em tempos de sociedade hiperconectada. Disponível em: https://www.linkedin.com/pulse/o-mundo-trabalho-e-sindicalismo-em-tempos-de-sociedade-moura?trk=public-profile_article_view. Acesso em: 06 jan. 2020.

1. O eficaz engendramento, nos últimos 30 anos, de crescente formulação e comunicação midiática do ‘mito mercado e lucro’ como centro gerador e mola propulsora do desenvolvimento econômico-social, organizador da macroeconomia e gerador da história ‘acima’ dos controles estatais, parlamentares, da sociedade organizada e da cidadania. Nessa formulação e comunicação midiática, há um componente ortodoxo sectário intelectualmente constrangido; e pior, outro componente, ideológico e estratégico, de uso e controle da inevitável aspiração de ascensão social das classes médias. Achille Mbembe³⁽²⁸⁾ alude à

Primeira teologia secular global: o formato da hegemonia do capital financeiro sobre o mundo a partir dos anos 80, que transforma a política em negócio, colocando em risco a possibilidade da política e gerando um anti-humanismo de desprezo pela democracia.

2. Existência de ‘macroembuste’, que submete parte da nossa sociedade e a desafia à permanente vigilância e controle do conjunto da sociedade sobre os aparelhos do Estado. Nem o mercado nem a economia são ‘descobertas científicas’ inalteráveis e inalcançáveis pela cidadania, senão expressão numérica das relações entre segmentos e representações sociais, estudadas e definidas no campo da história, antropologia e ciências humanas e sociais.

3. A inimaginável concentração de riqueza, renda e do processo produtivo e distributivo acompanhou o avanço revolucionário no campo tecnológico – informática, plataformas de aplicativos, automação, robótica, nanotecnologia, ‘uberizações’ –, antecipando previsões de crescente obsolescência/dispensa do trabalho braçal, presencial, transporte ao trabalho e, mesmo, parte do trabalho cerebral. Em tempo real, 24 horas on-line, esse processo, ao contrário de liberar trabalhadores, vem reduzindo rendimentos de autônomos e assalariados, levando ao ‘produtivismo’ exacerbado e cruel.

À exacerbação da concentração do grande capital, ‘Byung Chul Han’⁴ destaca a “individualização no processo de trabalho e as pessoas se transformando em máquinas de maximização de desempenho e empresárias de si mesmas”, e que “a esmagadora maioria acaba compondo sociedade de depressivos e fracassados”.

4. Integrantes desse processo global – Google, Apple, Facebook, Amazon, Microsoft, Instagram, Twitter, WhatsApp e outras – cobrem 24 horas bilhões de usuários em perfis: social, profissão, gênero, idade, desejos, frustrações, expectativas etc., que, isolados, intensificam conexões. Esse núcleo articula anunciantes (empresas de produtos, partidos políticos, difusores de *fake news* etc.).

Segundo Jaron Lanier⁵, há a possibilidade desses bilhões “assemelharem-se a animais de laboratório para os anunciantes”. No seio da lógica da acumulação do grande capital e como parte dele, esse núcleo realiza estratégias globais hegemônicas que, segundo Aristogiton Moura⁶, impelem partidos a transformarem-se em clubes eleitorais; governos a nacionalismos predatórios da representatividade; e sindicatos à ‘uberizações’ e novos corporativismos.

Moura indaga: como intervir na transição para nova convivência entre o mundo real (off-line) e o virtual (on-line) e como estruturar o espaço individual e coletivo de ‘autônomos’, comprometido com os direitos humanos e lembrando que o capital permanece dependente do trabalho?⁶

5. A voraz expansão do modelo macroeconômico dominante, e seu mundo digital, para além das relações de trabalho e concentração da renda e riqueza impacta as relações sociais (pais/filhos, professores/alunos). Desavisados, acrílicos do mundo virtual ou nele mergulhados, assoberbados pelo produtivismo, não conseguem barrar crianças e jovens mergulhados no mundo virtual, com as ansiedades e fantasias próprias da idade para esse ‘outro’ mundo, elevando assustadoramente a angústia, depressão e suicídio nessa faixa etária.

Dilemas

1. Pensadores e lideranças políticas – Noam Chomsky, Alvaro Linera, Davi Adler, Bernie Sanders – repudiaram, na Internacional Progressista, a transformação do mundo financeiro em grande cassino e o burocratismo corporativista e populista despótico do Estado. Defendem sociedades democráticas, sustentáveis, inclusivas e plurais, com regulamentação financeira social nos Estados democráticos.

2. Piketty⁷ reconhece que o primeiro impacto da Covid-19 na economia planetária elevará a desigualdade entre nações e estratos sociais, mas com potenciais de reversão porque:

A) Impera o fluxo global do capital com livre trânsito, com destino para países com menor tributação do capital e paraísos fiscais. Sem um padrão comum de regulação, permanece grande estímulo para a fuga de capitais e investimentos privados. Pacotes trilionários no mercado mantêm as classes médias e pobres como grandes perdedores. Somente grandes mobilizações das sociedades, democratização de informações da concentração da renda e riqueza e o envolvimento das classes médias poderão pactuar uma redistribuição efetiva.

B) A crise econômica aprofundada pela pandemia fortalece correntes preocupadas com a redistribuição da riqueza. Sociedades e nações encontram-se em momento histórico de bifurcação entre as duas tendências. A União Europeia e o Mercado Comum Europeu podem adotar passos de tributação comum.

3. Além da reversão do processo concentrador vigente, a reestruturação do bem-estar social deve estender-se à regulação dos novos processos e relações de trabalho vinculados aos avanços tecnológicos e à produtividade calcada em insana competitividade.

4. Os parâmetros civilizatórios da humanidade na produção científica desvendam a ortodoxia dogmática que, nos últimos 30 anos, impõe 'verdades únicas' que 'fundamentam' o modelo econômico vigente. São macroembustes como o do mercado/lucro serem a grande mola indutora e propulsora do desenvolvimento e da civilização. Alinhamos a reflexão de Frei Betto⁸: "Não somos trilobitas, somos seres humanos dotados de capacidade de imprimir ao tempo, caráter histórico, e à história, um sentido".

5. As 'janelas históricas' são conjunturas que interagem situações políticas, socioculturais e econômicas, como elos de uma cadeia que propiciam saltos a patamares civilizatórios mais avançados. Janelas podem permanecer fechadas por décadas no processo histórico, mas parece que a pandemia e sua repercussão no modelo econômico dominante indicam importantes janelas.

Considerações

Como seres gregários com impulsos ancestrais de sobrevivência, é inabdicável o acesso aos bens comuns: ar, água, alimentos, moradia e, com o avanço civilizatório, educação, saúde, trabalho, cultura... Bens comuns que Alvaro G. Linera² estendeu a bens públicos: "fé na sociedade e na solidariedade, enquanto parte decisiva do

processo civilizatório: uma crença em nome da qual vale a pena dedicar nosso tempo e esforço, zelando para que os recursos públicos sejam integralmente alocados nos bens comuns e não nos interesses privados e bancários".

Processo civilizatório não é linear. Já na era cristã, o processo civilizatório pode ser sistematizado em quatro períodos.

(1) 'Milênio do Obscurantismo' / 'Idade das Trevas'. Entre os 400 a 1400 d.C.: economia escravocrata; Cruzadas (3 séculos); Inquisição (3 séculos), com torturas, mortes e estancamento do desenvolvimento cultural. Um dos emblemas foi o acerto de Jacob Fugger ('Homem mais rico do mundo') com o Papa Leão X, para substituir o termo bíblico proibido 'usura' pelo consentido 'lucro adquirido sem trabalho, custo e risco'.

(2) Renascença (3 séculos). Reinos feudais enriquecendo com colônias nas Américas, África e Ásia. Maquiavel em 1513 descrevendo o Estado como é, e não como apresentado pelos dominantes.

(3) Iluminismo (2 séculos). Movimento que influi no pensamento filosófico, político, científico, sociológico, econômico e cultural: reconhece o Estado laico e mapeia a decadência feudal.

(4) Revolução Industrial e Capitalismo (séculos XVIII e XIX). Primeira Guerra Mundial, revolução russa e democracias liberais. Pauta universal atual: inclusão social, modelo de desenvolvimento e globalização.

Uma visão, mesmo não aprofundada desses quatro períodos aponta um sentido evolutivo no processo civilizatório.

Quanto à mortalidade humana, Reinaldo J. Lopes² observa seu comportamento ao longo de diferentes formações civilizatórias: Estados monárquicos (séculos XVI e XVII) derrubam a mortalidade violenta vigente no regime tribalista caçador/coletor sem Estado desde o século XIII; mortalidade pelos Estados nas guerras do século XX (duas mundiais, Coreia e Vietnã) foi 4 a 5 vezes menor que a mortalidade no tribalismo sem Estado; e mortalidade por homicídios entre os Esquimós (sem Estado) é 5 a 10 vezes maior que a mortalidade por homicídios no Brasil.

Um terceiro referencial do processo civilizatório parte da expectativa de vida: pelos dados analisados por estudiosos como Drauzio Varella, nossa vida média, desde milênios anteriores até o século XIX, oscilou entre 20 e 30 anos, que é o início natural das perdas de vitalidade, incluindo a massa muscular. Após a Revolução Industrial e avanços científicos para vida saudável (nutrição, imunização, saneamento, medicamentos etc.), a vida média foi aos 40 anos. No final do século XX, aos 60 anos; e hoje ultrapassa os 80 anos, em um processo que se expande também para estratos mais pobres. Pesquisas no campo da Sarcopenia (processo de perda

7. PIKETTY, T. *O capital no século XXI*. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014.

8. FREI BETTO. Feliz 2008. Folha de SP. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaofz0201200808.htm>. Acesso em: 06 jan. 2020.

9. CALIGARIS, C. A cama de hospital e o futuro do Brasil. *Folha de SP*. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/cantardocalligaris/2019/06/a-cama-de-hospital-e-o-futuro-do-brasil.shtml>. Acesso em: 12 jan. 2020.

muscular) apontam um teto inexorável entre 100 e 115 anos. Como última consideração sobre o processo civilizatório, Contardo Caligaris⁹ assinala: ao “sentido de vida, da nossa vida concreta, que faz que valha a pena ser vivida ou não: seria o esforço para pensar o sentido da vida como parte da própria vida. E esse esforço para entender a experiência de vida seria o que nos define como espécie humana”.

Relações sociedade-Estado

As primeiras frações da população que há mais de 5 mil anos decidiram dispor sobre excedentes da produção agrícola e manufatureira, no ensaio-erro, foram gerindo os excedentes e aliando-se às religiões também nascentes. Na multimilenar seqüência histórica, essas frações foram desenvolvendo as funções de execução, legislação e julgamento, o comando e a gestão de guerreiros etc.; e, na seqüência, o Estado escravocrata, feudal e capitalista com suas respectivas burocracias. Hoje, os modernos Estados Republicanos, extremamente complexos, carregam cultura própria bivalente: explícita, representando e governando imparcialmente o conjunto da sociedade; e implícita, representando e governando hegemonicamente para segmentos minoritários mais apropriadores ou mesmo monopolistas.

Essa dualidade hegemonia X contra-hegemonia foi atenuada em vários graus nas sociais-democracias europeias e outras pós-Segunda Guerra Mundial, o que vem decrescendo nas últimas décadas com a globalização financeira. Os movimentos político-sociais mais avançados e progressistas, pós-Segunda Guerra, mantêm a bandeira da democratização do Estado e, por vezes, participam de coligações vitoriosas. Porém, na história brasileira recente, salvo exceções, forças mais avançadas e progressistas, no exercício do poder, vêm sendo neutralizadas ou distorcidas: nos blocos parlamentares e na complexa ‘máquina’ tecnoburocrática do Executivo e Judiciário.

‘Máquina’ com raízes estruturadas na alternância entreteçada do corporativismo, populismo e tecnocracia sedentos de poder. Na prática diária, anulam ou distorcem iniciativas e possibilidades da democratização do Estado. Em nossos mais de 30 anos pós-constitucionais, avolumou-se no conjunto dos aparelhos de Estado, cultura própria do carreirismo, fisiologismo, corporativismo e *nomenklatura*. Essa cultura inclui traços que cooptam, neutralizam ou excluem quadros dirigentes portadores de bandeiras efetivamente democratizantes e de controle pela sociedade. A ponto de, não raro, grupos de militância, ao assumir funções de gestão visando ‘aparelhá-las’, tornarem-se com o tempo ‘aparelhados’ pelo lado venal das ditas funções: carreirismo, fisiologismo, clientelismos etc., lado este já parte da cultura institucional.

Forjado no ocaso da ditadura, em paralelo aos debates constitucionais e no quinto ano de mandato prorrogado, nosso presidencialismo de coalizão pós-constitucional resta ainda não totalmente claro. Por um lado, a continuidade de poderes legislativos estruturantes pelo poder Executivo – projetos de emenda constitucional e medidas provisórias – menos truculentos que os atos institucionais e decretos-lei da ditadura, porém perniciosos, porque vinculados às práticas espúrias pelo Executivo de: construção de bancadas parlamentares majoritárias e financiamento indireto de eleições e reeleições parlamentares. Por outro lado, inédita e impensável assunção, por indicações de partidos e bancadas da situação, de cargos centrais de ordenação de gastos públicos pelo Executivo nos Ministérios e nas Estatais.

Essa ‘governabilidade’ esvaziou o resgate pós-constitucional do poder Legislativo enquanto ‘caixa de ressonância da sociedade’, revelou alta fluidez e reversibilidade na efetivação das políticas públicas constitucionais, disfarçando a geométrica concentração de renda e riqueza, uma das maiores dívidas públicas do mundo, e a atrofia do debate social efetivamente democrático do projeto de sociedade e de nação (com exceção na campanha eleitoral de 2002).

O quadro partidário foi esvaziado em sua finalidade de formular e mobilizar correntes de pensamento e bandeiras da sociedade, e do amplo debate social, perdendo para as ‘verdades maiores’ emanadas pelo Executivo corporativista, tecnocrata como populista. Rubens Ricupero recentemente manifestou: “*A macroeconomia enlouquecida tomou o lugar da política na atribuição das prioridades: a maré montante de selvageria, aos acordes da marcha triunfal da saparia financeira, brada: ‘nunca foi tão bom!’*”. Esse formato de presidencialismo de coalizão aparentemente encerrou com a eleição de 2018.

Os 20 anos de ditadura e os 30 anos do presidencialismo de coalizão geraram fatores cruciais no surgimento e desempenho do atual governo federal: propiciaram a forças minoritárias antidemocráticas de extrema-direita obscurantista influenciar setores militares revanchistas e parte decisiva do alto empresariado. Tiveram a ousadia e a competência política de galvanizar tensões, frustrações, desilusões e sufoco de um terço da população, incluindo a classe média-média e parte da média-baixa. Vale a lúcida síntese de Oscar Vilhena Vieira¹⁰ sobre o atual governo:

[...] impedido de alterar os dispositivos da Constituição Federal, o governo implementa a estratégia de nomear para o 1º escalão, autoridades explicitamente incompetentes no âmbito dos postulados constitucionais, porém, eficazes e autoocráticas para corroer o Estado de Direito

10. VIEIRA, O. V. *Folha de SP*, 25/06/2016, 06/07/2019 e 01/08/2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/oscarvilhenavieira/>. Acesso em: 12 jan. 2020.

e inibir a eficácia da Constituição, com obsessão em emascarar as instituições democráticas.

Neste ano e meio do atual governo, agravam-se políticas econômico-sociais com contundentes retrocessos nas políticas industrial, trabalhista, agrícola/agrária, meio ambiente, saúde, educação, cultura, segurança pública, relações exteriores, relações republicanas entre os poderes, nas perspectivas da reforma tributária/fiscal e outras.

Tornaram-se comuns, na sociedade e imprensa, reações de indignação a cada ato divulgado, ministerial e autárquico, de retrocessos em direitos humanos, sociais, trabalhistas e outros. As emoções e tensões dessa indignação devem ser canalizadas para a cuidadosa e permanente troca de informações, esclarecimentos e proposições, considerando cada interlocutor ou coletividade. Mesmo óbvia, essa consideração visa contrapor à mera indignação que, lembrando Oscar Vilhena¹⁰, “pode levar o indignado à intolerância, menor capacidade de enxergar as vicissitudes de outros, menor disposição ao diálogo e até cômoda justificativa de imobilismo”.

A avaliação crítica, isenta e objetiva dos equívocos e distorções ocorridos nos anos pós-ditadura, é devida à sociedade por todos os governos federais e coligações partidárias: eficácia no cumprimento das diretrizes constitucionais – fatores positivos e negativos –; amortecimento do debate democrático e

social dos anos 1980; implementação de pacto social em torno de projeto de nação e democratização do Estado; crítica do presidencialismo de coalizão e da exponencial concentração da renda e riqueza.

Finalizando

O astrônomo Carl Sagan¹¹ lembrava que o potencial do obscurantismo, sempre presente na humanidade,

[...] torna mais fácil caminhar para trás do que para a frente, [e que], para cada corrente de pensamento e ações sociais, e para cada um de nós, permanece sempre o desafio pelo encantamento com o progresso social, científico, técnico, descobertas do universo e do nosso planeta, com lucidez na distinção entre especulação e consenso científico, assim como na tolerância com a compreensão de que somos feitos de poeira de estrelas.

O geólogo Alvaro R. dos Santos¹² enfatiza a

[...] necessidade do permanente resgate dos mais caros valores do ideário humanista e iluminista: correntes de pensamento e ações sociais ancorados na felicidade compartilhada, na inaceitação da injustiça, no respeito à diversidade, na igualdade entre as pessoas e no culto à vida. Esses valores são confrontados historicamente pelas regressões obscurantistas, mas também pelo próprio desaparecido distanciamento do ideário humanista e iluminista que originalmente nos embalou corações e mentes.

11. NOGUEIRA, S. ‘Cosmos’, clássico de Carl Sagan, vai além da divulgação científica. *Folha de SP*. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ciencia/2017/12/1942032-cosmos-classico-de-carl-sagan-vai-alem-da-divulgacao-cientifica.shtml>. Acesso em: 12 jan. 2020.

12. SANTOS, A. R. *Registros e conjecturas: (breve crônica de uma vida)*. São Paulo: Editora Rudder, 2016. Disponível em: <https://crusp68.org.br/sites/default/files/Livro%20Registro%20e%20Conjecturas%20compactado.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2020.



Foto: Marcelo Casal/Jr./Agência Brasil

PANDEMIA DA COVID-19 EXPÕE CONTRADIÇÕES CONSTITUCIONAIS

Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi

1. ANDREAZZI, M. F. S., et al. O SUS trinta anos depois: breve balanço de sua existência. In: MONTEIRO, G. T. M. (Org.). *Estado, Democracia e Direito no Brasil: Trinta Anos da Constituição Cidadã*. Rio de Janeiro: Gramma, v. 1, p. 509-28, 2018.

2. BRASIL. Emenda Constitucional de Revisão nº 1, de 01 de março de 1994. Acrescenta os arts. 71, 72 e 73 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. *Diário Oficial da União*. 2 Mar. 1994.

3. BRASIL. Emenda Constitucional nº 93, de 8 de setembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para prorrogar a desvinculação de receitas da União e estabelecer a desvinculação de receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios. *Diário Oficial da União*. 9 Set. 2016.

4. BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 16 Dez. 2016.

5. BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da União*. 14 Set. 2000.

6. BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 16 Maio 1998.

7. BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 5 Maio 2000.

Saúde e a Constituição de 1988

A Constituição de 1988 (CF/88) representou uma mudança significativa nas políticas de proteção social no Brasil. A saúde foi inserida na seguridade social e entendida como direito universal. Para os trabalhadores, o reconhecimento pelo Estado brasileiro do direito à saúde significou que o atendimento às necessidades de saúde de si e de sua família não mais dependia do vínculo formal de trabalho. Grande avanço, sem dúvida. No entanto, além de determinar o dever do Estado com respeito à saúde, a Constituição também admitiu a livre-iniciativa no tocante à saúde. Na medida em que o mercado compete com as instituições públicas em muitos campos, o que houve foi a oficialização da existência de dois caminhos: o conflito entre o caminho da política pública de saúde e a privatização da saúde atravessa a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) desde o seu nascedouro. Tal conflito é mais geral, pois, ao mesmo tempo, a ordem econômica tem como princípios a propriedade privada e a função social da propriedade.

O texto constitucional, ainda, reconhece a determinação social da saúde, quando diz que parte do dever do Estado é garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos. Essas políticas públicas decisivas na promoção da saúde foram também estabelecidas pela CF/88 como a busca do pleno emprego, a reforma agrária, a proteção social, a educação básica obrigatória e gratuita dos 4 aos 17 anos de idade e a proteção do mercado interno. No campo dos direitos democráticos, a CF/88 garante liberdades de pensamento, reunião e associação.

De acordo com Andreazzi et al.¹, o desenvolvimento da política universal de saúde por meio de um sistema público teve sua direção modificada, ou mesmo ameaçada, por diversas revisões efetuadas na Constituição ao longo desse período, algumas podendo ser consideradas inconstitucionais.

A primeira a destacar é a Emenda Constitucional (EC) de Revisão nº 1/1994² que afetou os princípios que asseguravam fontes adequadas de financiamento para a seguridade social, por meio de mecanismos que retiraram parte de seu orçamento para serem aplicados em outras finalidades, especialmente para

garantir o pagamento da dívida pública. Essa emenda criou o Fundo Social de Emergência que retirava 20% do orçamento da seguridade. Com o nome de Fundo de Estabilização Fiscal, a desvinculação foi prorrogada até o ano 2000, quando o nome foi trocado para Desvinculação de Receitas da União (DRU). A EC 93/2016³ elevou a DRU de 20% para 30% e criou a Desvinculação de Receitas dos Estados (DRE); e, no âmbito municipal, a Desvinculação de Receitas dos Municípios (DRM), também com percentual de 30%, prorrogando-as de 4 para 8 anos. Outro golpe profundo veio da EC 95/2016⁴ que constitucionalizou metas de ajuste fiscal, impedindo o crescimento real de despesas da União com programas sociais, mas não o referente aos gastos com a dívida pública. Essa Emenda substituiu o piso vinculado à evolução da receita pública que constava da EC 29/2000⁵ pelo teto vinculado à inflação do ano anterior, agravando o impacto sobre o orçamento do SUS.

Quanto às legislações infraconstitucionais, merece destaque, pelo impacto considerável sobre o SUS, a Lei nº 9.637/1998⁶ que cria as Organizações Sociais (OS) na administração pública. Essa lei foi baseada nas concepções do Plano Diretor da Reforma de Estado de 1995, que considerou os serviços públicos de saúde como serviços competitivos de Estado, preconizando que fossem transferidos para o setor público não estatal. Esse setor seria formado por uma ampla gama de instituições 'não governamentais', 'não lucrativas' e voltadas ao desenvolvimento social, estabelecendo-se, portanto, um sistema de parceria entre Estado e sociedade para seu financiamento e controle. Após o ano 2000, tem havido um considerável aumento de estados e municípios que adotam as OS na gestão de programas e unidades de saúde. A Lei de Responsabilidade Fiscal⁷ (Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2001), que impõe um teto de 56% da receita corrente líquida com despesas de pessoal, criando condicionalidades financeiras relativas aos gastos com saúde, foi uma das molas mestras dessa expansão.

Tais reformas limitaram as possibilidades de expansão do SUS para cumprir as atribuições a ele preconizadas pela Constituição, por inadequação na

alocação de recursos financeiros e por desvirtuamento da orientação desmercantilizada e democrática da operação da política de saúde.

Políticas públicas favoreceram a expansão dos seguros privados de saúde que competem com o financiamento social destinado à saúde, pois recebem isenções fiscais sob a forma de abatimentos de imposto de renda, especialmente de empresas que pagam planos de saúde para seus funcionários. Muitas organizações que se dizem filantrópicas, mas atuam no mercado de planos e serviços privados de saúde, têm uma série de benefícios fiscais. O próprio governo federal e muitos estaduais e municipais utilizam recursos públicos para subsidiar planos privados de saúde para seus servidores.

Não apenas as diretrizes constitucionais da saúde foram abandonadas, mas também as políticas públicas que promovem a saúde. Não somente o pleno emprego não foi alcançado, mas também, no final de 2019, a informalidade atingiu 41,1% da população economicamente ativa, e o desemprego estava em 11,9%, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O mercado interno não é protegido, ao contrário, a indústria, que representava 27,3% do PIB em 1986, teve a partir daí uma queda chegando a 11,3% do PIB em 2018. Os poucos assentamentos de sem-terra ocorridos colaboraram para acelerar a tendência predominante de crescimento das grandes propriedades e manutenção de terras improdutivas que seguem sem reforma agrária.

O caminho privatista da saúde, permitido pela Constituição, encontrou na pandemia da Covid-19 um caminho aberto para favorecer seus interesses. A pandemia tem sido uma grande oportunidade de negócios para as OS: em muitos estados e municípios, os hospitais de campanha para a ampliação de leitos foram contratados por meio de OS. No Rio de Janeiro, optou-se por isso mesmo havendo mais de 2 mil leitos sucateados sem funcionamento em hospitais públicos.

As lutas pelo direito à saúde e as leis de exceção

Os direitos dos trabalhadores no capitalismo não são garantias que não possam ser questionadas pelas classes dominantes, especialmente nos períodos de crise econômica. As ambiguidades da Constituição não foram casuais. Foram a forma encontrada pela coalizão dos partidos dominantes de impor salvaguardas aos seus interesses. A grande mobilização popular dos anos 1980, que exigia a volta de um regime de liberdades democráticas, também exigia

mudanças na estrutura econômico-social que era marcada por profundas desigualdades. Era o que se chamava a dívida social do regime militar de 1964. Os direitos sociais assegurados na Constituição soaram como a resposta à luta de classes do período e foram promessas de mais de 30 anos de regime político demoliberal, não cumpridas por todos os matizes do espectro político oficial.

A maioria das análises, no campo das políticas de saúde, das mudanças ocorridas com a CF/88 ressaltam esse lado bom – os direitos. Hoje, alguns falam das ambiguidades da manutenção da livre-iniciativa privada.

No entanto, há um lado mau pouco ressaltado, diria até escondido. As classes dominantes adoçaram as reivindicações populares com direitos escritos, mas o fizeram de forma que permitisse seguir seu caminho privatista. E os militares, garantidores da ordem econômica e social injusta que promoveram ativamente em 1964, mantiveram-se como garantidores da lei e da ordem (art. 142 da CF/88)⁸. A Lei de Segurança Nacional (LSN)⁹, aprovada em 1983 dentro da estratégia da distensão lenta e gradual do regime militar empreendida sob a direção da fração militar Geisel-Golbery, e que se tornara uma excrescência de um regime dito democrático, nunca foi questionada em sucessivas legislaturas do período demoliberal com composições políticas as mais variadas, inclusive a de 1988 que aprovou a Constituição. Pela LSN, até difamação do Presidente da República pode ser considerada ameaça à segurança nacional, o que implica transferir processos para a Justiça Militar, permitindo a incomunicabilidade do indiciado em até cinco dias.

Um conjunto de análises, organizadas por Teles e Safatle¹⁰, chama a atenção para o alcance desse art. 142 que coloca as Forças Armadas como tutoras da ordem constitucional, permitindo a constitucionalização do golpe de Estado desde que patrocinado por elas.

O que isso implica? Implica que, sendo necessária a mobilização popular, para que o Estado cumpra seu dever constitucional à saúde, essa tem um limite dentro da legalidade. Esse limite são as legislações de exceção que começaram com a LSN e avançaram com a Lei das Organizações Criminosas (LOC)¹¹ e a Lei Antiterrorismo¹². Esta última lei permite, na dependência do agente público, inclusive a polícia e o Juiz, que se considerem mobilizações populares por direitos como terrorismo, com penas agravadas e possibilidade de sequestro de bens.

É fato que o Judiciário tem garantido, em numerosos casos, alguns direitos individuais à saúde; mas, até agora, o Supremo Tribunal Federal nunca chamou a si, de fato, a defesa do direito coletivo à saúde, o

8. BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*. 5 Out. 1988.

9. BRASIL. Lei nº 7.170, de 14 de dezembro de 1983. Define os crimes contra a segurança nacional, a ordem política e social, estabelece seu processo e julgamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 15 Set. 1983.

10. TELES, E., et al. (Org.) *O que resta da ditadura: a exceção brasileira*. SP: Boitempo, 2010.

11. BRASIL. Lei nº 12.850, de 2 de agosto de 2013. Define organização criminosa e dispõe sobre a investigação criminal, os meios de obtenção da prova, infrações penais correlatas e o procedimento criminal; altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal); revoga a Lei nº 9.034, de 3 de maio de 1995; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 3 Ago. 2013.

12. BRASIL. Lei nº 13.260, de 16 de março de 2016. Regulamenta o disposto no inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal, disciplinando o terrorismo, tratando de disposições investigatórias e processuais e reformulando o conceito de organização terrorista; e altera as Leis nº 7.960, de 21 de dezembro de 1989, e 12.850, de 2 de agosto de 2013. *Diário Oficial da União*. 16 Mar. 2013

que implicaria a declaração de inconstitucionalidade a muitas EC que impedem a concretização do direito universal à saúde, como a própria EC 95/2016⁴.

E as ruas? A resposta governamental às grandes mobilizações de 2013 que também exigiam ‘Saúde Padrão Fifa’ foi a prisão de ativistas com base na LOC e a posterior edição da Lei Antiterrorismo. A tensão permanente na Amazônia por terra é respondida por Regimes de Garantia da Lei e da Ordem (GLO) coordenados pelas Forças Armadas e focados em camponeses e indígenas, em que os direitos civis são suspensos. De fato, há uma contrarrevolução permanente, dirigida a quem tem interesse em fazer garantir os direitos constitucionais – saúde, educação, terra, pleno emprego – na qual esses GLO são parte decisiva ao lado da negação diária de direitos civis para populações exploradas, vitimadas permanentemente pela violência do Estado.

O que aconteceu com alguns funcionários do Ministério da Saúde durante a epidemia de Covid diante de questionamentos da política do governo Bolsonaro/generais de deixar a epidemia grassar sem controle para tentar salvar os negócios e não dispendar gasto público? Foram ameaçados com a LSN caso divulgassem informações e imagens sobre a pandemia. Ainda que a informação seja um direito assegurado na CF/88.

Não foi exceção. Em 2000, a LSN foi aplicada contra o Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra (MST) que estava lutando pela reforma agrária, política garantida pela CF/88.

Foto: Heltor Lopes/CUT



Conclusões

A CF/88 deve ser ensinada e divulgada naquilo que é, de fato, contraditória. Garantiu direitos, mas colocou em cima da cabeça do povo que os cobrar é uma espada de Dâmocles. A implantação do SUS vai contra o interesse

de setores econômicos importantes: o capital financeiro internacional e a grande burguesia nativa a ele associada. Todos os governos da Nova República foram devedores desses setores econômicos para conquistar posições no Legislativo ou no Executivo. Uma leitura conspiratória, mas não de todo inverossímil, poderia até julgar que as classes dominantes brasileiras calaram a mobilização popular dos anos 1980 com a redação de direitos que, por meio de outros dispositivos da mesma Constituição, puniriam quem os fosse requerer.

A situação social contemporânea secundária à crise econômica mundial, que se aprofunda no Brasil a partir de 2016, é cada vez mais explosiva. A pandemia foi um elemento a mais de uma tendência já recessiva. As saídas vislumbradas no campo das classes dominantes aumentam o número dos que perderão empregos, terão suas pequenas terras de sobrevivência tomadas pelo avanço do latifúndio de velho e novo tipo, das mineradoras e grandes madeireiras, dos que terão seus pequenos negócios arruinados.

O aumento da repressão do Estado é a única solução possível dentro dos marcos do modelo econômico brasileiro subjugado aos interesses do imperialismo, ativamente fomentado pelas classes dominantes locais, com especial ênfase no latifúndio agrário-exportador e em uma casta burocrática corrupta operando o aparelho de Estado, que pugna para representar esses interesses. A CF/88 permitiu a crescente militarização do Estado pelas salvaguardas colocadas pela redemocratização liderada pela grande burguesia e setores da pequena burguesia associadas (PMDB e partidos menores) visando aplastar um outro caminho de luta pela redemocratização, que fosse a fundo na derrota do modelo econômico concentrador de riquezas e da subjugação nacional. As Forças Armadas sempre estiveram na defesa desse modelo, caso ameaçado por projetos de reformas estruturais. Para isso, efetuou o golpe de 1964. O caminho democrático extinguiria as leis de exceção, punindo todos os agentes públicos que cometeram crimes de Estado, evitando o identificado em Teles e Safatle¹⁰: restou tudo da ditadura, menos a forma.

Autores acadêmicos e não acadêmicos reconhecem a existência no Brasil de uma contrarrevolução preventiva ou uma contrarrevolução permanente que se desdobra em distintas políticas de Estado, tendo em comum a transformação do povo em ‘inimigo interno em potencial’. Os ideólogos do núcleo duro do Estado brasileiro, aqueles que operam a lei e a ordem, admitem muito seriamente a existência de um estado permanente de rebelião latente. Há que levá-los em conta.

SOB O PRETEXTO DA PANDEMIA, AVANÇA A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO¹

Luci Praun

Em meados de março, quando o contágio se acelerou, as cidades brasileiras, a exemplo do que ocorreu em outros países, foram diminuindo o ritmo da reprodução de capital. Diante das primeiras medidas de isolamento social, por um breve momento, um ensaio de comoção coletiva pareceu ecoar entre nós. Parte das varandas dos edifícios de classe média foram reeditando cenas vindas de longe, que se tornaram conhecidas pelas reportagens da televisão. Naqueles dias, algo de artificial parecia pairar no ar. Mas logo as coisas voltariam ao seu lugar.

Uma dramática articulação entre a nossa histórica desigualdade social, acentuada sob as medidas neoliberais adotadas ao longo das últimas décadas, e as particularidades de um governo cujas ações cotidianas reafirmam o completo descaso com a proteção dos segmentos mais pobres, não tardou a se impor.

Em meio a orientações oficiais desencontradas e à ausência de políticas públicas efetivas, a possibilidade de adesão às medidas de isolamento social foi assumindo formas e desenhos diferenciados entre as classes sociais e seus segmentos.

Observamos então as diferentes traduções, em tempos de pandemia, das desigualdades sociais locais. Morre-se mais em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de hospitais públicos (38,4%) que em unidades localizadas nas instituições privadas (19,5%), apurou levantamento da Associação de Medicina Intensiva Brasileira entre 1º de março e 15 de maio. As diferenças ligam-se diretamente às dificuldades de acesso da população mais pobre aos serviços de saúde, que tende a só conseguir atendimento diante de quadro clínico agravado². São os mais pobres também, por força das necessidades de sobrevivência e das condições efetivas de vida, os mais expostos ao contágio. A pobreza reatualiza desigualdades, e a pandemia as agudizou.

No entanto, se a maioria, diante do desamparo oficializado e do clima do “passar a boiada”³, viu-se diante da possibilidade de perder o pouco que tinha, inclusive a vida, no outro extremo da estrutura social, um pequeno grupo converteu o período aberto pela crise sanitária em oportunidade de enriquecimento. Entre março e junho de 2020, oito novos integrantes passaram a compor o seleto grupo de 73 bilionários

da América Latina. A riqueza acumulada pelo grupo ampliou-se em 17% (US\$ 48,2 bilhões), equivalendo “a 38% do total dos pacotes de estímulo” implementados pelos governos da região até junho. Entre esses bilionários, 42 são brasileiros, grupo que ampliou sua fortuna em US\$ 34 bilhões⁴.

É sobre um lado dessa pirâmide que trata este texto, detendo-se especificamente a algumas medidas voltadas às relações de trabalho. Apresenta uma breve reflexão sobre o avanço da precarização durante a pandemia, abrindo espaço para pensarmos sobre suas repercussões no período posterior e nos caminhos a serem construídos em defesa da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras.

A miséria bate à porta

Na noite de 27 de maio de 2020, em reportagem veiculada no Jornal Nacional/TV Globo, a trabalhadora desempregada Joseane discorreu sobre sua saga em busca do seguro-desemprego, desabafando: “*passa a fazer parte de uma parcela da população que não tem direito a absolutamente nada*”. Insegura quanto ao futuro, Joseane enfrentava, entre outras barreiras, as erguidas entre os/as desempregados/as e o acesso ao seguro-desemprego.

Foi também nesse contexto que, em uma noite do mês de julho, fui abordada, na porta de casa, por João (fictício). Ao lado do filho ainda pequeno, desculpando-se pelo possível aborrecimento, João anunciou ter perdido o emprego. Precisava de dinheiro para o sustento da família. Entreguei em sua mão a cédula que tinha na carteira. Entrei em casa com a cena se repetindo em meu pensamento.

Joseane e João foram incorporados, compulsoriamente, aos 13,3% de trabalhadores e trabalhadoras brasileiras sem ocupação, conforme apurado pelo IBGE tendo como referência o trimestre móvel de abril-junho de 2020. Dentro do mesmo período em que perderam o emprego, outros 5,7 milhões de homens e mulheres desistiram, diante das persistentes negativas, da procura por ocupação. O contingente de trabalhadores e trabalhadoras submetidos ao desalento, quando comparado ao primeiro trimestre de 2020, cresceu em 19,1%⁵.

1. Versão modificada de Praun, L. A Espiral da Destruição: legado neoliberal, pandemia e precarização do trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020.

2. MADEIRO, C. *Mortalidade em UTIs públicas para covid-19 é o dobro de hospitais privados*. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/06/21/mortalidade-em-utis-publicas-para-covid-19-e-o-dobro-de-hospitais-privados.htm>. Acesso em: 21 dez. 2020.

3. Expressão utilizada pelo ministro do Meio Ambiente na reunião ministerial de 22/04/2020.

4. OXFAM BRASIL. *Bilionários da América Latina aumentaram fortuna em US\$ 48,2 bilhões durante a pandemia*. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/noticias/bilionarios-da-america-latina-e-do-caribe-aumentaram-fortuna-em-us-48-2-bilhoes-durante-a-pandemia-enquanto-maioria-da-populacao-perdeu-emprego-e-rendal>. Acesso em: 21 dez. 2020.

5. AMORIM, D., et al. Desemprego sobe para 13,3% no 2º trimestre. *Estadão*. Disponível em: <https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,taxa-de-desemprego-no-2-trimestre,70003389596>. Acesso em: 21 dez. 2020.

6. BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 16 Dez. 2016.

7. ANTUNES, R., et al. A aposta nos escombros: reforma trabalhista e previdenciária – a dupla face de um mesmo projeto. *Rev. Juríd. Trab. Desenv. Humano*, v. 2, n. 1, p. 56-81, 2019.

8. BRASIL. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. *Diário Oficial da União*. 6 Fev. 2020.

9. BRASIL. Medida Provisória nº 927, de 22 de março de 2020. Dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19), e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 22 Mar. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-927-de-22-de-marco-de-2020-249098775>. Acesso em: 20 jan. 2021.

10. BRASIL. Medida Provisória nº 936, de 1º de abril de 2020. Institui o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda e dispõe sobre medidas trabalhistas complementares para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19), de que trata a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2 Abr. 2020.

11. CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA. *Propostas da indústria para atenuar os efeitos da crise*. Disponível em: <https://noticias.portaldaindustria.com.br/noticias/economia/propostas-da-industria-para-atenuar-os-efeitos-da-pandemia/>. Acesso em: 21 dez. 2020.

12. BRASIL. Medida Provisória nº 928, de 23 de março de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019, e revoga o art. 18 da Medida Provisória nº 927, de 22 de março de 2020. *Diário Oficial da União*. 24 Mar. 2020.

13. MARINHO, N. 10 milhões de trabalhadores formais tiveram redução de salário ou contrato suspenso. *Notícias Concursos*. Disponível em: <https://noticias-concursos.com.br/direitos-trabalhador/trabalhadores-formais-salario-reduzido/>. Acesso em: 21 dez. 2020.

Os dados do período são a tradução estatística do avanço da miséria. As flutuações entre os ocupados, subocupados, desocupados e desalentados retroalimentam processos que precarizam o trabalho e a vida. Esses processos, mais visíveis no contexto da ‘emergência de saúde pública’, não tendem a se restringir a este período. Observa-se que, tal como aquele grupo de bilionários que multiplicou sua fortuna, outros setores, ligados às grandes corporações e partícipes da formulação das políticas de Estado, têm encarado a pandemia como grande oportunidade de impor rearranjos nas formas de organização e exploração do trabalho, ampliando a tendência de aumento do desemprego e da miséria.

A crise e suas ‘oportunidades’

Sabemos que a precariedade que atravessa o mercado de trabalho brasileiro é bem anterior à pandemia. Suas raízes firmam-se em especificidades sócio-históricas, favorecedoras à constituição de relações de trabalho desde sempre marcadas pela alta informalidade e rotatividade, pela baixa remuneração, assim como pela desigualdade de acesso aos poucos direitos conquistados e legalmente instituídos.

É no marco dessas fragilidades estruturais que se incorpora, a partir das últimas décadas do século passado, um conjunto de mudanças disseminadas globalmente sob a batuta neoliberal. É também nesse ambiente que passamos a sentir as repercussões de uma onda recessiva que se espalha globalmente.

Destacam-se os efeitos da EC nº 95/2016⁶, que oficializou o estrangulamento a partir de 2018 da capacidade de investimento público em saúde, educação, saneamento, entre outros setores fundamentais. Na esteira dessa medida, duas contrarreformas foram aprovadas pelo Congresso Nacional, a trabalhista e a previdenciária. Consonantes com o avanço da mundialização neoliberal, essas medidas aprofundam o desmonte dos serviços públicos e promovem a hiperflexibilização do trabalho, amplamente facilitada pelos avanços no campo das tecnologias digitais e da inteligência artificial⁷.

Na contramão da negação da relevância das repercussões da pandemia sobre a saúde da população, Bolsonaro e seus cúmplices souberam valer-se do período de ‘emergência de saúde pública’ instituído pela Lei nº 13.979⁸, de 06 de fevereiro de 2020, para dar continuidade à destruição de direitos e garantias conquistadas pelos/as trabalhadores/as.

Agilmente, o governo publicou as Medidas Provisórias (MP) nº 927⁹, de 22 de março de 2020, e nº 936¹⁰, de 1º de abril de 2020, ambas construídas com participação direta da Confederação Nacional da Indústria (CNI), conforme documento dessa en-

tidade patronal intitulado ‘Propostas da Indústria contra a crise’¹¹, de 18 de março de 2020, entregue ao governo federal.

A MP nº 927⁹ liberou o trabalho remoto e correlatos; flexibilizou as férias, permitindo a concessão de períodos a partir de 5 dias corridos; deixou a critério do empregador a prorrogação de acordos e convenções coletivas vencidas ou a vencer no prazo de 180 dias contados a partir de sua entrada em vigor; diminuiu o alcance da atuação sindical em diferentes situações que envolvem acordos trabalhistas, reforçando aqueles firmados individualmente, além de outras providências claramente desfavoráveis aos trabalhadores.

Aproveitando-se do contexto de pandemia, Bolsonaro também tentou emplacar, via MP 927, três outras medidas. Uma delas previa a possibilidade de suspensão dos contratos de trabalho por até quatro meses. Os salários, durante a suspensão, seriam substituídos por concessão de “ajuda compensatória mensal [...] com valor definido livremente entre empregado e empregador, via negociação individual” (conforme art. 18, § 2º, texto original)⁹. Note-se que o “livremente” soa como escárnio dos setores empresariais e do governo contra a classe trabalhadora.

Diante de forte reação contrária, o art. 18 foi excluído, no dia seguinte, por meio da MP nº 928¹². Entretanto, com nova redação, dispositivo similar voltou a figurar na MP nº 936, de 1º de abril de 2020, que instituiu o ‘Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda’, de custeio público. O Programa é composto pelo Benefício Emergencial, por instrumentos de redução de jornada de trabalho e de salários (na ordem 25%, 50% ou 70%) e de suspensão temporária do contrato de trabalho. No início de junho, os acordos de redução de jornada e salário, somados aos de suspensão do contrato de trabalho, já eram realidade para mais de 10 milhões de trabalhadores e trabalhadoras, impactando 30% do mercado de trabalho formal¹³.

Governo e empresariado tentaram também, via MP nº 927, art. 29, não caracterizar a contaminação por coronavírus como doença do trabalho, destacando no texto original da MP um ‘exceto mediante comprovação do nexos causal’, cuidadosamente inserido como uma senha para o não reconhecimento do nexos. O Supremo Tribunal Federal tornaria sem efeito o art. 29 mais de um mês depois. Na mesma sessão, em 29 de abril, o Supremo também suspendeu os efeitos do art. 31 dessa MP que limitava, por prazo de 180 dias, a ação dos Auditores Fiscais do Trabalho a procedimentos de orientação. As possibilidades de aplicação de multas àqueles/as que desrespeitassem direitos do

trabalho restringiam-se, na proposta original, a quatro situações: não registro de trabalhadores (mediante denúncia); irregularidades diretamente relacionadas a situações graves com risco iminente; ocorrência de acidente fatal (a fiscalização poderia atuar somente acerca de irregularidades diretamente relacionadas às causas do acidente); situações relativas ao trabalho em condições análogas às de escravo ou trabalho infantil.

No início de junho, o deputado federal Celso Maldaner (MDB), relator do Projeto de Conversão da MP nº 927¹⁴, tentou de contrabando inserir novas alterações na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), tornando permanentes medidas que, dada a ‘emergência de saúde pública’, são de caráter temporário. Uma dessas alterações visava retirar de parte importante dos trabalhadores da indústria frigorífica o direito às pausas de 20 minutos após uma hora e quarenta minutos de trabalho contínuo. A tentativa de “*passar a boiada*” (fala do titular do meio ambiente na reunião ministerial de 22 de abril de 2020), aludindo às “*oportunidades*” supostamente abertas pela crise sanitária, esbarrou na evidente ilegalidade do procedimento, obrigando a relatoria a voltar atrás.

Algumas medidas, a exemplo do *home office*, de alta efetividade, ainda que previstas como parte da excepcionalidade do contexto atual, reservam repercussões ainda difíceis de dimensionar, mas certamente duras e nocivas aos direitos e à saúde daqueles e daquelas que vivem de seu trabalho.

Sem pedir licença, o trabalho avança sobre vida

O trabalho domiciliar não é exatamente uma novidade. Diversas pesquisas indicam que sua existência, anterior ao desenvolvimento da indústria, foi se articulando às formas assumidas pela organização do trabalho sob o capitalismo. Marcado pela precariedade, durante o século XX, esse tipo de atividade assalariada manteve-se fortemente associada à esfera produtiva. Em regiões de industrialização significativa, sobretudo nos bairros mais empobrecidos, nunca foi incomum encontrar mulheres e crianças trabalhando à porta de casa. Navarro¹⁵⁽³⁵⁾ menciona que esse tipo de trabalho é comum na cadeia produtiva da indústria de calçados, inserido em “bairros industriais sem indústrias”. Parte importante dos calçados que saem das indústrias do ramo para as lojas do Brasil e do exterior é produzida até hoje valendo-se do velho trabalho domiciliar, marcado pela presença feminina.

Em meio ao avanço das tecnologias digitais das últimas décadas, diversas atividades desempenhadas por setores médios da classe trabalhadora vêm progressivamente migrando para o ambiente

doméstico. O contexto da pandemia, em um passe de mágica, converteu-se em poderosa oportunidade para empresas públicas ou privadas externalizarem custos e ocuparem espaços, para muitos, relativamente preservados.

Irrrompendo a resistência de professores e estudantes, ignorando a profunda desigualdade social e o próprio contexto pandêmico, a educação a distância e o ensino remoto colocaram-se como falsas soluções à continuidade das atividades no ensino básico e universitário. De um lado, a exaustão dos professores, que passaram a relatar sintomas de ansiedade e esgotamento mental ante cobranças e pressões de diferentes ordens relacionadas com as novas formas assumidas pelo trabalho¹⁶. De outro, questões para além do acesso ou não a recursos tecnológicos, aspecto relevante das desigualdades sociais.

As experiências relatadas por docentes, estudantes e seus familiares indicam que entram em cena a reprodução de velhas desigualdades, ampliadas no contexto da pandemia e marcadas pelas ‘soluções’ individualizantes propostas pela cartilha neoliberal. Tal dinâmica pode ser ilustrada pela experiência de Letícia, mãe de nove filhos, moradora de uma favela em Belo Horizonte. Analfabeta, sem condições de auxiliar o acesso de um dos filhos ao material impresso, desistiu de buscá-lo na escola¹⁷. Quantas Letícias se sentirão injustamente responsabilizadas pela interrupção dos estudos de seus filhos e filhas? Que perspectivas de acesso à educação podem oferecer os experimentos praticados sob a lógica do cumprimento, a qualquer custo, dos cronogramas escolares? Que futuro essas práticas reservam para o trabalho docente?

Uma sondagem, em julho de 2020, constatou que 83,9% das atividades administrativas migraram ao *home office* e que mais de 50% das empresas prometiam mantê-lo, total ou parcialmente, no pós-pandemia¹⁸.

Ao contrário da velha ladainha empresarial sobre os problemas pessoais, que não devem ser trazidos para o ambiente de trabalho, a vida tem sido invadida pelo trabalho explorado, fortemente submetido ao controle, acentuando nocividades à saúde. Nesse contexto, ainda que nocivo a todos, são as mulheres que, acumulando as demandas do trabalho doméstico, veem-se diante do desafio de administrar a mercantilização do ambiente familiar.

Considerações finais

As formas assumidas pelo trabalho são expressões localizadas, mas nem por isso secundárias, de transformações mais amplas, em curso, desencadeadas

14. BRASIL. Projeto de Lei de Conversão à medida Provisória nº 927, de 2020. Dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19), e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 4 Jun. 2020.

15. NAVARRO, V. L. O trabalho e a saúde do trabalhador na indústria de calçados. *São Paulo Perspec.*, v. 17, n. 2, p. 32-41, 2003.

16. OLIVEIRA, J. Em meio à rotina de aulas remotas, professores relatam ansiedade e sobrecarga de trabalho. *EL PAÍS*. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-05-21/em-meio-a-rotina-de-aulas-remotas-professores-relatam-ansiedade-de-sobrecarga-de-trabalho.html>. Acesso em: 21 dez. 2020.

17. PIMENTEL, T. Analfabeta, mãe desiste de pegar material da escola do filho em BH por não poder ajudá-lo. *G1*. Disponível em: <https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2020/06/19/analfabeta-mae-desiste-de-pegar-material-da-escola-do-filho-em-bh-por-nao-poder-ajuda-lo.ghtml>. Acesso em: 21 dez. 2020.

18. TOBLER, R., et al. *Empresas acreditam que mudanças vieram para ficar*. Disponível em: <https://portal.fgv.br/artigos/empresas-acreditam-mudancas-vieram-ficar>. Acesso em: 12 jan. 2020.

19. ANTUNES, R. *Coronavírus: o trabalho sob fogo cruzado*. São Paulo: Boitempo, 2020.

pelo movimento do capital na busca por romper as barreiras que o impede de se perpetuar.

O avanço do uso das tecnologias digitais nos processos de trabalho, apresentado como promessa de vida com mais tempo livre e com mais horas em casa, tem se traduzido, para aqueles e aquelas que vivem do seu trabalho, em fonte de um tipo de experiência que rouba a vida. Esse sequestro da vida, que para uns se traduz no prolongamento das horas trabalho, no esgotamento perante as crescentes demandas e co-

branças, é capaz de destituir um crescente contingente de homens e mulheres de “suas próprias condições de sobrevivência ultraprecárias”¹⁹⁽¹⁹⁾. Quais patamares de degradação do trabalho precisaremos atingir para que se façam suficientemente fortes as nossas reações? Como teceremos, em meio à acentuação da descentralização e heterogeneidade das formas de trabalho, formas coletivas de reação? Os desafios da luta em defesa da saúde e vida dos trabalhadores e trabalhadoras são muitos e urgentes.

Foto: Tania Rego/Agência Brasil



PANDEMIA E A ECONOMIA ENDIVIDADA: VIDAS BRASILEIRAS IMPORTAM

Pedro Paulo de Salles Dias Filbo

A prática de emissão de títulos públicos origina-se no século XIV, no contexto das Cidades-Estado, mas, na transição da idade média para a moderna, o endividamento público consolida-se na emergência dos Estados Nacionais. No início da era moderna, atitudes expansionistas territoriais, as guerras, tinham poder

de solapar as finanças dos Estados Nacionais, o que gerava necessidades de financiamento, satisfeitas por oferta de títulos de dívida para resgate futuro mediante juros. Tratava-se de uma relação de confiança dos banqueiros com os credores desses títulos, no reequilíbrio futuro das finanças futura dos reinos expandidos. E os

banqueiros ajudaram a financiar os gastos estatais e a expansão capitalista comercial no mundo.

Eis aqui uma descrição preliminar das origens do endividamento público. A banqueiragem, a dívida pública, os Estados Nacionais e os interesses comerciais dos empreendedores forjaram o capitalismo como um sistema econômico mundial, sujeito a crises cíclicas. Ora a economia é vigorosa, ora encolhe e gera falências, desemprego e desamparo. A Grande Depressão de 1929 é um exemplo clássico. Com efeito, o capitalismo é um sistema econômico instável. No caos que se seguiu à Grande Depressão, o governo americano (Franklin Roosevelt) patrocinou maciços investimentos em infraestrutura para recuperar a economia. Foi exitoso em sua política expansionista de gastos públicos, e a economia ressurgiu.

Esses gastos extraordinários dos governos em tempos de crise ou são bancados por impostos, ou financiados via endividamento público. Governos lançam títulos internamente – a dívida mobiliária interna – ou podem recorrer ao financiamento externo, em múltiplas fontes. O limite para esse endividamento, em tese, é a insolvência das nações. Economias fortes e estáveis permitem que os governos nacionais consigam administrar seus endividamentos, com prazos longos, sem sobressaltos, pois existe a confiança dos mercados de que irão receber seus fundos aplicados em títulos desses países¹.

No que se refere à confiança dos agentes de mercado no Brasil, é comum observar instabilidade nos mercados financeiros capitalistas quando é nítida a incerteza dos investidores quanto ao sucesso da política econômica do governo, segundo seus interesses. Sempre há a preocupação de que uma execução fracassada das políticas econômicas governamentais possa levar a um desarranjo macroeconômico, ruim para o ambiente de negócios.

Essa desconfiança crônica traz uma instabilidade adicional e expõe um conflito alocativo, que gera pressões relativamente à forma como os recursos arrecadados via impostos devam ser distribuídos. Vozes progressistas querem a expansão do gasto público para promover crescimento econômico e bem-estar social. Em oposição, rentistas priorizam o controle da inflação e do *deficit* público. A política progressista e a justiça social requerem mais e melhores serviços públicos, mais gastos. Já os mercados, cautelosos com o risco da desorganização macroeconômica, pedem parcimônia nos gastos públicos, sem jamais olvidar do retorno de seus investimentos.

Sempre que a relação dívida pública/PIB aparenta descontrole no Brasil, há um certo desconforto. Foi

nesse ambiente de desconfiança dos mercados que se aprovou a EC 95². Com ela, foi estabelecido um teto de gastos do governo por 20 anos, mantendo-se o gasto social em saúde e educação sob rígido controle. Inexiste o mesmo teto para o pagamento de juros aos investidores em títulos da dívida pública brasileira. Galgada ao poder, a atual equipe econômica impulsionou o discurso e a prática do Estado Mínimo, com redução de direitos sociais.

O surgimento do novo coronavírus parece definitivamente interromper esse ciclo ultraliberal de diminuição do Estado. O que se tem visto mundo afora, no auge da pandemia da Covid-19, é o renascimento do papel determinante do Estado forte na contramão do Estado mínimo. A diretriz adotada tem sido gastar para salvar vidas, manter os empregos e as empresas de pé, com crédito fluido para estas e transferências financeiras diretas a indivíduos, sem perder de vista que a conta virá no futuro.

Governos das principais nações atingidas pela pandemia assumiram parcialmente as folhas de pagamentos, como na Inglaterra. Nos Estados Unidos da América (EUA), o governo concedeu crédito direto às pequenas empresas para pagamento de salários, mediante garantia temporária dos empregos, e distribuiu cheques de pouco mais de US\$ 1.000 para cidadãos com renda anual até US\$ 77 mil (ou cerca de R\$ 400 mil), mantendo-se a capacidade de consumo e sustento imediato das famílias americanas durante a crise. Em meados de julho de 2020, a União Europeia aprovou um pacote de estímulos de € 750 bi, ou R\$ 4,7 trilhões, destinados à recuperação econômica de nações europeias atingidas pela pandemia. Pela primeira vez na história, o bloco econômico da Zona do Euro vai emitir títulos de dívida da União Europeia para fazer frente a esse socorro às nações mais impactadas. A Europa aguarda uma possível segunda onda da Covid-19, e a União Europeia e seu Euro, antes desacreditados, ressurgem fortes. Seus líderes políticos assumem o papel central de coordenação econômica e de proteção social a seus povos.

No Brasil, parece haver um mal-estar das autoridades na prestação do socorro emergencial à economia e aos indivíduos. O importante auxílio emergencial de R\$ 600,00 chega com dificuldade, vide filas nas agências ou longas análises de elegibilidade de cidadãos ao programa. As linhas de crédito desenhadas a partir da extensa liquidez provida ao sistema financeiro nacional, via farta liberação de depósitos compulsórios retidos na Autoridade Monetária, parecem não chegar eficientemente a quem precisa. O grande estímulo de capital aos bancos privados para

1. TRADING ECONOMICS. *Dívida Pública % PIB – lista de países – G20*. Disponível em: <https://pt.tradingeconomics.com/country-list/government-debt-to-gdp?continent=g20>. Acesso em: 21 dez. 2020.

2. BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 16 Dez. 2016.

3. PRONAMPE. Disponível em: <https://www.gov.br/empresas-e-negocios/pt-br/credito-pronampe/arquivos-e-imagens/instituicoes-pronampe>. Acesso em: 12 jan. 2021.

4. BRASIL. Lei Complementar nº 173, de 27 de maio de 2020. Estabelece o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), altera a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 28 Maio 2020.

prover o crédito às empresas aplicado de modo muito seletivo está em descompasso com o cenário de guerra a um vírus letal. Programas recém-concebidos, feito o Programa Nacional de Apoio às Microempresas e Empresas de Pequeno Porte (Pronampe)³, direcionado às micro e pequenas empresas, que oferece crédito barato e prazo elástico, têm sido liberados quase exclusivamente pela Caixa e Banco do Brasil.

É fato, registrado em reunião presidencial tornada pública, o pronunciamento de alta autoridade de que, na crise, o governo iria emprestar para os grandes e ganhar dinheiro; e perderia dinheiro caso emprestasse aos pequenos, opinião que demonstra pouco apreço pelo pequeno negócio e descaso com o fechamento de postos de trabalho.

De volta à dívida pública, o sentido de resgatar neste artigo a noção, do fim da idade média, de recurso ao endividamento público para financiamento das guerras não seria outro senão destacar que a dívida pública é instrumento fundamental de resgate das economias nacionais nesse instante de guerra ao vírus. Nessa hora, emerge a questão moral da preservação da vida em detrimento dos rigores fiscais.

O falso dilema levantado pelo mais alto mandatário do País, segundo o qual se a economia parasse os empregos sumiriam, e que isso seria pior do que encarar pela frente milhares de mortes, evitáveis, em nome de manter tudo o mais funcionando, com distanciamento social restrito ao isolamento vertical de idosos e demais grupos de risco, expõe visceralmente a nossa incapacidade de superar a atual crise sem traumas.

Economias que promoveram um *lockdown* rigoroso conseguiram os melhores resultados na contenção da pandemia seguindo as recomendações da OMS. Nações resistentes ao isolamento social atestam hoje os piores desempenhos internacionais no manejo da pandemia, sem garantias de que as condenáveis atitudes de pouco apreço à saúde pública levem à superação da crise econômica de forma rápida. Os pobres são os mais expostos por essa política irresponsável.

No afã de controlar obsessivamente os gastos, persiste a resistência em despender recursos públicos na preservação de vidas, empregos e empresas. Ausência absoluta de coesão política no combate à pandemia no Brasil. Destaca-se a iniciativa da maioria dos governadores, preocupados com a saúde de seus concidadãos, e com a hígidez de seus sistemas de proteção à vida, que contrariaram a diretriz do governo central de que o Brasil não poderia parar e decretaram fechamento de escolas, *shoppings*, bares, restaurantes e locais de entretenimento – duramente criticados pelo Presidente, que exigia que se creditasse

derrocada econômica, no futuro, aos governadores. O governo central capturou governadores e prefeitos.

A crise de saúde pública, que exigia uma coordenação central e coesão política, irrompeu em descontrole e interiorização da pandemia. Em nome do controle obsessivo do gasto público, e da equivocada opinião de que a economia iria sofrer menos sem o *lockdown*, com o intento velado de não prejudicar pretensões eleitorais, a resultante são vidas perdidas, economia em risco, e desemprego iminente, além de parcas demonstrações de solidariedade estatal.

A falta de generosidade nos é sugerida por um certo ‘coração não tão bom’, quando os beneficiários se deparam com a morosidade na liberação do auxílio emergencial de R\$ 600,00 conseguido graças à intervenção dos parlamentares de oposição que se uniram para elevar o valor original de R\$200,00 proposto pelo governo; quando da resistência da área econômica em compensar adequadamente os estados e municípios pela perda de arrecadação resultante da parada súbita da economia, ajuda que, com esforços do Congresso, resultou na Lei Complementar nº 173, de 27 de maio de 2020⁴, destinando R\$ 60 bilhões àqueles entes.

O ‘coração não tão bom’ ressurge quando o governo não interfere na ineficiente gestão dos programas de crédito concebidos, entregues aos auspícios da banca. Não fosse a pressão da mídia, da sociedade e do Congresso Nacional, esses socorros talvez não teriam sido realidade. Ou quando o governo central renunciou, logo de início, a um protagonismo benéfico no combate à pandemia, e acaso não tivesse sido omissos no papel de coordenação da crise, certamente a nossa situação seria, de longe, melhor na preservação de vidas, principalmente a dos mais vulneráveis, bem como das menores empresas.

Caso o combate à pandemia fosse resultado de vontade política, a execução orçamentária do Ministério da Saúde no primeiro semestre de 2020 não estaria em 29% do previsto, quando, por lógica, deveria ter sido de no mínimo 50%.

E por que os governadores e prefeitos foram capturados? Porque eles não têm capacidade, como a União, de emitir títulos de dívida pública, à exceção dos precatórios. Aos governos estaduais e municipais, é vedado ir ao mercado e lançar títulos e oferecê-los aos investidores para fazer caixa. É dessa forma que as nações tradicionalmente financiam seus *deficit*. Nesse contexto, os governadores/prefeitos – em rota de colisão com o governo central e sem sustentação financeira para bancarem seus estados/municípios em *lockdown* até a contenção da Covid-19 – foram levados a reabrir antecipadamente suas economias,

a fim de que a arrecadação tributária (sua principal fonte de receitas) não cessasse. Isso poderia acarretar consequências danosas aos serviços públicos prestados, em especial os de saúde. Registre-se que os que reabriram terminaram criticados pelos cientistas para o regozijo de seus adversários políticos, enquanto os casos e óbitos de Covid-19 voltam a subir.

Com efeito, governadores dependem da economia aberta para que ocorra a arrecadação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS). O interesse público indicava suspender a atividade econômica até que a taxa de retransmissão do vírus caísse abaixo de 1. Entretanto, sem o apoio firme e decisivo do governo federal, o único capaz de sustentar um *lockdown* de fato, governos estaduais não poderiam abrir mão de sua principal fonte de receita, dependente das atividades econômicas. Ilustrando, em 2019, em termos da receita tributária líquida, as economias fluminense e paulista dependiam, respectivamente, em 63 e 91% da arrecadação do ICMS⁵.

No âmbito do Tesouro Nacional, foi anunciado pelo governo federal, em meados de julho, que a pandemia deve causar um rombo fiscal de R\$ 880 bilhões este ano. Soma parecida com o ganho projetado em 10 anos com a reforma da previdência.

Essa situação poderá levar a relação dívida pública/PIB a patamares entre 95% e 100% a depender da redução do PIB em 2020; se 9,1%, como estima o FMI; ou 4,7%, conforme as projeções do governo brasileiro divulgadas em julho que estimam a relação dívida pública/PIB (fim do ano) em 98,2% com a economia em recessão e endividada.

Muitos defendem que o resultado poderia ter sido diferente não fosse a inação do governo cen-

tral, sem coordenação com estados e municípios, sem transferência maciça de recursos públicos para assegurar a manutenção do ritmo econômico e, conseqüentemente, das empresas e dos empregos.

Cogita-se que o governo emita títulos do Tesouro a serem adquiridos pelo Banco Central, na prática uma emissão controlada de moeda. Essa proposta é proveniente de certos desenvolvimentistas – que alegam que o impacto na dívida pública poderia ser pequeno visto que o Banco Central é parte integrante do Estado – ou de parcelas do campo conservador – que admitem haver espaço para executá-la como na crise de 2008 em que trilhões de dólares de estímulo à economia foram injetados pelos governos mundo afora sem impacto na inflação. Vozes do mercado desacreditam veementemente nesse caminho.

O fato é que o Estado pode ter dinheiro na emergência e que cidadania e solidariedade não podem faltar. Quando os efeitos da MP nº 975/2020⁶ cessarem, e o desemprego irromper, quando todos nos percebermos mais pobres, o ambiente social vai se deteriorar rapidamente. A renda das pessoas vai cair, e a recuperação da economia será lenta.

É recomendável que o Executivo, com a ajuda essencial do Legislativo, torne possível a tributação sobre as grandes fortunas, sobre os dividendos, possa repensar de forma original o teto de gastos sociais imposto pela EC 95, que se trate de buscar um sistema tributário mais justo, progressivo, que os programas de ajuda financeira aos ‘invisíveis’ sejam prorrogados até 2021, e se abandone de vez a tese do Estado mínimo.

Necessitamos de um SUS prestigiado e de um Estado forte para enfrentar os desafios que estão no porvir. E não serão poucos.

5. COMPARA BRASIL. *Municípios*. Disponível em: <http://comparabrazil.com/municipios/paginas/modulo1.aspx>. Acesso em: 22 dez. 2020.

6. BRASIL. Medida Provisória nº 927, de 22 de março de 2020. Dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19), e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 22 Mar. 2020.



Foto: Fernando Frazão/Agência Brasil

PANDEMIA DE COVID-19, CRISE SANITÁRIA E IMPACTOS NA SAÚDE DAS(OS) TRABALHADORAS(ES)

Fernando Ribas Feijó
Jesem Douglas Yamall Orellana

Quase seis meses após declarada emergência sanitária global pela OMS, a pandemia de Covid-19 aproxima-se do primeiro milhão de vítimas, com impacto maior nos segmentos socioeconômicos mais desfavorecidos de todos os países, ampliando históricas iniquidades em saúde¹.

Na América Latina, adoecimentos e mortes evitáveis crescem continuamente devido ao acesso limitado a serviços de saúde e a dificuldades no isolamento de infectados, que, muitas vezes, vivem em domicílios densamente ocupados e em condições socioeconômicas e sanitárias favorecedoras da disseminação do novo coronavírus. Em julho de 2020, o Brasil, o Brasil atingiu o maior número de mortes no planeta, e o relato de mais de mil mortes diárias por Covid-19 tornou-se comum no País.

Há um conjunto de acontecimentos que contribuiu para a compreensão do desolador cenário de inúmeras cidades brasileiras. Manaus, por exemplo, foi duramente castigada em abril/maio de 2020² e foi dramaticamente afetada na segunda onda, recebendo a alcunha de capital mundial da mortalidade por Covid-19, após devastadora disseminação viral e o colapso de sua rede médico-assistencial em dezembro-2020/janeiro-2021, catástrofe sanitária e humanitária que chocou a humanidade, após hospitais terem sido transformados em algo parecido com ‘câmaras de asfixia’ diante do esgotamento de oxigênio medicinal no estado^{3,4}. A redução dos gastos públicos com saúde a partir de 2015 – devido à crise econômica – com importantes restrições orçamentárias para o SUS – historicamente subfinanciado – agravou-se com a aprovação da EC 95/2016 (emenda do Teto dos Gastos Públicos) que congelou investimentos em saúde até 2036 e resultou na perda de mais de R\$ 20 bilhões até 2020. Para 2021, há previsão de nova perda de mais 35 bilhões na saúde, via Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (PLDO). Com esses cortes e as medidas adotadas pelo atual governo, o SUS, que poderia ser o maior aliado da população no enfrentamento da epidemia, mostra-se cada vez mais fragilizado.

Os erros no dimensionamento do potencial impacto social, econômico e humanitário da crise, em especial nos primeiros cinco meses da pandemia,

por limitações na gestão e coordenação das políticas e ações sanitárias, retardaram a tomada de medidas efetivas de enfrentamento.

Embora pareça trivial, o termo ‘oportunidade’ é elemento-chave na interpretação da abordagem à Covid-19 nos primeiros seis meses. O aludido termo remete a múltiplos entendimentos, quase sempre à circunstância favorável ou propícia para fazer algo. Entretanto, no mundo real, é muito difícil agir na hora e no momento certo, exigindo análises aprofundadas na estimativa e projeção de cenários. Mesmo sendo impossível agir sempre oportunamente nas questões cotidianas, há maneiras de antecipar problemas de maior escala ou maiores consequências para a sociedade. Os exemplos vão desde coisas simples, como um semáforo em um importante cruzamento, até sistemas de alerta complexos que podem antecipar a ocorrência de *tsunamis* ou furacões com horas ou dias de antecedência.

Na saúde coletiva não é diferente². Aplicam-se diferentes conceitos e abordagens, baseados nos melhores dados epidemiológicos para prevenir adoecimentos, mortes e gastos desnecessários. Esses pressupostos deveriam ser considerados no agir assertivo e efetivo em um cenário epidêmico dificultado por um agente infeccioso até então desconhecido. Diante do comunicado da China à OMS, em 31 de dezembro de 2019, do surto por novo agente viral (Sars-CoV-2), o mundo parecia descrente com o potencial do novo coronavírus e não apostou na sua capacidade avassaladora, mesmo depois do alerta de emergência sanitária global pela OMS em 30 de janeiro de 2020. EUA, Itália e Espanha perderam a oportunidade de reconhecerem a gravidade do problema a tempo e foram duramente castigados, com milhões de infectados e dezenas de milhares de mortos⁵.

O Brasil falhou em não alocar recursos financeiros; não qualificar trabalhadores de saúde nos diferentes níveis de atenção à saúde, em especial na atenção básica; não prover infraestrutura hospitalar; e, principalmente, por não coordenar a vigilância em saúde e ofertar capacidade laboratorial e testes diagnósticos, possibilitando o monitoramento e o controle dos casos de Covid-19.

1. MARMOT, M., et al. COVID-19: exposing and amplifying inequalities. *J Epidemiol Community Health*, v. 0 n. 00, p. 1-2, 2020.

2. ORELLANA, J. D. Y., et al. Explosão da mortalidade no epicentro amazônico da epidemia de COVID-19. *Cad. Saúde Pública*, v. 36, n. 7, p.1, 2020.

3. BERGAMO, M., et al. ‘Oxigênio acabou e hospitais de Manaus viraram câmara de asfixia’, diz pesquisador da Fiocruz Profissionais de saúde também fizeram relatos dramáticos à coluna. *Folha de São Paulo*. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2021/01/oxigenio-acabou-e-hospitais-de-manaus- viraram-camara-de-asfixia-diz-pesquisador-da-fiocruz.shtml>. Acesso em: 15 jan. 2021.

4. GIRARDI, G. Explicação mais plausível para a explosão da covid em Manaus é nova variante do vírus, diz cientista. *Estadão*. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral-explicacao-mais-plausivel-para-exploracao-da-covid-em-manaus-e-nova-variante-do-virus-diz-pesquisador,70003581859>. Acesso em: 15 jan. 2021.

5. ORELLANA, J. *Saúde Coletiva, Oportunidade e Resiliência em Tempos de Pandemia*. Disponível em: https://48209fd4-9e54-4385-b712-c09bfc7c2b87.filesusr.com/ugd/15557d_988a-f7ac80db49a986a53b1cd-46d2d20.pdf. Acesso em: 22 dez. 2020.

6. MELLAN, T. A., et al. *Relatório 21 – Estimativa de casos COVID-19 e número de reprodução no Brasil*. Disponível em: <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-21-brazil/>. Acesso em: 22 dez. 2020.

Organismos internacionais⁶ e nacionais⁷ alertaram as autoridades sanitárias do Brasil sobre o potencial da pandemia. Em fevereiro de 2020, a China, que sofreu por quase 60 dias para desacelerar efetivamente o surgimento de casos novos, ofereceu lições ao mundo nas estratégias eficazes de controle (como isolamento em massas e rastreamentos comunitários rigorosos de casos confirmados, suspeitos, e de contatos) e na drástica redução na circulação viral e, consequentemente, de potenciais adoecimentos e mortes evitáveis.

Recentemente, a cidade de Auckland/Nova Zelândia surpreendeu positivamente ao decretar *lockdown* após a confirmação de quatro casos novos, mostrando que para manter o vírus sob controle é necessário enfrentá-lo permanentemente, tendo o princípio da precaução como maior aliado, especialmente quando não há vacina e/ou medicação específica disponíveis de forma ágil e universal. A Nova Zelândia mantém-se como exemplo durante a pandemia e ficou 102 dias livre de casos novos sugestivos de transmissão comunitária⁸. O princípio da precaução, conceito basilar da ST incluído nas diretrizes da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora⁹, deveria ser empregado na gestão de saúde e vigilância epidemiológica.

O poder Executivo federal brasileiro jamais exerceu sua liderança de forma efetiva para minimizar os efeitos da epidemia. No início de junho, menos de 100 dias após o registro do primeiro caso no País, já estávamos no terceiro ministro da Saúde, um gestor interino que permaneceu no cargo indefinidamente mesmo sem formação na área da saúde.

Dessa forma, falhamos quando da oportunidade de executar planos de contingenciamento e mitigação da epidemia (em fevereiro de 2020), respeitando o padrão de disseminação do novo coronavírus. Falhamos no controle da disseminação do vírus da região sudeste do Brasil para outras regiões, das capitais e metrópoles para o interior, e de alguns municípios para localidades remotas/isoladas, como os ribeirinhos e povos indígenas¹⁰. Faltou perceber especificidades ambientais, de infraestrutura médico-hospitalar, de vigilância laboratorial e epidemiológica e de características socioeconômicas.

Como exemplo de erros estratégicos cometidos no início da epidemia, citam-se a deficiência no controle sanitário em aeroportos, portos e terminais rodoviários; o descarte precoce da estratégia de testagem em massa pelo Ministério da Saúde¹¹.

Como não tivemos um adequado planejamento e condução da epidemia no nível federal, o Brasil acabou lidando equivocadamente com a crise sanitária e humanitária. Os planos para implementação de quarentenas ou medidas que resultassem em efetivo

distanciamento físico das pessoas foram fracassando em efeito cascata no País, pois muitas grandes cidades como Manaus (estado do Amazonas – região Norte), Fortaleza (estado do Ceará – região Nordeste) e Rio de Janeiro (estado do Rio de Janeiro – região Sudeste) aderiram apenas pobremente a essas medidas e acabaram levando milhões de pessoas ao adoecimento e outras dezenas de milhares a mortes evitáveis¹². A cidade como São Paulo, que aderiu de forma menos precária às medidas de distanciamento físico entre março e maio de 2020, mas que relaxou em junho e julho, viu mais de 56% de todas as mortes por Covid-19 acontecerem justamente nos meses de junho e julho¹³.

O desastre na condução da crise de saúde no Brasil apresenta graves perdas, levando 8,9 milhões de trabalhadores a perderem seus empregos no segundo trimestre de 2020, enquanto o número de desalentados (indivíduos que desistiram de buscar trabalho) chegou a 5,4 milhões em julho de 2020¹⁴. As incertezas quanto ao futuro e o medo do desemprego têm adoecido as trabalhadoras e os trabalhadores, que se veem sem perspectivas de terem um trabalho digno e seguro.

À população que se mantém empregada, restam as mais variadas formas de precarização do trabalho, desde suspensões de contratos de trabalho, migração de trabalho formal para informal, reduções salariais, passando por trabalho remoto/a distância, sobrecarga de trabalho, aumento do estresse nos ambientes laborais, bem como a exposição dos trabalhadores a riscos elevado de contaminação, em especial entre trabalhadores de serviços e setores produtivos essenciais.



7. CODEÇO, C., et al. 3º relatório – 02 de abril 2020: Estimativa de risco de espalhamento da COVID-19 nos estados brasileiros e avaliação da vulnerabilidade socioeconômica nos municípios. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/procc-emap-covid-19-reporte3_20200401.pdf. Acesso em: 22 dez. 2020.

8. MENON, P. Covid-19: Nova Zelândia põe maior cidade em lockdown após 102 dias. Agência Brasil. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2020-08/covid-19-nova-zealandia-poe-maior-cidade-em-lockdown-apos-102-dias>. Acesso em: 22 dez. 2020.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União. 24 Ago. 2012.

10. FERRANTE, L., et al. Proteção aos povos indígenas de COVID-19. *Science*, v. 368, n. 6488 p. 251.

11. GIMENES, E., et al. Governo admite que número de casos de coronavírus no Brasil é maior que o registrado. Brasil de Fato. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/03/20/governo-admite-que-numero-de-casos-de-coronavirus-no-brasil-e-maior-que-o-registrado>. Acesso em: 22 dez. 2020.

12. ORELLANA, J. D. Y., et al. Excesso de mortes, subnotificação de COVID-19 e desigualdades. *Cad. Saúde Pública*, v. 37, n. 1, p. 1, 2021.

13. VALERY, G. Brasil se aproxima de 100 mil mortos pela covid-19. Mudanças são urgentes, diz Fiocruz. Rede Atual Brasil. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2020/08/brasil-se-aproxima-de-100-mil-mortos-por-covid-19-mudancas-sao-urgentes-diz-fiocruz/>. Acesso em: 22 dez. 2020.

14. ROUBICEK, M. Como ler os dados do desemprego na pandemia. Nexo. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/06/30/Como-ler-os-dados-do-desemprego-na-pandemia>. Acesso em: 22 dez. 2020.

15. MYTTON, O., et al. Mortalidade devido à pandemia de gripe (H1N1) 2009 na Inglaterra: uma comparação da primeira e da segunda ondas. *Epidemiology and Infection*, v. 140, n. 9, p. 1533-1541, 2012.

Aos profissionais de saúde, atribui-se o papel de serem heróis, ao mesmo tempo que são submetidos à falta de condições de trabalho mínimas, seja de infraestrutura, materiais ou Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC) e Individual (EPI), a jornadas de trabalho extenuantes e a riscos psicossociais imensuráveis.

A exacerbação dos riscos ocupacionais durante a pandemia é uma realidade vivenciada por todos trabalhadores e trabalhadoras e demandará intervenções no curto, médio e longo prazo. A reabertura de serviços não essenciais como comércio, restaurantes, locais públicos e escolas, proposta por governantes já a partir da metade do ano de 2020, mesmo sem qualquer tipo de redução sustentada de novos casos ou melhoria da curva epidêmica no País, coloca em risco toda a população, podendo levar muitas cidades a uma segunda onda de mortalidade³, assim como já aconteceu em outras regiões do planeta, por ocasião da pandemia de gripe suína (H1N1) em 2009¹⁵.

A suspensão parcial e/ou total das medidas de distanciamento físico tem resultado no aumento de mortes por Covid-19 no Brasil. Não por acaso, em torno de 70% das mortes que ocorreram no País até meados de agosto de 2020 foram confirmadas justamente nos meses de junho e julho, coincidindo com

a suspensão das frágeis medidas de distanciamento físico em grandes metrópoles brasileiras¹³.

Os sequenciais erros na gestão da epidemia no Brasil, aos poucos, vão nos obrigando a conviver com o luto diário, seja por mortes direta (específicas por Covid-19) ou indiretamente associadas à epidemia¹². Além dos mais de 110 mil óbitos registrados por Covid-19 até meados de agosto de 2020, somam-se as mais de 40 mil mortes por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) com causa 'indeterminada', além de milhares de outros óbitos decorrentes da falta de assistência a pacientes com doenças crônicas.

Não só milhares de trabalhadores e trabalhadoras adoeceram ou perderam suas vidas pela falta de controle na disseminação da Covid-19, mas outros milhares de comunicantes também, como familiares e contatos próximos. À classe trabalhadora, cabe a luta pela sobrevivência. Tão ou mais necessário, hoje em dia, é a defesa de um trabalho digno, seguro e não adoecedor, bem como de direitos trabalhistas historicamente conquistados. Todos esses fatores somados culminam com o cenário social e sanitário extremamente complicado que vivenciamos hoje, o qual impõe desafios históricos àqueles e àquelas que dependem da sua força de trabalho para sobreviver.

‘E DAÍ?’ INDIFERENÇA E NEGACIONISMO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Diego de Oliveira Souza

Introdução

A pandemia de Covid-19 revela-se um fenômeno de interesse científico geral, extrapolando as ciências da saúde, sobremodo pela relação direta que seu enfrentamento possui em face de decisões políticas e, inclusive, na área econômica, quando da necessidade da garantia das condições de reprodução social dos indivíduos em tempos de ‘distanciamento social’.

Diríamos até que, antes de tudo isso, a dimensão econômica é uma das determinações da complexa dinâmica da pandemia. Sua rápida propagação encontra as condições ideais no estilo de vida mundial consoante com a atual fase contemporânea do capitalismo (acelerado, de grande trânsito pelo mundo, de busca pelo interesse individual etc.) em combinação com as características inerentes ao próprio Sars-CoV-2¹.

No Brasil, a pandemia assume contornos dramáticos em maio de 2020, ultrapassando 10 mil mortos logo nos primeiros dias do mês². O esperado seria uma condução político-sanitária incisiva no enfrentamento do problema, de articulação nacional, com produção de informação epidemiológica precisa e apoio aos que estão na linha de frente do combate. Além disso, a empatia pelas milhares de famílias que perderam seus entes seria a postura esperada da parte de qualquer governante, ainda que representando uma instituição tipicamente capitalista – o Estado.

É nesse contexto que apresentamos o ensaio, a fim de refletir sobre a postura do presidente da República Federativa do Brasil, Jair Messias Bolsonaro. Como recorte particular, partimos da frase “*E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê?*” do presidente,

1. SOUZA, D. O. A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 25, supl. 1, p. 2469-2477, 2020.

2. BRASIL. Painel Coronavírus. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 23 dez. 2020.

em 28 de abril de 2020, ao ser interpelado sobre o fato de o número de óbitos no Brasil ter ultrapassado o da China, país de origem da pandemia³.

A concatenação, a partir do materialismo histórico, considera a concepção de saúde enquanto processo social, determinado pela articulação entre forças produtivas e relações sociais de produção, mas, conjunturalmente constituído com importante participação da esfera política.

A indiferença (de classe) do Estado burguês na sua face mais bárbara

A frase dita por Bolsonaro – que tomamos por mediação de análise – expressa a falta de pesar pelos óbitos decorrentes da pandemia de Covid-19 e a indiferença daquele que deveria ser o principal implicado no processo de enfrentamento de problemas no País.

Para além, essa mediação manifesta, barbaramente, o tipo de postura que o espírito capitalista é capaz de produzir, mais especificamente, na personificação de um líder de Estado, representante de um projeto político de extrema-direita em ascensão. Projeto marcado pela máxima “liberal na economia e conservador nos costumes”, por mais sincrética que pareça, porque “as expressões da realidade brasileira evidenciam que é possível ser liberal e conservador ao mesmo tempo, na defesa de preceitos como a meritocracia, a propriedade privada, a redução do Estado, a valorização de instituições tradicionais e o corte de direitos sociais”⁴⁽⁵¹⁾.

Tal dinâmica atinge seu apogeu, em termos internacionais, com a implosão do taylorismo/fordismo, quando as crises até então cíclicas do capital assumem um caráter crônico, o que torna evidente os limites desse sistema para se (auto)reproduzir. Segundo Mészáros⁵, a partir da década de 1970, o capitalismo entra em outro tipo de crise, de caráter estrutural, duradouro, que afeta a totalidade do sistema. No entanto, a dinâmica capitalista continua se arrastando graças, entre outras, à articulação neoliberal entre Estado e economia, com a hipertrofia da especulação financeira que lhe é corolária. Por vezes, no interior dos momentos cíclicos da crise estrutural, é preciso “pesar a mão” na implementação das medidas neoliberais, em especial nas economias dependentes, como o Brasil. Com isso, a face mais vil da desumanidade capitalista erupciona e, mesmo no bojo da maior crise humana em tempos, não consegue ser contida.

A trajetória política recente do Brasil trouxe todos os ‘ingredientes’ necessários à consubstanciação dessa face bárbara, visto que a correlação de forças atual produziu um projeto conservador, da ultradireita, que obteve êxito em emular os descon-

tentamentos de parte da população ante escândalos de corrupção de governos anteriores. Sob a falácia populista de ser antissistêmico mais o apoio de um aparato ideológico com ampla penetração no mundo digital, esse projeto, personificado em Bolsonaro, venceu as eleições e transformou tudo aquilo que se relaciona à perspectiva progressista em algo que faz parte de um suposto sistema corrompido e que deve ser combatido. Até mesmo a defesa da vida ou do conhecimento, quando não se alinha aos interesses de tal projeto, é desqualificada e atacada. Não surpreende, assim, que a indiferença à vida, quase sempre camuflada, a exemplo de outras nações capitalistas (devido às variações dos ‘ingredientes’ e da correlação de forças), apareça nua e crua em alguns países, como no Brasil.

A nosso ver, esse é o caráter que subjaz à indiferença presidencial, lembrando, quando afirma que: “A indiferença atua poderosamente na história. Atua passivamente, mas atua”⁶.

A argumentação de Gramsci⁶ é direcionada aos indiferentes às lutas de classe, em especial aos omissos no que tange à sua própria posição de classe. Não obstante, podemos ampliar a análise sobre a indiferença a partir desse princípio e de seu papel na história, localizando-a no seio do capital e de seus representantes, quando se trata de perceber as necessidades efetivamente humanas. Considerando que capitalistas e trabalhadores representam classes diametralmente opostas, o ato de se importar com qualquer necessidade dos trabalhadores (consequentemente, afeita à emancipação humana), no limite, é incompatível à natureza do capital.

Note-se que se trata de uma indiferença à vida, mas, sobretudo, quando essas vidas são da classe trabalhadora, justamente ela que está no *front* contra a pandemia. Trata-se, portanto, de uma indiferença de classe (da burguesia) em relação às necessidades da classe trabalhadora, consubstanciada na dinâmica do antagonismo de classe (de acúmulo *versus* pauperismo) expressa na sua faceta política e, consequentemente, contra a emancipação humana. É uma indiferença cujo sentido é favorecer os interesses da burguesia (sobretudo econômicos), também evidente na narrativa presidencial quando conclama pela volta à normalidade, às atividades econômicas, dos serviços etc., sobrepondo-se à ciência e à vida.

Negacionismo: a afirmação dos interesses de classe

Articulado ao desdém particularizado no “*E daí?*”, o presidente da República Federativa do Brasil nega insistentemente a gravidade da Covid-19

3. GARCIA, G. ‘E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê?’, diz Bolsonaro sobre mortes por coronavírus; ‘Sou Messias, mas não faço milagre’. G1. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/28/e-dai-lamento-quer-que-eu-faca-o-que-diz-bolsonaro-sobre-mortes-por-coronavirus-no-brasil.html>. Acesso em: 23 dez. 2020.

4. KELLER, R. J., et al. “Liberal na economia e conservador nos costumes” um arranjo sincrético na política brasileira pós-golpe de 2016. *Fronteras*, v. 13, p. 44-52, 2019.

5. MÉSZÁROS, I. *Para além do Capital: rumo a uma teoria da transição*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2009.

6. GRAMSCI, A. *Os Indiferentes*. Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/gramsci/1917/02/11.htm>. Acesso em: 23 dez. 2020.

7. UOL. 'Gripezinha': leia a íntegra do pronunciamento de Bolsonaro sobre covid-19. UOL. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/03/24/leia-o-pronunciamento-do-presidente-jair-bolsonaro-na-integra.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em 23 dez. 2020.

8. MORAES, L. E. S. O *Negacionismo e as Disputas de Memória: reflexões sobre intelectuais de extrema-direita e a negação do holocausto*. Disponível em: http://encontro2008.ri.anpuh.org/resources/content/anais/1212957377-ARQUIVO_Artigo-ANPUH-2008.pdf. Acesso em: 23 dez. 2020.

9. GASTALDI, F. C. Gramsci e o negacionismo climático estadunidense: A Construção do Discurso Hegemônico no Antropoceno. *Neiba*, v. 7, n. 1, p. 1-19. 2018.

equiparando-a à “gripezinha/resfriadinho”⁷. Postura contrária às evidências científicas, negando, inclusive, exemplos de nações que retardaram intervenções para contenção da pandemia e viram seus sistemas de saúde colapsarem. Novamente constatamos o tipo de político forjado pela face mais vil do capitalismo na sua forma desnuda, sem véus ou maquilagens, no Brasil de 2020.

Cumpre destacar que o negacionismo é um mecanismo há tempos utilizado para a afirmação dos interesses de classe, haja vista, por exemplo, a negação do Estado Medieval sobre as descobertas iluministas, o que, naquele momento, interessava à classe nobre (senhores feudais e clero). Porém, enquanto corrente política sistematizada, com reflexos inclusive acadêmicos, o negacionismo surge como subterfúgio para negar o holocausto e todas as responsabilidades do governo alemão da época⁸.

Diante disso, o negacionismo comparece enquanto artifício político utilizado por determinados grupos com fins de mistificação (ou, mesmo, falseamento) das origens, motivações e resultados de seus próprios atos ou de seus aliados, no passado, no presente ou no que pode vir a ser. Analogamente, o termo também tem sido utilizado em relação às alterações climáticas, com caráter similar, quando se defende que as mudanças climáticas não possuem relação com a ação humana ou, até mesmo, afirma-se que não existem alterações climáticas, pois tudo não passaria de uma invenção conspiratória⁹.

No caso da Covid-19, isso se traduz na negação da importância epidemiológica da doença, contrariando os dados; das preocupações científicas ante as incertezas de cura e imunização; e das orientações dos especialistas em saúde pública, quando alertam sobre a capacidade dos sistemas de saúde em face da velocidade da pandemia. Ou seja, negar as evidências se faz necessário quando elas ultrapassam os limites da incorporação socio-metabólica pelo capital, ameaçando o seu projeto internacional, ou, no caso, sua face nacional. As personificações do capital mais bárbaras são evocadas a fim de, sem pudor, contraporem-se às evidências, inclusive propagando dados e fatos falsos sobre o assunto. Ainda que a história vá demonstrando que os negacionistas estão errados, eles sempre podem lançar mão da mesma postura para falsear o passado e deslocar suas responsabilidades a outrem.

Em outras nações, o negacionismo inicial na pandemia esbarrou nos interesses do próprio sistema, sobretudo pela ameaça à reprodução da força de trabalho. Ou seja, ainda que o capitalismo seja mortificante por natureza, não interessa a ele que

a classe trabalhadora seja dizimada, pois não existe produção de capital sem os trabalhadores. Some-se a isso o fato de que as circunstâncias em países de capitalismo avançado (que não têm os ‘ingredientes’ peculiares do Brasil atual) não suprem o lastro necessário para que suas autoridades façam ecoar os pensamentos negacionistas que, por vezes, transcendem o surreal. Devemos lembrar que Giuseppe Conte (primeiro-ministro da Itália) foi contra as medidas de distanciamento social em um primeiro momento, mas precisou se desculpar, tendo em vista a grande quantidade de óbitos na Itália, que se tornou o epicentro da pandemia naquela oportunidade. Em seguida, o epicentro da pandemia passou a ser os EUA, país no qual o presidente, Donald Trump, também apresentou resistência às medidas de distanciamento por ocasião dos primeiros casos no País. A reprise veio com Boris Johnson, primeiro-ministro do Reino Unido, acrescido do fato de ter ele mesmo contraído a doença.

Em algumas ocasiões, o capitalismo atua de modo mais sutil ou faz concessões a fim de manter o essencial, sobretudo nos países centrais, mostrando uma face que os próprios burgueses classificam como civilizada. Esse não é o caso do Brasil de 2020, tendo em vista o negacionismo em face da Covid-19, incisivamente reproduzido pelo seu presidente, mesmo com o aumento de casos e mortes.

O desprezo pela ciência, pela universidade, pelo SUS e pelos trabalhadores brasileiros é expressão da postura capitalista na sua forma mais transparente de ser, consubstanciada em um chefe de Estado fabricado pela aliança do grande capital com a política (neo) fascista, a fim de concretizar seu projeto extremista, custe o que custar. Resta saber até quando esse tipo bárbaro será útil ao Estado burguês, com sua fugacidade e demandas mutantes, muitas vezes oscilantes entre estratégias mais eufemísticas ou mais incisivas. Enquanto isso, o prejuízo à vida vai se efetivando a largos passos, talvez sem precedentes mundiais desde as duas grandes Guerras. Resistir às investidas contra a humanidade e, mais do que isso, atacar o sistema desde suas raízes revelam-se, cada vez mais, imprescindíveis.

À guisa de conclusão

A indiferença e o negacionismo do presidente do Brasil se juntam a uma série de outras questões que inviabilizam um projeto consistente de combate à pandemia no País, haja vista as constantes trocas, por exemplo, de ministro da Saúde (até julho de 2020, foram duas trocas de ministro com a pandemia em curso) e o frágil (ou ausente) planejamento tripartite para conter os casos e os óbitos.

Como resultado dessas questões, o Brasil se tornou um dos epicentros da pandemia desde maio de 2020. Até 11 de agosto, o Brasil apresentava 3.057.470 casos e 101.752 óbitos, ficando atrás apenas dos EUA¹⁰.

Modulada pela indiferença de classe, a pandemia de Covid-19 se volta, com mais violência, contra os trabalhadores. Em especial, os efeitos são sentidos sobre aqueles que estão na linha de frente contra o novo coronavírus, a exemplo dos trabalhadores da saúde, mas também nos trabalhadores de supermercados, aplicativos de entregas de alimentos e outros produtos, de frigoríficos, da limpeza urbana, entre outros.

Com efeito, as reverberações da pandemia acentuam a degradação da saúde dos trabalhadores, em alto patamar desde antes. Acentuam-se, sobretudo, as estratégias de precarização do trabalho disfarçadas de empreendedorismo e as formas de prolongamento da jornada de trabalho,

por meio do *home office*, sobrepondo a jornada de trabalho com as tarefas domésticas.

Finalmente, a falta de estrutura dos serviços de saúde – agora especialmente no que diz respeito à segurança dos trabalhadores da linha de frente – e a debilidade da proteção social aos trabalhadores que já viviam no limite (ou além dele) são elementos que fizeram a Covid-19 assumir tamanha gravidade. Deve-se considerar que a negação das evidências sobre a melhor maneira, científica, de combater a pandemia não é nenhuma surpresa tendo em vista a incompatibilidade desse sistema com a vida humanamente plena. Que isso seja ignorado por alguns líderes mundiais, colocando em risco a todos e, principalmente, os trabalhadores, também não surpreende, embora sempre seja impactante. A pandemia apenas ratifica, com mais pujança, que a indiferença de classe adoce e mata.

10. JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE). Disponível em: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>. Acesso em: 23 dez. 2020.



Foto: Arquivo DCO

NO FUNDO DA MINA: MINERAÇÃO E SAÚDE DO TRABALHADOR¹

Ricardo Junior de Assis Fernandes Gonçalves

Os desastres da mineração ocorridos em Mariana (MG) (novembro de 2015) e Brumadinho (MG) (janeiro de 2019), provocados por rompimentos de barragens de rejeitos de minério de ferro, demonstraram que esse setor extrativo representa um problema ambiental, político e econômico que requer atenção crítica. Esses eventos, que também podem ser compreendidos como ‘acidentes de trabalho ampliados’, revelaram que

o modelo de mineração no Brasil é um modelo predatório do ambiente e da ST.

Com efeito, além das barragens, os riscos da mineração compreendem uma larga rede extrativa que conecta minas a céu aberto ou subterrâneas, pilhas de estéril, minerodutos, ferrovias, siderúrgicas e terminais portuários. Essa rede extrativa representa, ao mesmo tempo, uma rede de impactos na saúde dos trabalhadores e de conflitos ambientais. Todavia, no

1. Parte dos resultados publicada em ‘Na boca do inferno: os trabalhadores da mineração’, Coluna Opinião, 14/05/2020, site <https://www.multiplicadoresdevisat.com/>. O autor agradece o apoio de Larissa Santhomé e Danniella Castro, da Superintendência de Vigilância em Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás.

presente texto, selecionamos resultados de pesquisas em uma mina a céu aberto localizada em Goiás para problematizar a relação entre mineração e ST.

Demonstra-se que, nos territórios extrativos, a deterioração ambiental é indissociável da fratura da saúde-trabalho. Essa constatação foi observada na mina Boa Vista, de propriedade da empresa CMOB Brasil (subsidiária da corporação China Molybdenum), responsável pelos processos de extração e de metalurgia de nióbio em Catalão (GO) e Ouidor (GO).

A mina Boa Vista é uma megacava perfurada em negativo na crosta terrestre. Esse empreendimento transformou lugares ocupados por agricultores familiares em um território de exploração mineral em grande escala. Por isso, é um território que exige atenção e ação enérgicas e efetivas de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat).

Com efeito, a partir do mapeamento dessa realidade e com o objetivo de identificar e intervir na prevenção dos riscos de agravos à saúde dos trabalhadores da mina Boa Vista, fiscais da Superintendência de Vigilância em Saúde (Suvisa) do estado de Goiás coordenaram uma ação de fiscalização sanitária em ST nesse empreendimento minerário em julho de 2019. Além dos fiscais da Suvisa, essa ação local contou com representantes sindicais, servidores do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) Regional Itumbiara, da Regional de Saúde Estrada de Ferro, da Vigilância Sanitária Municipal de Catalão e pesquisadores da Universidade Estadual de Goiás (UEG).

A ação conjunta de Visat na mina propiciou procedimentos de observação direta dos ambientes e relações de trabalho, bem como aplicação de entrevistas estruturadas e mapeamento de riscos ocupacionais. Posteriormente, a análise de material documental da empresa permitiu a descrição do perfil dos trabalhadores e o aprofundamento da percepção dos riscos de exposição aos ambientes e processos de trabalho na mina Boa Vista. Por exemplo, identificou-se que há 726 trabalhadores no complexo da mina Boa Vista, dos quais 59,3% (430) do total são contratos diretos; e 40,7% (296) são terceirizados.

Adentrar o interior de uma mina é como se afundar em uma grande cova. No fundo da mina a céu aberto, a sensação é a de estar entranhado em um ambiente arruinado e esterilizado. A ação vertical e avassaladora da mineração provoca a destruição irreversível das paisagens locais. As tonalidades de cinza e amarelo ilustram as cores da degradação cancerosa de ecossistemas. Ademais, observa-se o fluxo ininterrupto de maquinários e caminhões, o barulho estrepitoso de perfuratrizes, o calor abrasivo e a movimentação

de trabalhadores expostos ao sol, como se estivessem dentro da 'boca do inferno'.

No fundo da mina, o trabalho extenuante provoca o esgotamento da saúde dos trabalhadores na mesma medida da dilapidação dos minérios. É um processo de maquinação dos bens territoriais e da saúde dos trabalhadores. Por consequência, a mina pode ser considerada um 'território de adoecimento'. Se a mineração promove a pilhagem de terra, água e minério, ela implica também a fratura do corpo dos trabalhadores por meio de doenças respiratórias, amputação de membros, perda auditiva e adoecimento psíquico. A extração de minérios promove também a 'extração do homem'².

Os riscos dos agravos à saúde dos trabalhadores da mineração promovem a 'morte lenta no trabalho'³ ou a 'morte imediata' por meio de acidentes. Assim, a inserção direta no ambiente da mina Boa Vista e as entrevistas com trabalhadores contribuíram para a identificação dos riscos de acidentes e deterioração do trabalho na mineração. Nas entrevistas, os trabalhadores descreveram aspectos do cotidiano na mina ao se referirem à monotonia, trabalho noturno, repetitividade de funções, horas extras e carga de trabalho extenuante.

Quanto à percepção de risco, os entrevistados reconheceram potenciais riscos de agravos à saúde, como exposição à poeira, calor, ruído, vibração, manuseio de produtos químicos, radiação solar, desmoronamento, colisão e atropelamento, postura e levantamento de peso. Igualmente, foram nomeados outros riscos, entre eles: uso de explosivos para desmonte de rochas, prensamento de membros, torção, queda e tropeço nos fragmentos de rochas soltas no fundo da mina.

Insuflados em um ambiente de maquinários pesados, desmonte de rochas por uso de explosivos, poeiras, vibrações e ruídos, os trabalhadores entrevistados descreveram distintos sinais e sintomas que sublinham a deterioração do trabalho. Os relatos de cansaço mental, cansaço físico agudo, dores nas pernas, braços e coluna, ardor nos olhos e uso de medicamentos antidepressivos demonstram que uma mina a céu aberto é um "território de deterioração do trabalho ou de adoecimento".

Por consequência, os trabalhadores da mineração requerem a ação contínua, cotidiana e sistemática da Visat. Pois, a ausência dela continuará expondo esses sujeitos a mais acidentes, doenças, sofrimentos e mortes no trabalho. Além disso, no campo da ST, a luta contra os 'territórios de adoecimento' é contínua para que no horizonte possível todos possam viver, morar, trabalhar, alimentar, brincar e sorrir em territórios plenos de saúde, solidariedade, justiça e dignidade.

2. GROSSI, Y. S. *Mina de Morro Velho, a extração do homem: uma história de experiência operária*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

3. REBOUÇAS, A. J. A., et al. *Morte lenta no trabalho*. São Paulo: Oboré Editorial, 1989.



Foto: Agência Nacional de Mineração

Mina Boa Vista, GO.

A POEIRA DOS DIAS: SAÚDE E MEMÓRIA DOS MINEIROS DA MORRO VELHO

Tádzio Peters Coelho

Um vagão emerge lentamente das profundezas da abissal mina de Morro Velho. O pequeno vagão se move em direção à saída da mina, onde longe figura um raio de luz. Sabemos que o vagão está em meio à escuridão por causa de uma pequena lanterna. Não é possível ver os mineiros transportados pelos trilhos, mas sabemos que estão lá, em algum lugar em meio ao breu. Também não conseguimos ver o vagão chegar ao destino. O corte da filmagem antes da chegada do vagão à saída da mina passa a sensação claustrofóbica de aqueles mineiros se perderam para sempre na mina. O que acabo de descrever é a cena final do documentário 'Tantos e Quantos: os mineiros do Morro Velho'¹, que produzi entre os anos de 2010 e 2014. No vagão das memórias, o gatilho que destrava essa lembrança é a terrível pandemia de Sars-CoV-2.

Localizada em Nova Lima (MG) e municípios do entorno, a mina de Morro Velho – hoje pertencente à mineradora sul-africana Anglo Gold Ashanti – foi, durante parte do século XX, a mais profunda do mundo com 2.543 metros de profundidade². Iniciou-se a exploração mineral na Morro Velho em 1693; e, em 1834, foi comprada pela empresa inglesa Saint John Del Rey Mining Company, que manteve sua propriedade até 1959. Para ter uma noção da importância da Morro Velho, em 1866, essa mina chegou

a representar quase 2% das exportações brasileiras³. Em 1980, contava com um efetivo de 2.138 mineiros no subsolo e 3.619 operários no total².

Ao longo do século XX, o trabalho dos mineiros na Morro Velho era realizado sem as condições apropriadas. Não havia instrumentos de proteção que impedissem a inalação do pó da sílica suspenso pela mina. Dessa forma, dentro dos túneis subterrâneos da mina, muitos dos mineiros adquiriram um tipo de pneumoconiose, a silicose, uma doença pulmonar obstrutiva crônica decorrente da inalação da poeira da sílica. As partículas da sílica instaladas no pulmão endurecem e reduzem progressivamente a capacidade respiratória da vítima, desenvolvendo a tuberculose pulmonar, o câncer de pulmão e a insuficiência renal⁴. A poeira da sílica pode ser encontrada em diversas atividades associadas à mineração, tais como a extração de ouro, o beneficiamento de granito e pedras em geral e no jateamento de areia. Em 2007, estimava-se que 67,6% dos trabalhadores em Minas Gerais ocupados no setor extrativo mineral (41.761 trabalhadores) estavam expostos à sílica⁵. Em tempos de pandemia, essa situação é ainda mais preocupante, pois as doenças pulmonares crônicas são um fator de risco para o agravamento da Covid-19⁶.

Descrita pela população de Nova Lima e região como 'doença da poeira', a silicose está terrivelmente associada à história dessas cidades. No brasão da

1. COELHO, T. *Tantos e quantos: os Mineiros do Morro Velho*. 2017. Vídeo (43,25 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=0YJj-Q3H-RSc&t=3s>. Acesso em: 23 dez. 2020.

2. GROSSI, Y. S. *Mina de Morro Velho, a extração do homem: uma história de experiência operária*. Paz e Terra: Rio de Janeiro, 1981.

3. LIBBY, D. *Trabalho escravo e capital estrangeiro no Brasil*. Belo Horizonte: Editora Itatiaia, 1985.

4. TERRA FILHO, M., et al. *Silicose*. *J. bras. pneumol.*, v. 32, supl. 2, p. S41-S47, 2006.

5. RIBEIRO, F. S. N. (Coord.). *O mapa da exposição à sílica no Brasil*. Rio de Janeiro: UERJ, Ministério da Saúde, 2010.

6. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Folha informativa COVID-19 – Escritório da OPAS e da OMS no Brasil*. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 23 dez. 2020.

7. MINAYO, M. C. S. *De ferro e flexíveis*. Garamond: Rio de Janeiro, 2004.

8. MARTINS, R. T. O. Saúde do Trabalhador: mineiros de Nova Lima/MG e a luta contra a silicose. *Coletiva*, n. 2, 2010. Disponível em: <http://coletiva.labjor.unicamp.br/index.php/artigo/saude-do-trabalhador-mineiros-de-nova-lima-mg-e-a-luta-contra-a-silicose/>. Acesso em: 23 dez. 2020.

9. TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO. *Justiça aumenta em mais de 10 vezes indenização para família de vítima de silicose*. Disponível em: http://www.tst.jus.br/pmnnoticias/-/asset_publisher/89Dk/content/id/5991398. Acesso em: 23 dez. 2020.

10. MINAS GERAIS. Assembleia Legislativa. *CPI ouve denúncias sobre atividade de mineradora*. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/acompanhe/noticias/arquivos/2001/12/Not294391.html>. Acesso em: 23 dez. 2020.

cidade de Raposos (MG), há um lenço roxo representando as viúvas dos mineiros que morreram de silicose. Também eram frequentes os acidentes dentro da mina, alguns envolvendo centenas de vítimas, como o incêndio de 1857 e o desmoronamento de 1884³. O medo do 'choco' aparece nos relatos dos mineiros, a rocha que desmorona e que tem esse nome pelo som emitido quando atinge o chão. Os extremos de temperatura na mina, assim como o frio das partes mais próximas à superfície e o calor das entranhas da terra, também prejudicavam a saúde dos mineiros.

Entretanto, a memória dos mineiros da Morro Velho não é marcada somente por tragédias, mas também por luta. Eles formaram um dos primeiros núcleos no Brasil do Partido Comunista na década de 1930². Na primeira fase da Companhia Vale do Rio Doce (CVRD), grande parte dos trabalhadores vinha da Morro Velho, trazendo de lá a bagagem organizativa, o que foi uma das causas da primeira greve da história da CVRD ocorrida em 1945. Pouquíssimo dessa greve ficou registrado, demonstrando a ação eficaz da própria empresa em desmemoriá-la da coletividade operária⁷. Eram quatro os líderes da greve, e todos vieram da Morro Velho. Como eram capatazes, utilizaram de sua hierarquia intermediária para mobilizar os operários, destruindo alojamentos e oficinas. A reação veio por meio de um destacamento de 60 policiais de Belo Horizonte enviado à Itabira para repressão da greve. Os líderes foram demitidos, e nada se sabe do rumo que tomaram após o episódio⁷. Por fim, os mineiros da Morro Velho foram uma das únicas categorias que iniciaram uma greve após o golpe civil-militar, em 1964, o que gerou forte repressão com a ocupação de Nova Lima por forças militares².

O modelo de reparação pautado pelas demandas das empresas de mineração, que se percebe nos rompimentos de barragens da Vale, já existia nos processos dos mineiros da Morro Velho. A maioria dos trabalhadores acometidos pela silicose faleceu sem receber qualquer tipo de indenização. Em 1991, surgiu o Movimento

dos Silicóticos, que buscava indenizações para 694 trabalhadores aposentados da Mineração Morro Velho. Houve um acordo judicial em 1999, no qual a empresa deveria pagar 20 mil reais por trabalhador, e a metade do valor seria paga em lotes⁸. Em ações mais recentes, as indenizações chegaram a 120 mil reais⁹. Em 2001, foi criada uma Comissão Parlamentar de Inquérito na Assembleia Legislativa de Minas Gerais com o objetivo de apurar possíveis irregularidades nas minas da Mineração Morro Velho Ltda¹⁰, então subsidiária da Anglo Gold Ashanti. Entre 2008 e 2014, entrevistei dezenas de ex-trabalhadores da Morro Velho que ainda lutavam pelas indenizações, todos faleceram sem ver o fim de seus processos.

A reparação passa também pela memória. Poderíamos esperar que houvesse algum tipo de processo de reparatório, buscando a verdade sobre o acontecido e a produção de memória coletiva. A memória é resultado de um processo de interação social. Por meio dela, pensamos no passado subjetivado, o que afeta diretamente nossa percepção do presente. A memória é elemento fundamental para a compreensão de práticas do presente. As construções coletivas do presente guardam memórias de experiências passadas. A memória da injustiça constitui importante papel na construção de um regime democrático porque a memória não é apenas individual, mas é construída socialmente. A memória anda lado a lado com a verdade e com a justiça.

Na poeira dos dias de pandemia, resgato em minha memória esse período de quando os acompanhei na luta diária por reconhecimento e reparação. As visitas à Associação Brasileira de Vítimas da Mineração (Abravim), às casas de seus filhos, sobrinhos e netos, o Sindicato dos Mineiros, na boca da mina a morte à espreita. Rememorar essas pessoas não é um processo pacato, pois emerge da escuridão da mina uma impotência secular. O sentimento causado pela injustiça se manifesta com um nó na garganta e nessa prosa sem rumo. Na poeira dos dias, o esquecimento ainda vitima esses mineiros.

Saint John Del Rey Mining Company em Morro Velho, Nova Lima, 1868.



Foto: Augusto Riedel

SE RAMAZZINI E SEMMELWEIS FOSSEM VIVOS...¹

A CENTRALIDADE DO TRABALHO SERIA CONSIDERADA NA PANDEMIA²

Rosângela Gaze
Rodrigo Emídio Silva

1. Textos adaptados dos artigos publicados em 10/07/2020 e 15/04/20 no site <https://www.multiplicadoresdevisat.com/>.

2. Agradecemos ao Prof. Volney de Magalhães Câmara pelo estímulo a este ensaio.

Este ensaio desenvolve argumentação alicerçada em fatos divulgados durante a pandemia a partir da contribuição de dois médicos de períodos históricos e contextos sociais diversos. Mediante recursos da narrativa ficcional, imaginando-se na posição de Bernardino Ramazzini³ (Carpi/Itália, 1633 – Pádua/Itália, 1714) e de Ignaz Semmelweis⁴ (Budapeste/Hungria, 1918 – Viena/Áustria, 1865), aborda-se a contribuição do legado ético-científico desses pesquisadores na compreensão e enfrentamento da pandemia.

A Covid-19 aportou na China desencadeando investigações epidemiológicas, anatomopatológicas, biomoleculares, clínicas e outras. Infográficos georreferenciados monitoram a ocorrência diária de casos e óbitos; analisam a distribuição espacial, sexual e etária; a evolução de internações e a demanda por leitos.

A variável ocupação⁵ permanece ausente do monitoramento (em tempo real) dos casos e óbitos e das análises epidemiológicas. A ocorrência de casos e mortes entre profissionais da saúde e em categorias profissionais classicamente expostas a risco biológico reconhecido gera perplexidade, comoção e gratidão. Outras categorias – consideradas essenciais à manutenção da vida – despertaram interesses pela dependência, e receio de contaminação de toda a sociedade, aos serviços prestados por comerciantes de mercados, farmácias, motoristas de transporte coletivo, de entrega em domicílio, bancários, operários de frigoríficos...

Seriam esses os trabalhadores expostos ao risco da Covid-19?

Se Ramazzini fosse vivo...

Bernardino Ramazzini³ (1633-1714) – Pai da Saúde do Trabalhador – foi um médico italiano do norte da Itália. Estudou e escreveu sobre 'As Doenças dos Trabalhadores' (1700)⁶, cujo legado ensina os que desejam compreender o adoecimento e a morte no trabalho.

Se Ramazzini fosse vivo...

Ouviria o que metalúrgicos brasileiros, italianos, americanos, canadenses estão dizendo. Questionaria... "Onde, como, em que grupos de pessoas se espalha

a Covid-19? Por que os metalúrgicos pararam as atividades na indústria automotiva italiana em meados de março, no início da explosão de casos no norte da Itália?".



Foto: Wikimedia Commons

Escutaria os trabalhadores da indústria do Norte da Itália:

Não foram impostas quaisquer restrições às operações das grandes empresas, que continuam mandando os trabalhadores para as abarrotadas linhas de montagem e sugando os lucros da força de trabalho, enquanto os trabalhadores e suas famílias são infectados por uma doença intratável e potencialmente fatal.

[...] a Fiat Chrysler anunciou o fechamento da planta de Pomigliano, assim como das instalações em Melfi, Atessa e Cassino [...alegando] que as fábricas seriam 'higienizadas' para, em seguida, tentar forçar os trabalhadores a voltar ao trabalho – demonstrando seu desprezo criminoso pelo perigo de contágio entre os operários e outros funcionários das fábricas.

Os trabalhadores do estaleiro Fincantieri [...] Ligúria, paralisaram o trabalho após um operário ter sido testado positivo para o coronavírus, e a greve se espalhou rapidamente para outros estaleiros [...].

Os trabalhadores estão em greve contra o coronavírus, ou melhor, contra o governo que mantém as fábricas funcionando apesar do coronavírus.

As paralisações estão também afetando toda a indústria siderúrgica italiana.

3. FÓRUM INTERSINDICAL. Se Ramazzini fosse vivo... *Boletim Informativo do Fórum Intersind. Saúde Trab. Direito*. Ano II, n. 24, p. 1-9, 2017.

4. GAZE, R. Se Semmelweis fosse vivo... Opinião, MVisat, 15/04/20. Disponível em: https://15557d4b-846d-4ca4-a-9f7-0518a88199e2.usrfiles.com/ugd/15557d_4804c4fd44814e-c9a41b52306c87d2dc.pdf. Acesso em: 23 dez. 2020.

5. GAZE, R., et al. VERGONHA! Entenda porque a categoria Trabalho é tão negligenciada. 'Atualize-se em tempo de coronavírus'-MVisat. Disponível em: https://48209fd4-9e-54-4385-b712-c09bfc7c2b87.filesusr.com/ugd/15557d_ff7eee-e392c546a0a2564e82bb5e5eff.pdf. Acesso em: 23 dez. 2020.

6. RAMAZZINI, B. *As doenças dos trabalhadores*. 4. ed. São Paulo: Fundacentro, 2016.

Mais de 450 operários da indústria têxtil Cornelian, em Mântua, paralisaram [...] contra o fracasso do governo... em ordenar o fechamento das empresas que não estão envolvidas na luta contra o vírus.

A onda de greves foi silenciada quase por completo pela mídia corporativa internacional: a classe dominante está apavorada que a mesma explosiva raiva esteja crescendo em toda parte e que o exemplo dos trabalhadores italianos seja seguido em todo o mundo⁷.

O armazém não é desinfetado, as ferramentas não são desinfetadas.

[...] a maioria dos trabalhadores não tem máscaras protetoras.

Eles só nos dão um par por dia. E o álcool-gel não é visto há muito tempo.

Contra os patrões e o coronavírus, nossa saúde vem antes que seus benefícios.

Não somos carne de matadouro⁸.

Se Ramazzini fosse vivo, perguntaria:

Por que não se tem noticiado estes movimentos espontâneos de trabalhadores? Estas falas sobre o que se passa de fato nas fábricas – muitas ‘dedicadas’ à produção de bens supérfluos como carros e vestes de luxo – poderiam adicionar elementos sobre o ‘comportamento’ do vírus? Conhece-se o ‘mecanismo’ de produção de vítimas por este vírus, mas quais as rotas de propagação que lhe são mais propícias?

E seguiria questionando...

“Por que não se divulga que o parque industrial francês⁹ está praticamente inoperante? Há intencionalidade nesta falta de transparência? O que a Covid-19 está causando em ‘campos de batalha’ menos visíveis?”

Na indústria brasileira, por que Volta Redonda, em 7 de abril de 2020, liderava o *ranking* de incidência (20,15 casos/100 mil hab.) no Rio de Janeiro? Por que destoava tanto da capital com incidência de 6,43 e do estado (8,46)? Distorção estatística pela amplitude discrepante das populações?

Ramazzini acrescentaria outras perguntas...

“A realidade do chão das indústrias é conhecida por pesquisadores? Ou ‘acredita-se’ – fechando-se hipocritamente os olhos – que as empresas cumpram o prometido?”

Consta no *site* da Companhia Siderúrgica Nacional¹⁰ (em 6 de abril de 2020) que, “Diante dos casos crescentes do novo coronavírus Brasil, a CSN está tomando todas as medidas à prevenção da circulação interna do vírus – alinhadas com os protocolos da OMS e Ministério da Saúde”. Dentre essas medidas, estão no mesmo *site*:

Evitar ambientes com aglomerações; monitoramento de colaboradores que possam apresentar qualquer sintoma relacionado ao COVID-19; liberação para realizar o exame do Coronavírus por meio do convênio médico; procurar atendimento médico imediato no caso de sintomas respiratórios como tosse e coriza, além de febre e dores pelo corpo; comunicar o serviço médico da CSN no caso de surgimento de qualquer dos sintomas acima; reforçamos ainda que não está indicado o uso profilático de máscaras¹⁰.

Se Ramazzini fosse vivo..., em uma indústria em que o trabalho em equipe é comum, perguntaria aos trabalhadores:

Podem largar de repente a placa de aço que cortam, em dupla com um colega, para cobrir a boca com o cotovelo ao espirrar e tossir? Podem interromper o trabalho, de imediato e sem punições, para procurarem atendimento e comunicarem os sintomas? Um colega com quem trabalhou testou positivo? Levam seus uniformes de trabalho para lavar em casa? Seus pais moram com você? Mesmo sem sintomas aparentes, sentindo-se cansados ‘além do normal’ podem interromper suas atividades?

Estas são apenas algumas das perguntas não respondidas às quais sanitaristas e epidemiologistas poderiam se debruçar. Estatísticas¹¹ não são evidências. Ao olhar a questão – bem como os números –, torna-se possível compreender os fatos. Escutar os envolvidos para as estatísticas não serem vazias e falaciosas ao se ‘grafarem’ em belas imagens coloridas e interativas. Há dor nesses traços...

Valorizar o que diziam os trabalhadores do norte da Itália, também os franceses, espanhóis, americanos e outros, talvez tivesse contido a onda avassaladora de mortes que segue mundo afora...

Trabalhadores do modesto parque industrial brasileiro precisam ser ouvidos pelos estudiosos da Covid-19...

Os locais de moradia dos trabalhadores brasileiros no Brasil estão longe de serem espaços em que um vírus invisível horrorize mais do que o medo cotidiano¹² da morte violenta, incomode mais do que o fedor da vala negra, adoça mais que a eterna falta d’água, desespere mais que a fome... Moram em favelas por ser o possível para sua renda, por ser o pagamento que as relações capital-trabalho consideram justo.

Ramazzini finalizaria recomendando que a escuta a esses brasileiros esteja envolta de respeito. Apreço dos que reconhecem que *“Enquanto navegam, navios destroem quem os constrói”*¹³.

7. MORROW, W., et al. Greves selvagens estouram na Itália exigindo fechamento de fábricas durante pandemia do coronavírus. WWSWS. Disponível em: <https://www.wsws.org/pl/articles/2020/03/17/ital-m17.html>. Acesso em: 23 dez. 2020.

8. LOTITO, D. Explosão de greves espontâneas na Itália pelo coronavírus: “Nossa saúde antes de seus lucros”. *Esquerda Diário*. Disponível em: <http://www.esquerdadiario.com.br/Surto-de-greves-espontaneas-na-Italia-pelo-coronavirus-Nossa-saude-antes-de-seus-lucros>. Acesso em: 23 dez. 2020.

9. CHODORGE, S. [Récap] Quelles usines françaises ont fermé à cause du Covid-19? *L’Usine Nouvelle*. Disponível em: <https://www.usinenouvelle.com/article/recap-queles-usines-francaises-ont-ferme-a-cause-du-covid-19.N942191>. Acesso em: 23 dez. 2020.

10. COMPANHIA SIDERÚRGICA NACIONAL. Cuidados Contra o Coronavírus. Disponível em: <https://www.csn.com.br/cuidados-contra-o-coronavirus/>. Acesso em: 23 dez. 2020.

11. GAZE, R. “Coração de estudante”. Atualize-se em tempo de coronavírus: M’Visat. Disponível em: https://48209fd4-9e54-4385-b712-c09bfc7c2b87.filesusr.com/ugd/15557d_7711c-da65ef648eba81e5dc1dd33fa7e8.pdf. Acesso em: 23 dez. 2020.

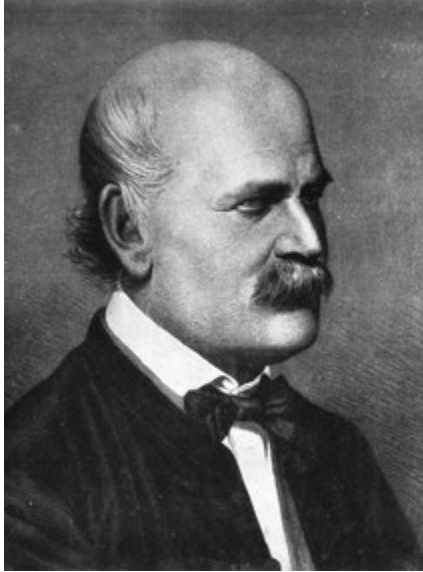
12. GOULART, S., et al. Com casos crescentes de coronavírus comunidades relatam tamanho do desafio. *O Globo*. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/com-casos-crescentes-de-coronavirus-comunidades-relatam-tamanho-do-desafio-1-24355769>. Acesso em: 23 dez. 2020.

13. VASCONCELLOS, L. C. F. Comunicação verbal. Orientação de produção litero-acadêmica. 04 out. 2005.

Se Semmelweis fosse vivo...

Ignaz Semmelweis¹⁴ (1818-1865), o médico húngaro que instituiu a lavagem das mãos com hipoclorito de cálcio pelos médicos, controlando um surto de infecção puerperal no Hospital Geral de Viena/Austria em 1847, tem sido lembrado nos dias da Covid-19¹⁵.

Foto: Wikimedia Commons



Resgata-se o sentimento primordial que o mobilizou – indignação pelas mortes¹⁴ das puérperas e bebês – bradando para impedirem o adoecimento e morte dos trabalhadores das equipes da saúde que estão na linha de frente da pandemia.

Aplausos às janelas aos heróis da saúde são importantes.

E vaias aos seus assassinos, não? Equipes da saúde acoçadas por gestores para trabalharem à exaustão e sem EPI e EPC (equipamentos de pressão negativa com limpeza frequente de filtros etc.)... Esses equipamentos e testagem periódica das equipes à Covid-19 preservam vidas de trabalhadores. A tática de ação deste vírus é a velocidade com que se propaga, e as ações de saúde pública precisam ser mais ágeis para evitar o colapso.

A evolução da pandemia atesta que o Sars-Cov-2 desafia os sistemas de saúde por atingir a capacidade instalada cronicamente subestimada, a sociedade por atingir o modelo individualista e competitivo de convivência e a economia por colocar na balança a cruel e falaciosa escolha 'o dinheiro ou a vida'.

Se Semmelweis fosse vivo, diria que a pandemia se tornou inimiga mundial porque o vil metal disputa poder com o saber científico, atormenta e despreza a humanidade. "A sociedade robotizada que vocês criaram, [diria Ignaz] supõe ter adquirido vida própria e que sobreviverá aos humanos. Esta é a razão central da distopia que vocês estão vivendo."

Ignaz diria ainda:

Formulem novas questões para investigar o novo cenário. Pode ser que o princípio da lavagem das mãos precise ser adaptado aos pacientes de Covid-19. Máscaras e luvas cirúrgicas e o arsenal de insumos descartáveis de ambientes de saúde que vocês inventaram precisam de fato ser descartáveis.

As luvas se tornaram a segunda pele dos profissionais da saúde e precisam ser trocadas a cada paciente. Este é o princípio da lavagem das mãos! Não podem faltar nem ser reutilizadas, sob ameaças de demissão, como vocês têm visto em denúncias anônimas de diversas fontes¹⁶.

Ignaz Semmelweis teria muito a falar nestes tempos sombrios:

Vocês inventaram respiradores, monitores cardíacos, bombas de infusão de hidratação venosa e medicamentos. Teriam mantido a vida de algumas parturientes de minha época.

Mas, vejam, pelo princípio da lavagem das mãos, estes equipamentos precisam ser esterilizados de forma adequada entre um paciente e outro e isto requer tempo. A Covid-19, diria daqui dos meus parcos conhecimentos sobre as 'partículas cadavéricas' [designação dos 'micróbios' à época], mantém-se ativo nas superfícies e 'intimidades' desses equipamentos. As bactérias também costumam fazer destes locais seu meio de cultivo. Vocês têm observado complicações por infecção hospitalar nas pessoas internadas por Covid-19? Talvez seja decorrente do reuso de descartáveis, da pressa com que um paciente precisa ser acomodado após a alta (ou óbito) de outro, e de um sem-número de situações que precisam ser observadas, detectadas e controladas enquanto novas questões sob o princípio da lavagem das mãos são elaboradas e enfrentadas.

O lugar de fala de Semmelweis era o das gestantes, os sentidos deste médico estavam alertas a todos os pressupostos, seguiu em sua pesquisa-ação, superando retrocessos, incorporando saberes das parteiras e pacientes, mas mantendo o foco de que o inimigo era a infecção puerperal.

A pandemia da Covid-19 é o inimigo atual a vencer!
A Covid-19 não especula, mata!

A capacidade de resposta à pandemia depende da preservação da saúde das equipes multiprofissionais da saúde capacitadas para combatê-la. Não se pode especular no mercado, negociando a produção ou elevando preços de materiais essenciais à vida.

Os 'esforços de guerra' precisam desses produtos para vencer o combate. Para isso, os que foram eleitos para governar para todos os cidadãos e os que vivem de preservar e multiplicar suas fortunas devem aliar-se na execução das medidas sanitárias impostas pela pandemia. Esse, sim, seria um esforço de guerra para todos, não só para os profissionais de saúde e

14. GAZE, R. "Não queria ser o mar me bastava a fonte". Opinião, MVisat, 10/01/20. Disponível em: <https://48209id4-9e-54-4385-b712-c09bfc7c2b87.filesusr.com/ugd/15557d-a87c7b61f7954318a7f7fd-060c421f42.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2020.

15. LÓPEZ, A. Ignaz Semmelweis, o médico que descobriu como evitar contágios apenas lavando as mãos. EL PAÍS. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/ciencia/2020-03-20/ignaz-semmelweis-o-medico-que-descobriu-como-evitar-contagios-apesar-lavando-as-maos.html>. Acesso em: 23 dez. 2020.

16. AMARAL, M., et al. Profissionais do SUS enfrentam o coronavírus no corpo a corpo e reivindicam testes, equipamentos de proteção, e informação por parte de gestores e autoridades. UOL. Disponível em: <https://operamundi.uol.com.br/coronavirus/63836/profissionais-de-saude-ou-a-gente-se-cuida-ou-adoece>. Acesso em: 23 dez. 2020.

outros profissionais essenciais e, principalmente, para a população confinada ou não, em que tantos morrerão. O princípio da lavagem das mãos é prioridade no enfrentamento da pandemia.

17. GENTIL, E. *O ouro e a madeira*. Intérprete: Beth Carvalho. 1975. Vídeo (3,33 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=uwAks8wArWU>. Acesso em: 23 dez. 2020.

O princípio de que 'o ouro afunda no mar'
(O ouro e a madeira, Ederaldo Gentil, 1973)¹⁷,
mais do que nunca, é fato.

Se Ramazzini e Semmelweis fossem vivos, formulariam mais questões
aos trabalhadores invisíveis em todas as frentes!

Se a Vigilância em Saúde do Trabalhador fosse viva...

...os trabalhadores e suas famílias não estariam
adecendo e morrendo aos milhares

sem que sequer se conheça 'Qual é o seu ofício?'

...os trabalhadores e suas famílias não estariam adoecendo e morrendo aos milhares
sem investigação das 'cadeias produtivas' de vítimas do Sars-Cov-2 no trabalho.

...os aplausos iriam para todos os trabalhadores invisíveis e visíveis,
essenciais ou não,

nas linhas de frente e nas retaguardas...



SOBRE OS AUTORES

Adriana Nalesso – Sindicato dos Bancários/RJ
 Adriana Skamvetsakis – Cerest Vales/RS
 Alba Regina Silva Medeiros – Universidade Federal do Mato Grosso/MT
 Álvaro Egea – Central dos Sindicatos Brasileiros (CSB)/DF
 Ana Cristina Simões Rosa – Cesteh/Ensp/Fiocruz/RJ
 Ana Inês Simões Cardoso de Melo – Serviço Social/Uerj
 Ana Maria Cheble Bahia Braga – Cesteh/Ensp/Fiocruz/RJ
 Anamaria Testa Tambellini – Cesteh/Ensp/Fiocruz. Iesc/UFRJ
 André Gustavo Bittencourt Villela – Associação dos Magistrados Brasileiros (AMB)
 André Luiz de Oliveira – Conselho Nacional de Saúde-Mesa Diretora Gestão 2018/2021
 Andrea Garboggini Melo Andrade – Cesat/BA
 Angela Maria Lourenço – Sintrucad/RJ
 Angélica dos Santos Vianna – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ
 Aparecida Mari Iguti – Unicamp
 Ariane Leites Larentis – Cesteh/Ensp/Fiocruz/RJ
 Arnaldo Marcolino Silva Filho – Plenária de Saúde do Trabalhador de São Paulo
 Ary Carvalho de Miranda – Cesteh/Ensp/Fiocruz/RJ
 Augusto Campos – Renast on-line
 Bruno Chapadeiro – Universidade Metodista/SP
 Bruno de Almeida Pedersoli – Sindicato dos Metalúrgicos de Ipatinga/MG
 Caio Antunes – Univ. Fed. Goiás
 Canindé Pegado – União Geral dos Trabalhadores (UGT)/DF
 Carlos Aparício Clemente – Sind. Metal. Osasco e Região. Espaço da Cidadania/SP
 Carlos dos Santos Silva – Cebes/RJ
 Carlos Fidelis da Ponte – Fiocruz. Asfoc-SN. Cebes/RJ
 Carlos Minayo Gomez – Fiocruz/RJ
 Carmem Regina Giongo – Universidade Feevale/RS
 Carmen Foro – Central Única dos Trabalhadores (CUT)/DF
 Carmen Ildes Rodrigues Fróes-Asmus – Faculdade de Medicina da UFRJ
 Cássia Gonçalves Santos da Silveira – Sintuperj
 Cláudia Gouveia dos Santos – Cerest Caxias/RJ. Coord. Saúde do Trabalhador/Fiocruz
 Claudia Rejane de Lima – Especialista em Saúde Pública
 Cleber Cremonese – Universidade Federal da Bahia
 Cristiane Queiroz Barbeiro Lima – USP
 Cristina Kaway Stamato – Advogada trabalhista/RJ
 Daniele Correia – Diesat/SP
 Daniele Moretti – Sindicato dos Trabalhadores Empregados no Comércio/RJ
 Danilo Fernandes Costa – Delegacia Regional do Trabalho/SP
 Daphne Braga – Cerest Município/RJ
 Dário Frederico Pasche – Univ. Fed. Rio Grande do Sul
 Debora Lopes de Oliveira – Cerest Caxias/RJ. Faculdade de Serviço Social/Uerj
 Diego de Oliveira Souza – Univ. Fed. Alagoas / Maceió e Arapiraca/AL
 Dolores Sanches Wünsch – Univ. Fed. Rio Grande do Sul
 Eduardo Bonfim da Silva – Diesat/SP
 Eguimar Felício Chaveiro – Univ. Fed. Goiás. Grupo de Estudos Dona Alzira/GO
 Elaine Junger Pelaez – Conselho Nacional de Saúde-Mesa Diretora Gestão 2018/2021
 Eliana Guimarães Félix – Cesteh/Ensp/Fiocruz
 Élide Azevedo Hennington – Cesteh/Ensp/Fiocruz

Elizabeth Costa Dias – Universidade Federal de Minas Gerais
Fabiane Konowaluk Santos Machado – Doutora Serviço Social/PUC-RS
Fábio Luiz Mobarak Iglessia – Procurador do Trabalho/RJ
Fátima Cristina Rangel Sant’Anna – Cesteh/Ensp/Fiocruz
Fátima Sueli Neto Ribeiro – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Fernanda Giannasi – Associação Brasileira de Expostos ao Amianto
Fernanda Stipp – Anamatra. AJD
Fernando Ribas Feijó – Univ. Fed. Recôncavo da Bahia/BA
Fernando Zasso Pigatto – Conselho Nacional de Saúde-Mesa Diretora Gestão 2018/2021
Flávia Nogueira Ferreira de Sousa – Coord. Ger. Saúde do Trabalhador (CGSAT)/MS
Francisco Pedra – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz/RJ
Geordeci Souza – Conselho Nacional de Saúde. CISTT/CNS
Georgina Maria Vêras Motta – Fórum SPST/MG
Gideon Borges dos Santos – Cesteh/Ensp/Fiocruz
Gilberto Almazan – Sindicato dos Metalúrgicos de Osasco e Região/SP
Gisele Akemi Carneiro – Cerest Estadual Tocantins
Giselle Bondim Lopes Ribeiro – Anamatra. AJD
Gustavo Tadeu Alkmim – Tribunal Regional do Trabalho - 1ª Região/RJ
Helena Rodrigues Corrêa Filho – Universidade de Brasília/DF
Hermano Albuquerque de Castro – Ensp/Fiocruz/RJ
Ildeberto Muniz de Almeida – Fac. Med. Botucatu/FMB-Unesp
Ilquias Araujo Lopes do Nascimento – Sindicato dos Metalúrgicos/RJ
Isabella de Sousa Maio – Fórum Intersindical Saúde-Trabalho-Direito/RJ
Jacinta de Fatima Sena Silva – Universidade de Brasília
Jacira Azevedo Cancio – Cerest/BA
Jandira Maciel da Silva – Universidade Federal de Minas Gerais
Jesem Douglas Yamall Orellana – Inst. Leônidas e Maria Deane/Fiocruz/AM
Joana Alice Ribeiro de Freitas – Univ. Fed. Goiás
João Carlos Juruna Gonçalves – Força Sindical/SP
João Donizeti Scaboli – Conselho Nacional de Saúde/DF
Joel da Conceição Ferreira Nascimento – CTB-Maranhão
Jorge Mesquita Huet Machado – Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz/Brasília
José Amadeu Antunes Alvarenga – Bancário sindicalista/RJ/DF
José Carlos do Carmo – Delegacia Regional do Trabalho/SP
José Marcos da Silva – Universidade Federal de Pernambuco/PE
José Reginaldo Inácio – Nova Central Sindical dos Trabalhadores (NCST)/DF
José Roberto Pereira Novaes – Núcleo Movimentos Sociais/UFRJ
Juliana Souza Bravo de Menezes – HFB/MS/RJ. Frente Nac. contra a Privatização da Saúde
Jurandi Frutuoso Silva – Conselho Nacional de Saúde-Mesa Diretora Gestão 2018/2021
Jussara Maria Rosa Mendes – Univ. Fed. Rio Grande do Sul/UFRGS
Karla Freire Baeta – Anvisa/DF
Katia Reis de Souza – Cesteh/Ensp/Fiocruz
Kleber Rangel Silva – Coordenação Geral Saúde do Trabalhador/MS/DF
Leandro Vargas Barreto de Carvalho – Cesteh/Ensp/Fiocruz/RJ
Leticia Coelho da Costa Nobre – Cerest Estadual da Bahia
Letícia Pessoa Masson – Cesteh/Ensp/Fiocruz/RJ
Letícia Rodrigues de Souza – Mestranda em Saúde Coletiva/FMB-Unesp
Lia Giraldo da Silva Augusto – Laboratório Saúde e Ambiente Fiocruz Pernambuco/PE
Liliane Reis Teixeira – Cesteh/Ensp/Fiocruz/RJ
Livia de Oliveira Borges – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/UFMG
Lucas de Oliveira Couto – Fundação Oswaldo Cruz/RJ
Luci Praun – Univ. Fed. Acre/AC

Lucia Regina Florentino Souto – Fiocruz. Cebes/RJ
Lucia Rotenberg – Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz
Luciana Gomes – Cesteh/Ensp/Fiocruz
Luciene de Aguiar Dias – SMS/Macaé. Fórum Intersindical Saúde-Trabalho-Direito/RJ
Luís Henrique da Costa Leão – Universidade Federal do Mato Grosso/MT
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos – DIHS/Ensp/Fiocruz/RJ
Luiz Claudio Meirelles – Cesteh/Ensp/Fiocruz/RJ
Luiza Dantas – Sintsáude-RJ/CUT. CISTT/RJ
Luizinho (do Eisa) Oliveira – Metalúrgico. Ativista Sindical. Fórum Intersindical/RJ
Madalena Margarida da Silva Teixeira – Secret. Nac. Saúde do Trabalhador CUT/DF
Magna Dias Leite – Cerest Estadual Tocantins
Marcia Bandini – Unicamp
Márcio Ayer – Sindicato dos Trabalhadores Empregados no Comércio/RJ
Marco Antonio Pereira Querol – Dpto. Engenharia Agrônômica/Univ. Fed. Sergipe
Marcos Besserman Vianna – DIHS/Ensp/Fiocruz. Asfoc-SN/RJ
Maria Blandina Marques dos Santos – Cesteh/Ensp/Fiocruz/RJ
Maria Cecília de Souza Minayo – Fiocruz. Revista Ciência & Saúde Coletiva
Maria Cristina Strausz – Cesteh/Ensp/Fiocruz/RJ
Maria da Graça Druck de Faria – Universidade Federal da Bahia
Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi – UFRJ. Centro Brasil. Solidariedade aos Povos/RJ
Maria Helena Barros de Oliveira – DIHS/Ensp/Fiocruz. Nupegre/Emerj
Maria Inês Monteiro – Unicamp
Maria Inês Souza Bravo – Uerj. Frente Nacional contra a Privatização da Saúde
Maria Juliana Moura Corrêa – Ensp/Fiocruz/RJ
Maria Maeno – Fundacentro/SP
Mariana Nada – Editora Hucitec/SP
Mariana Olívia Santana dos Santos – Laboratório Saúde, Ambiente e Trabalho – Fiocruz/PE
Marilena Villela Correa – Instituto de Medicina Social/Uerj
Mariza Gomes de Almeida – Cesteh/Ensp/Fiocruz/RJ
Marta de Freitas – Faculdade de Engenharia de Minas Gerais
Marta Gislene Pignati – Universidade Federal do Mato Grosso/MT
Mauricio Torres-Tovar – Universidade Nacional da Colômbia
Miriam Amaral Queiroz – Federação Servidores Públicos Municipais/RJ
Mônica Angelim Gomes de Lima – Universidade Federal da Bahia
Moysés Longuinho Toniolo de Souza – CNS-Mesa Diretora Gestão 2018/2021
Murilo da Silva Alves – Universidade Estadual de Santa Cruz/BA
Mychelle Alves Monteiro – Asfoc-SN/RJ
Neilton Araújo de Oliveira – Conselho Nacional de Saúde-Mesa Diretora Gestão 2018/2021
Nelson Rodrigues dos Santos – Inst. Direito Sanitário Aplicado/Campinas/SP
Nilton Freitas – ICM para América Latina e Caribe
Olga Rios – Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT)/MS/DF
Paulo Antonio Barros Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Paulo Ernani Lima de Oliveira – Siemaco/RJ
Paulo Gilvane Lopes Pena – Universidade Federal da Bahia
Paulo Henrique Scrivano Garrido – Asfoc-SN/RJ
Paulo Victor Rodrigues de Azevedo Lira – Doutorando/Fiocruz/PE
Pedro Paulo de Salles Dias Filho – Doutor em Ciências/Ensp/Fiocruz/RJ
Priscilla Viégas Barreto de Oliveira – CNS-Mesa Diretora Gestão 2018/2021
Raimunda Leone – Fitmetal. União Brasileira de Mulheres/RJ
Raquel Rodrigues Braga – Associação Brasileira de Juristas para a Democracia
Regina de Fátima de Souza – Sintuperj
Regina Helena Simões Barbosa – UFRJ

Renato Bonfatti – Cesteh/Ensp/Fiocruz/RJ
René Mendes – Frente Ampla em Defesa da Saúde dos Trabalhadores
Rene Vicente dos Santos – CTB/SP
Ricardo Junior de Assis Fernandes Gonçalves – UEG. PoEMAS-Polít/Econ/Miner/Amb/Socied/GO
Ricardo Lara – Univ. Fed. Santa Catarina/UFSC
Rita de Cássia Peralta Carvalho – Secretaria de Estado de Saúde da Bahia
Rodolfo Andrade Gouveia Vilela – Fac. Saúde Pública/FSP-USP
Rodrigo Emídio Silva – Rede Estad. e Munic. Goiânia. Grupo de Estudos Dona Alzira/GO
Rogério Lucas Martins – Tribunal Regional do Trabalho - 1ª Região/RJ
Ronald Ferreira dos Santos – Ex-Presidente Conselho Nacional de Saúde
Ronaldo Teodoro – Inst. Medicina Social/UERJ
Rosângela Gaze – UFRJ. Fórum Intersindical Saúde-Trabalho-Direito/RJ
Rosmari Barbosa Malheiros – Contag. CTB Nacional/MA
Sandra Hacon – Fundação Oswaldo Cruz
Sebastião José – Sintrucad/RJ
Simone Alves dos Santos – Cerest Estadual de São Paulo
Simone Santos Oliveira – Cesteh/Ensp/Fiocruz/RJ
Stênio Dias Pinto Rodrigues – Sindsprev/RS
Suerda Fortaleza de Souza – Cesat/Bahia
Tádzio Peters Coelho – Univ. Fed. Viçosa. PoEMAS-Polít/Econ/Miner/Amb/Socied/MG
Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro – Faculdade de Medicina UFMG
Tereza Carlota Pires Novaes – Fundacentro/MTb
Ubiratan de Paula Santos – Universidade de São Paulo
Vanja Andréa Reis dos Santos – Conselho Nacional de Saúde-Mesa Diretora Gestão 2018/2021
Vilma Sousa Santana – Universidade Federal da Bahia
Volney de Magalhães Câmara – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva/UFRJ
Wagner Gomes – Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB)/DF
Wanderlei Antônio Pignati – Universidade Federal do Mato Grosso/MT

Almas estilhaçadas por perdas

Afagos distanciados

Legislações que disfarçam a ditadura

Múltiplas curvas sem faces trabalhadoras

Abandonos

Trabalhadores invisíveis

Ramazzeni e Semmelweis esquecidos

A história desprezada

Busca pelo que se perde

Afeto e garra

Luta para conquistar

Humanidade ameaçada

Abandonos

Direitos suprimidos

Opressão

Rotas transnacionais da pandemia

Abandonos

Novas caras da morte

Abandonos

Política do necrocapital

Abandonos

Negacionismo

Direitos perdidos

Economia da necropolítica

Mineração mortal

Indiferença pandêmica

Abandonos



Vivemos um cenário de inúmeros ataques à população brasileira, intensificados nos últimos anos, com perdas de direitos, reformas que beneficiam o patronato em detrimento da classe trabalhadora e o desfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e das políticas sociais. Soma-se a isso a pandemia da Covid-19, uma das maiores crises sanitárias do mundo, que atingiu em cheio milhões de trabalhadores e trabalhadoras.

É nesse contexto que nasce esta oportuna publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em parceria com o Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública (Asfoc-SN) e com o Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Aqui estão reunidos textos, ensaios, experiências pessoais, relatos e sínteses de artigos científicos que amplificam as reflexões sobre os atuais caminhos de luta e de resistência da saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras, a articulação com a conjuntura econômica e sanitária do SUS e com o controle social.

São tempos difíceis, e perseverar na luta é necessário. O conteúdo que você encontra nestas páginas, fruto de muitas mãos, olhares e corações, é um importante aliado da resistência e da esperança!

Fernando Pigatto
Presidente do
Conselho Nacional de Saúde