Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Ciências Sociais
Faculdade de Serviço Social

Cláudia Gouveia dos Santos

Controle Social e Saúde do Trabalhador: limites e desafios da participação dos trabalhadores nas ações de saúde do trabalhador na realidade brasileira

Rio de Janeiro
2024

Cláudia Gouveia dos Santos

Controle Social e Saúde do Trabalhador: limites e desafios da participação dos trabalhadores nas ações de saúde do trabalhador na realidade brasileira

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

Orientadora: Profª Dra. Maria Inês Souza Bravo

Coorientador: Profº Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CCS/A

S237 Santos, Cláudia Gouveia dos.
Controle Social e Saúde do Trabalhador: limites e desafios da participação dos trabalhadores nas ações de saúde do trabalhador na realidade brasileira / Cláudia Gouveia dos Santos. – 2024.
358 f.

Orientadora: Maria Inês Souza Bravo.
Coorientador: Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos.
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social.

1. Controle social - Brasil - Teses. 2. Saúde pública - Aspectos antropológicos - Brasil - Teses. 3. Trabalhadores - Brasil - Teses. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil) - Teses. I. Bravo, Maria Inês Souza. II. Vasconcellos, Luiz Carlos Fadel de. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Serviço Social. IV. Título.

CDU 32:614.39-057

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

_____ _____

Assinatura Data

Cláudia Gouveia dos Santos

Controle Social e Saúde do Trabalhador: limites e desafios da participação dos trabalhadores nas ações de saúde do trabalhador na realidade brasileira

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

Aprovada em: 12 de abril de 2024.

Banca Examinadora:

_____

Profª Drª Maria Inês Souza Bravo (Orientadora)
Faculdade de Serviço Social – UERJ

_____

Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos (Coorientador)
Fundação Oswaldo Cruz

_____

Profª Drª Rodriane de Oliveira Souza
Faculdade de Serviço Social – UERJ

_____

Profª Drª Débora Lopes de Oliveira
Faculdade de Serviço Social – UERJ

_____

Prof.ª Dra. Rosângela Gaze
Universidade Federal do Rio de Janeiro

_____

Prof. Dr. Eguimar Felício Chaveiro
Universidade Federal de Goiás

Rio de Janeiro

2024

DEDICATÓRIA

À saudosa memória de Wanderson Beiral Alves, Salvador Alves de Oliveira e Luiza Dantas, que tão precocemente nos deixaram, provocando um imenso vazio, difícil de ser preenchido.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me ajudar a concluir mais esse ciclo na minha vida e que mesmo diante das dificuldades, me deu a força necessária para que eu nunca desistisse.

À Frei Luiz e a toda a Espiritualidade amiga, pela inspiração, iluminação e força.

Aos amigos do Centro Espirita Lar de Frei Luiz, com quem venho aprendendo o verdadeiro sentido da palavra caridade.

À saudosa memória dos meus amados pais, Adilson e Maria Luisa, a quem devo minha existência e tudo o que conquistei.

À saudosa memória das minhas amadas avós, Odette e Evangelina, cujas lembranças sempre me reportam a momentos tão alegres e doces da minha vida.

À minha amada família, em especial aos meus amados irmãos, Andréa e Rafael, minha cunhada Natália, meus amados sobrinhos: Matheus, Melissa, Lucas, Miguel e Gael e minha amada tia Maria Helena: vocês são especiais e essenciais na minha vida.

Ao meu amado marido José Roberto, companheiro de todas as horas.

À minha amada filha Isabela, o maior presente que recebi na vida e a quem tenho grande admiração pela sua força, alegria, doçura, simplicidade.

À minha amada orientadora e eterna mestre, Maria Inês Souza Bravo, a quem devo toda a minha formação profissional e com quem aprendo todos os dias que nunca devemos desistir de lutar pelo que acreditamos, mesmo que estejamos contra a corrente. E que sempre acreditou no meu potencial mais do que eu mesma.

Ao meu coorientador, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, pela paciência, generosidade e doçura.

Aos membros da Banca de Defesa da Tese: Rosangela Gaze, Egmar Felício Chaveiro, Débora Lopes de Oliveira e Rodriane de Oliveira Souza, por terem aceitado participar com tanta alegria e generosidade desse momento tão especial da minha vida. E ao amado Maurilio Matos, que não pôde participar desse momento, cuja contribuição na qualificação da tese foi essencial.

A todos e todas que passaram pelo projeto de pesquisa e extensão “Políticas Públicas de Saúde”, desde 1995, com quem compartilhei momentos especiais e de muito aprendizado.

À Juliana Souza Bravo Menezes, que conheci na adolescência e que se tornou minha colega de profissão, pessoa super especial e doce.

Aos eternos amigos da Paróquia de Santo Antônio do Quitungo, com quem confraternizei momentos de alegria, trabalho pastoral e aprendizado evangélico.

Aos meus amados compadres Maria das Dores, Willian e Zefinha.

Aos amados amigos, Izabel e Ronei, sempre generosos e parceiros.

À saudosa memoria da minha sogra amada, Dona Paulina, exemplo da força da mulher nordestina.

À saudosa memória do meu amado cunhado Marcio, por sua generosidade e dedicação.

À saudosa memória da amada amiga Genozita, com seu jeito mineiro de acolher e sua generosidade.

À saudosa memória de Diva, exemplo de dedicação a causa cristã, generosidade e desprendimento.

À saudosa memória do meu amado cunhado Alberto, que tão precocemente nos deixou.

Aos amados Padres: Luiz Antônio, Bernard e Mario Jeremias, exemplos de vocação sacerdotal.

Aos meus amados amigos Jorge Lameiras e Wania Lima, pela paciência, apoio e generosidade.

Ao amado amigo Edison Silva, pela força e apoio nos momentos mais difíceis da minha vida.

À FIOCRUZ, por ter me proporcionado realizar o doutorado, em especial à Diretora da Coordenação de Gestão de Pessoas, Andréa da Luz; e à Coordenação da Saúde do Trabalhador à época, Sonia Gertner, pelo apoio para que eu conseguisse o meu afastamento.

À Equipe de Serviço Social do Hospital Federal de Bonsucesso, a quem devo minha gratidão pelo apoio incondicional que me deram na adoção da minha filha Isabela, e pelo apoio e generosidade que continuam dispensando sempre que necessito.

Aos meus companheiros de trabalho da FIOCRUZ, Monica Olivar e Marcello Rezende, que seguraram o trabalho durante os meus quatro anos de afastamento, em um momento tão sombrio do país, que foi a pandemia de COVID e o Governo Bolsonaro.

Aos meus atuais companheiros de trabalho na FIOCRUZ, Luiz Antônio e Thais Cândido, pela amizade, companheirismo, paciência, dedicação e compromisso.

A toda a equipe de trabalho da Coordenação de Saúde do Trabalhador (CST) da FIOCRUZ, especialmente aos companheiros do Núcleo de Psicologia e Serviço Social (NUPSS), pelos conselhos e apoio para que eu concluísse essa Tese.

Ao querido amigo, Jorge Moreira, pela sua paciência e cuidado.

Aos amados companheiros do Fórum de Assistentes Social da Saúde do Trabalhador da FIOCRUZ, com quem compartilho, alegrias, mas também angústias, pois ser assistente social e atuar na Saúde do Trabalhador não é fácil não.

A toda a equipe do CEREST – Pólo Duque de Caxias, do qual tenho orgulho de fazer parte e com quem tenho imenso prazer em estar perto.

Às sempre amadas Maria Célia e Fabiane, que fazem e sempre farão parte da história do CEREST – Pólo Duque de Caxias.

Aos amigos que o CEREST – Polo Duque de Caxias me trouxe: Josilene, Maria Luisa, Marcia, Ana Paula, Themis e Alexandre.

Aos amados companheiros dos PSTs e dos Movimentos Sociais da Baixada Fluminense, Região que me acolhe desde 1995 e onde construí lindas amizades.

Às minhas queridas amigas-chefes, Lucia e Débora: a vida nos quis juntas desde a época da Graduação na amada UFRJ.

Ao meu irmão e amigo, Leandro Alberto, toda a minha gratidão por você permitir que eu faça parte da sua vida.

Aos meus ex-estagiários de Serviço Social, de quem tenho um orgulho danado de ter podido participar da formação deles e terem se tornado profissionais críticos, competentes e comprometidos, e que se tornaram grandes amigos: Eva Xavier, Tânia Cubiça e Roberto.

Aos amigos Geandro e Giane Carla, que sempre a vida nos coloca juntos, no trabalho e na luta, sempre generosos e companheiros.

Aos camaradas do Partido Comunista Brasileiro, a quem tenho grande admiração e amizade: Gunther, Genobre, Adelino, Leandro Alberto, Edilson, Valmiria, Ernandes, Ricardo, sempre tão generosos e parceiros.

Aos professores e técnicos-administrativos da Pós-Graduação de Serviço Social da UERJ, pela paciência e dedicação.

A minha turma de Doutorado, pessoas maravilhosas e generosas. Espero que a vida nos mantenha sempre juntos.

RESUMO

SANTOS, Cláudia Gouveia dos. *Controle Social e Saúde do Trabalhador*: limites e desafios da participação dos trabalhadores nas ações de saúde do trabalhador na realidade brasileira. 2024. 358 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Esta tese tem como objetivo analisar os limites e desafios do controle social na saúde do trabalhador, de modo a refletir sobre a participação dos trabalhadores nas suas ações, a partir da década de 1990, momento em que é institucionalizado o Sistema Único de Saúde (SUS), ao mesmo tempo que ocorre o avanço do ideário neoliberal no Brasil. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, pautada no método materialista histórico-dialético. Sendo assim, as categorias utilizadas neste estudo (Trabalho, Estado e Sociedade Civil, Democracia e Participação Social), baseiam-se na Teoria Social de Marx e Engels e em autores da tradição marxista. Parte-se da compreensão de que as instâncias de controle social são espaços contraditórios e arena de disputas por hegemonia, cujos limites estão postos pela sua atuação no contexto de um Estado burguês. Sendo assim, não se deve atribuir a tais espaços de participação social o papel de agentes fundamentais de transformação do Estado e da sociedade, mas vê-los como uma dentre as diversas arenas onde são travadas as disputas por hegemonia no país. Nessa direção, o controle social será utilizado neste estudo, na perspectiva do controle democrático, com vistas a abarcar as lutas sociais das classes subalternas que também se dão fora do âmbito' político-institucional. Considera-se que pensar em ações, objetivando o enfrentamento dos limites e desafios do controle social na saúde do Trabalhador, passa pela ampliação da luta coletiva, pelo fortalecimento das lutas sociais e pela organização das classes subalternas. Ou seja, por meio da luta de classes com uma aliança entre trabalhadores estáveis e precarizados, de cariz emancipatório, em prol da defesa pela preservação da vida e da sua saúde enquanto um direito humano.

Palavras-chave: controle social; participação dos trabalhadores; saúde do trabalhador; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

SANTOS, Cláudia Gouveia dos. *Social Control and Workers' Health*: limits and challenges of workers' participation in workers' health actions in the Brazilian reality. 2024. 358 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

This thesis aims to analyze the limits and challenges of social control in workers' health, in order to reflect on the participation of workers in their actions, from the 1990s onwards, when the Unified Health System (SUS) is institutionalized, at the same time that the neoliberal ideology advances in Brazil. It is a bibliographical and documentary research, based on the historical-dialectical materialist method. Thus, the categories used in this study (Work, State and Civil Society, Democracy and Social Participation) are based on the Social Theory of Marx and Engels and on authors of the Marxist tradition. It is based on the understanding that the instances of social control are contradictory spaces and arenas of disputes for hegemony, whose limits are set by their action in the context of a bourgeois state. Therefore, one should not attribute to such spaces of social participation the role of fundamental agents of transformation of the State and society, but rather see them as one among the various arenas where disputes for hegemony in the country are fought. In this sense, social control will be used in this study, from the perspective of democratic control, with a view to encompassing the social struggles of the subaltern classes that also take place outside the political-institutional sphere. It is considered that thinking about actions aimed at confronting the limits and challenges of social control in the health of the Worker, involves the expansion of the collective struggle, the strengthening of social struggles and the organization of the subaltern classes. That is, through the class struggle with an alliance between stable and precarious workers, of an emancipatory nature, in favor of the defense of the preservation of life and its health as a human right.

Keywords: Social Control. Employee Participation. Occupational Health. Unified Health System.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABI	Associação Brasileira de Imprensa
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABPA	Associação Brasileira de Prevenção de Acidentes
ABS	Atenção Básica de Saúde
ADAPS	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
AFL-CIO	American Federation of Labor and Congress of Industrial Organizations
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
ANL	Aliança Nacional Libertadora
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CCS	Conselho Comunitário de Saúde
CDP	Comitê de Defesa Operária
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CESTEH	Centro de Estudos de Saúde o Trabalhador e Ecologia Humana
CSE	Comitês Sindicais de Empresa
CF	Constituição Federal
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CGSAT	Coordenadoria Geral de Saúde do Trabalhador
CGT	Comando Geral dos Trabalhadores
CGT	Central Geral dos Trabalhadores
CGTB	Central Geral do Trabalho do Brasil
CGU	Conselho Gestor de Unidade
CIB	Comissão Intergestores Bipartite

CIMS	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
CIOSL	Confederação Internacional das organizações Sindicais Livres
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIS	Comissão Intersindical
CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde
CISAT	Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador
CIST	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CISTT	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLIS	Comissão Interinstitucional Local de Saúde
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNST	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
CNTI	Confederação Nacional dos Trabalhadores da Indústria
CODS	Conselho Distrital de Saúde
COFIN	Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CONCLAT	Coordenação Nacional das Classes Trabalhadoras
CONCLAT	Congresso Nacional das Classes Trabalhadoras
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
CONTAG	Confederação Nacional dos Trabalhadores Agrícolas
COSAT	Coordenação de Saúde do Trabalhador
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CRIS	Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
CRST	Centro de Referência em Saúde dos Trabalhador
CSUB	Confederação Sindical Unitária do Brasil
CTB	Confederação dos Trabalhadores do Brasil

CUT	Central Única dos Trabalhadores
DEM	Partido Democratas
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos
DIESAT	Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
DOU	Diário Oficial da União
DRT	Delegacia Regional do Trabalho
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ENTOES	Encontro Nacional dos Trabalhadores nas Oposição à Estrutura Sindical
EPC	Equipamento de Proteção Coletiva
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EUA	Estados Unidos da América
FAS	Fundo de Apoio Social ao Desenvolvimento
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FEDP	Fundações Estatais de Direito Privado
FHC	Fernado Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNABEM	Fundação Nacional do Menor
FUS	Frente Única Sindical
FUNDACENTRO	Fundação Centro Nacional de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho
FUNDACENTRO	Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
GEISAT	Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador
GT	Grupo de Trabalho
HU	Hospital Universitário
IADESIL	Instituto Americano para o Desenvolvimento do Sindicalismo Livre
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão

IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IFES	Instituições Federais de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSACT	Instituto Nacional de Estudos e Ação Social sobre as Condições de Trabalho
INST	Instituto Nacional de Saúde no Trabalho
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
JK	Juscelino Kubitscheck
LDRT	Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOPS	Lei Orgânica de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LULA	Luiz Inácio Lula da Silva
MARE	Ministério da Administração e da Reforma do Estado
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
MOI	Modelo Operário Italiano
MP	Medida Provisória
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MRSB	Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
MSLA	Medicina Social Latino - Americana
MT	Medicina do Trabalho
MTb	Ministério do trabalho
MTbPS	Ministério do Trabalho e Previdência Social
MUT	Movimento de Unificação dos Trabalhadores
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OIT	Organização Internacional do Trabalho
OLT	Organização por Local de Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
OS	Organização Social
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSM-SP	Oposição Sindical Metalúrgica de São Paulo
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PCMSO	Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional
PDRE	Plano Diretor da Reforma do Estado
PFL	Partido da Frente Liberal
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PL	Projeto de Lei
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PPA	Programa de Pronto-Ação
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PRORURAL	Programa de Assistência ao Trabalhador Rural
PSD	Partido Social Democrático
PSF	Programa Saúde da Família
PST	Programa de Saúde do trabalhador
PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
PUI	Pacto de Unidade Intersindical
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REME	Movimento de Renovação Médica

RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RSI	Reforma Sanitária Italiana
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SAT	Seguro Acidente de Trabalho
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SE	Secretaria Executiva
SEMSAT	Semanas de Saúde do Trabalhador
SESI	Serviço Social da Indústria
SESHMT	Serviços Especializados em Segurança (Higiene) e Medicina do Trabalho
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SIOPS	Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde
SPS	Secretaria de Políticas de Saúde
ST	Saúde do Trabalhador
SO	Saúde Ocupacional
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TRT	Tribunal Regional do Trabalho
TST	Tribunal Superior do Trabalho
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDN	União Democrática Brasileira
UST	União Sindical dos Trabalhadores
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 17

1 **DEBATE TEÓRICO E CONCEITUAL SOBRE O CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE E NA SAÚDE DO TRABALHADOR** 38

1.1 **De que controle social estamos falando?** 38

1.2 **Controle Social e a sua relação com a concepção de Estado e Sociedade Civil** 41

1.3 **Controle Social: Democracia e participação social** 46

1.3.1 A discussão sobre a emancipação política e a emancipação humana em Marx 47

1.3.2. Democracia em Antônio Gramsci 48

1.3.3 Nicos Poulantzas e a democracia de massas 51

1.3.4 A questão democrática no contexto da transição brasileira 54

1.3.4.1 O Movimento de Reforma Sanitária Brasileira e a questão democrática no contexto da transição 66

1.4 **Controle social na Saúde do Trabalhador: uma perspectiva gramsciana** 73

1.4.1 Democracia operária e os conselhos de fábrica 77

1.4.1.1 O Modelo Operário Italiano (MOI) e os Conselhos de Fábrica 84

2 **TRABALHO E SAÚDE NO BRASIL** 87

2.1 **Trabalho e saúde: O surgimento da Medicina do Trabalho (MT) e da Saúde Ocupacional (SO)** 88

2.1.1. E no Brasil? 96

2.1.2 Questão Social, Trabalho e Saúde no Brasil: a emergência da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional 103

2.1.2.1 E a Saúde no trabalho? 118

2.1.2.2 De 1930 a 1964 128

2.1.2.2.1 Trabalho e Saúde na Era Vargas (1930-1945) 139

2.1.2.2.2 De 1945 a 1964 143

2.1.2.2.3 Trabalho e Saúde no período de 1945-1964 158

2.2 **O Movimento Operário Italiano (MOI) e o Surgimento da Saúde do Trabalhador (ST)** 168

2.3 **Da emergência à institucionalização da Saúde do Trabalhador no Brasil** 176
2.3.1. Trabalho e Saúde: 1964 a 1979 177
2.3.2 A emergência da Saúde do Trabalhador (ST): O novo sindicalismo e a criação do DIESAT 195
2.3.3 O Movimento de Reforma Sanitária e a Saúde do Trabalhador 204
2.3.4 A implementação do SUS e a Saúde do Trabalhador nos anos de 1990 .218
2.3.5 A Saúde do Trabalhador nos anos 2000: A Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora 242
2.3.5.1 A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) 273
2.3.5.2. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) 277
3 **CONTROLE SOCIAL E SAÚDE DO TRABALHADOR: DESAFIOS E LIMITES** 282
3.1 **O Controle Social na Saúde a partir da década de 1990: esfera pública, sociedade civil e democracia** 282
3.2 **A Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhador (CISTT)** 300
3.3 **A vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT)** 309
3.4 **O atrelamento sindical ao Estado e o Esvaziamento das OLTs** 313
3.5 **As mudanças no mundo do trabalho e seus impactos na luta operária brasileira** 319
CONSIDERAÇÕES FINAIS 328
REFERÊNCIAS 336

INTRODUÇÃO

A temática, a justificativa, a relevância e os objetivos

Esta tese tem por objetivo abordar o controle social na área da saúde do trabalhador (ST), com vistas a refletir sobre os limites e desafios para a participação dos trabalhadores nas ações de ST a partir dos anos de 1990, momento de avanço do receituário neoliberal no Brasil e de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Tem-se como referencial o movimento de luta dos trabalhadores brasileiros em prol da sua saúde no final dos anos de 1970 e anos de 1980, especialmente com o surgimento do DIESAT (Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho); o movimento pela Reforma Sanitária brasileira (MRSB), inspirada em diversas iniciativas mundiais voltadas para a universalização e promoção da saúde, especialmente na Reforma Sanitária italiana (RSI), que contribuiu significativamente para a institucionalização da área da ST, influenciado pelo Modelo Operário Italiano (MOI); e, a Medicina Social Latino-Americana (MSLA), que ampliou o quadro interpretativo do processo saúde-doença com a inclusão das dimensões de "classe" e a categoria "trabalho" como determinantes do processo saúde-doença, que influenciou no avanço da produção acadêmica em setores da medicina preventiva, social e da saúde pública brasileira.

A escolha dessa temática é resultado da minha trajetória acadêmica e profissional, cujo investimento vem se dando por meio da atuação e reflexão sobre o controle social na área da saúde, cuja aproximação se deu com a minha inserção, de 1995 a 2001, nos Projetos de Ensino, Pesquisa e Extensão "Democracia e Saúde – O Potencial de Intervenção dos Movimentos Sociais Urbanos na Formulação das Políticas Públicas: A Contribuição dos Conselhos de Saúde" e "Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos na Região Metropolitana do Rio de Janeiro"[1].

[1] Estes projetos coordenados pela Profª Drª. Maria Inês Souza Bravo, tiveram início em 1994 por meio do "Programa Contra a Miséria e Pela Cidadania – A Inserção da UFRJ", que abrangia diversas unidades de ensino da Universidade Federal do Rio de Janeiro, dentre as quais a Escola de Serviço Social. Tal programa tinha como objetivo a assessoria aos movimentos populares da Baixada

Também teve a minha inserção como assistente social no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) – Polo Duque de Caxias[2], a partir de 2005, que vem se dando no sentido de contribuir para o fortalecimento das instâncias de controle social na ST (Conselho Gestor e Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – CISTT) e da participação dos trabalhadores nestas instâncias.

Também aconteceram os estudos realizados no mestrado em Serviço Social (UFRJ)[3], que analisou o exercício do controle social na área da saúde, a partir da experiência dos Conselhos Gestores de Unidade (CGU), tendo como lócus o município de Duque de Caxias; e a Monografia realizada no Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador (CESTEH/ENSP/FIOCRUZ)[4], que teve por objetivo analisar uma das instâncias de controle social prevista na RENAST (Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador), que é o Conselho Gestor, tendo como lócus a experiência do CEREST – Polo Duque de Caxias – RJ.

Questionam-se quais são os limites e desafios do controle social e da participação dos trabalhadores na ST. A partir desse questionamento, pretende-se

---

Fluminense, tendo a minha inserção, enquanto Bolsista de Iniciação Científica, ocorrido em 1995, no projeto relativo à área da saúde no subgrupo de Duque de Caxias. Em 1996, o projeto se desvincula da UFRJ, em decorrência da conclusão do processo de solicitação de aposentadoria da sua coordenadora, que fez com que a mesma se afastasse da Universidade. Nesse processo, é criado o Projeto "Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos na Região Metropolitana do Rio de Janeiro", cujas atividades de pesquisa concentraram-se, nesse ano, nas sedes das ONGs FASE e IBISS/MOHAN, e as atividades de assessoria nas sedes das Federações de Associações de Moradores da Baixada Fluminense e São Gonçalo. Em 1997, a coordenadora do projeto é contratada como professora visitante pela Faculdade de Serviço Social da UERJ, passando o projeto a ter a sua sede nesta unidade de ensino.

[2] O CEREST – Polo Duque de Caxias congrega 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. Compreendido como polo irradiador, no âmbito de seu território, da cultura especializada subentendida na relação entre trabalho/saúde/doença, tem a função de suporte técnico e científico, deste campo do conhecimento. Nesse sentido, tem por objetivo a orientação e fornecimento de retaguarda aos serviços oferecidos pela rede do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada. Tais atribuições se concretizam através do suporte técnico adequado às ações de saúde do trabalhador; da viabilização das ações de vigilância; da facilitação dos processos de capacitação e educação permanente para os profissionais e técnicos da rede do SUS e aos participantes do controle social; bem como de pactuações intra e interinstitucionais.

[3] A Dissertação de Mestrado intitulada "Gestão Democrática na Saúde: Análise da Experiência dos Conselhos Gestores de Unidade no Município de Duque de Caxias – RJ", foi orientada pelo Prof. Dr. Erimaldo Matias Nicácio.

[4] A Monografia do Curso de Especialização intitulada "O controle social na RENAST: um estudo da experiência do Conselho Gestor do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador- Pólo Duque de Caxias", foi orientada pela Prof.ª Dra. Vanda D'Acri.

saber como vêm se configurando o controle social e a participação dos trabalhadores na ST? Os trabalhadores vêm se constituindo em sujeitos ativos na construção das ações em ST? Em que medida os caminhos da ST brasileira estão coerentes com os pressupostos e lutas que deram origem ao campo, possibilitando, assim, a ruptura com os paradigmas originários das práticas e intervenções de saúde no âmbito das relações entre capital e trabalho?

Parte-se da hipótese de que as instâncias de controle social encontram limites de atuação no contexto do Estado capitalista em que predominam os interesses do capital, o que permite que a democracia somente se realize no seu aspecto legal-formal. Ao longo da década de 1990, com o avanço da agenda neoliberal e as contrarreformas, torna-se cada vez mais difícil a convivência entre capitalismo e democracia. Configuram-se estratégias ideológicas desencadeadas pelo neoliberalismo, tornando a democracia cada vez mais restrita, em que o controle é do mercado que atinge diretamente a consciência dos sujeitos sociais.

Sendo assim, a participação nas instâncias de controle social do SUS, nela incluída a Saúde do Trabalhador (ST), vêm se configurando enquanto uma participação consentida, que visa a garantir a governabilidade, que não interfere nas decisões institucionais e serve de instrumento de legitimação política do poder público. Há uma participação subordinada aos parâmetros institucionais (burocrática), na qual difunde-se a ideia de ser um espaço consensual, em que seja possível que interesses contraditórios convirjam para o interesse de todos. Tal visão tem levado a crítica e/ou negação de atitudes conflituosas e a luta nesses espaços. Com isso, criam-se relações colaboracionistas baseadas em consensos interclasses, dentro dos marcos institucionais da relação “amigável”. Tal participação acaba por esvaziar a luta social pelo direito universal da política de saúde e mantém a exclusão dos trabalhadores e da população nos processos decisórios.

Neste estudo, têm-se como referência a concepção de que as instâncias de controle social são espaços contraditórios e arena de disputas por hegemonia, cujos limites estão postos pela sua atuação no contexto de um Estado burguês. Sendo assim, não são espaços neutros e nem homogêneos. Neles, existem embates de propostas divergentes para dar rumo à política de saúde e de saúde do trabalhador (ST). Sendo assim, não podemos cair na armadilha, de atribuir a tais espaços de participação social o papel de agentes fundamentais de transformação do Estado e

da sociedade, mas vê-los como uma dentre as diversas arenas onde são travadas as disputas por hegemonia no país.

Na direção da ampliação dos espaços de participação social na área da saúde e da Saúde do Trabalhador, destaca-se a criação dos Fóruns de Saúde e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde; bem como o Fórum Intersindical: Saúde, Trabalho e Direito do Rio de Janeiro, em 2015, na perspectiva de resgatar a articulação entre o movimento sindical, a academia e os técnicos da área da ST, no que se refere à luta política e a produção do conhecimento sobre a relação trabalho e saúde.

Assim o estudo tem como objetivo geral: discutir sobre o controle social na Saúde do Trabalhador (ST), resgatando os fundamentos teórico-conceituais e sócio-históricos em que foi formulado, bem como analisar seus desafios e limites a partir dos anos de 1990, momento de entrada do receituário neoliberal e das contrarreformas no Brasil. Desse modo, pretende-se contribuir para a compreensão teórica das instâncias democráticas de controle social no SUS, no que tange aos seus limites e desafios, considerando a atual conjuntura de desmonte das políticas sociais, de redução do papel do Estado, de crise econômica e política. E como objetivos específicos: resgatar os fundamentos teórico-conceituais e sócio-históricos que deram sustentação ao campo da ST, situando historicamente esse processo às lutas operárias em torno da defesa da saúde dos trabalhadores, na perspectiva da saúde como direito universal e bem público; contextualizar a realidade política, social e econômica do país e seu impacto no mundo trabalho, na política de saúde, na ST e nas lutas da classe trabalhadora, de modo a identificar os determinantes que vêm ocasionando entraves na efetivação do controle social; analisar como vem se configurando o controle social na ST no Brasil; e refletir sobre a participação dos trabalhadores nas ações de ST.

Cabe agora sinalizar sobre a relevância desta temática. Nesse sentido, é necessário responder à seguinte questão: Qual é a contribuição do estudo proposto?

Dizer sobre a relevância deste estudo requer a reflexão de que a produção do conhecimento sobre a ST é necessária para o aprofundamento do debate da temática no Brasil. Cabe destacar o fato de ter sido construída na década de 1970, mas que somente a partir dos anos 2000 passa a se configurar enquanto ação ministerial em face da demanda pela criação de uma Política Nacional de ST.

Por outro lado, a relação desta temática com o debate travado hoje pelo Serviço Social é fundamental, tendo em vista que o campo da ST vem se tornando, cada vez mais, em um espaço privilegiado de atuação profissional. Sendo assim, pensar a inserção do Serviço Social no campo da ST remete à reflexão do papel dos profissionais da saúde na atenção aos trabalhadores, e a uma nova lógica de encarar o processo saúde doença.

Nesta direção, a Agenda Política do XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), ocorrido no período de 31 de julho a 5 de agosto de 2010, em Brasília, apontou para a necessidade do aprofundamento dos debates e da produção de conhecimentos acerca da inserção do Serviço Social no campo da ST e a contribuição profissional para a sua efetivação como política pública.

Além disso, o protagonismo dos trabalhadores na produção do conhecimento e na transformação das suas condições de trabalho é o eixo central das ações em ST. E, mais do que isso, a participação dos trabalhadores é condição indispensável para a existência deste campo da saúde coletiva. O “saber operário” é fundamental para a desconstrução de um saber tecnicista, acrítico e apartado dos reais interesses dos trabalhadores. Sendo assim, discutir os limites e desafios do controle social na ST é discutir os limites e desafios do campo da ST.

Além disso, considera-se que, diante deste contexto de aprofundamento das contrarreformas trabalhista e previdenciária, o SUS possui um caráter estratégico nas políticas públicas quando busca o acesso universal da população, com a participação e controle dos trabalhadores, independente do vínculo que eles possuam no mercado de trabalho. Mas, por outro lado, coloca-se como um desafio para o controle social, a superação do corporativismo, do particularismo e do privilegiamento da expressão das necessidades e preferências dos segmentos dos trabalhadores mais organizados, reivindicativos e estáveis, em detrimento daqueles menos organizados, de baixa escolaridade, com menor poder de barganha e menos estáveis no mercado de trabalho (trabalhadores temporários, terceirizados, domésticos e informais).

Também considera-se que a ST possui um potencial político estratégico para os interesses das classes trabalhadoras, pois ele é capaz de desvelar as contradições do sistema capitalista, seus mecanismos de exploração da classe trabalhadora e seus impactos sobre as condições de vida e trabalho, assim como possui potencial para a construção de uma aliança entre trabalhadores estáveis e precarizados, de cariz

emancipatório, em prol da luta pela preservação da vida e da sua saúde. Sendo assim, este tema precisa adquirir centralidade na pauta das lutas operárias.

Principais Categorias: Trabalho, Estado/Sociedade Civil, Democracia e Participação Social

As categorias que serão utilizadas neste estudo estão pautadas na Teoria Social de Marx e Engels e em autores da tradição marxista.

Trabalho

Nesse estudo, o trabalho é visto como categoria central e fundamental para a compreensão das relações sociais e da história da humanidade a partir de uma perspectiva ontológica. Nesse sentido, a saúde é concebida como um processo social e, portanto, como processo histórico e social, determinado pelas formas de produção e reprodução social, no qual o processo de trabalho, tal como se configura no capitalismo, é concebido como categoria central para a compreensão dos agravos à saúde dos trabalhadores.

Para tanto, tem-se como referência Karl Marx, que no livro *O Capital*, vai colocar duas dimensões do trabalho: uma dimensão “universal”, genérica, que independe do modo produção determinado, que é o trabalho enquanto atividade especificamente humana, consciente, orientada para um fim e o trabalho como categoria fundante do Ser Social, tal como apontado por Georg Lukács; e uma segunda dimensão, que é o trabalho abstrato, alienado, característico do trabalho sob o modo de produção capitalista, cuja principal finalidade é a extração da mais-valia.

O trabalho, enquanto atividade humana genérica, é um processo no qual há um intercâmbio orgânico entre o homem e a natureza, no qual o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla tal intercâmbio. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças, pondo em movimento as forças naturais do corpo

(braços, pernas, cabeças e mãos) a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atua, assim, sobre a natureza externa e, modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza.

Para Marx, o trabalho é uma ação exclusivamente humana, consciente, orientada para um fim. Sendo assim, o autor vai distinguir a atividade humana, no caso o trabalho, da atividade meramente instintiva do animal, que segue um determinismo genético, biológico, atendendo a um limitado elenco de necessidades e de modo quase que invariável ao longo da história.

Diferente da atividade instintiva do animal, no homem o resultado do seu trabalho já existe no plano ideal. Tal capacidade de antever o produto do seu trabalho e, a partir daí, orientar a sua atividade tendo como base esse projeto ideal, é o que o marxista húngaro Georg Lukács vai definir como teleologia ou prévia ideação.

Conforme ressalta Lukács, o ato teleológico necessita para que o processo de trabalho se concretize, passar a condição de ato teleológico posto, visto que “a teologia, por sua essência, é uma categoria posta: todo processo teleológico implica uma posição de finalidade e com isso uma consciência que põe fim” (LUKÁCS, 2013, p.13). Isso significa que o homem precisa realizar “na matéria natural o seu objetivo” (que existe idealmente), e “que ele sabe que determina como lei, a espécie e o modo de sua atividade” e “ao qual ele tem que subordinar a sua vontade”, visto “que todo trabalho seria impossível se não fosse precedido por uma tal posição a determinar seu processo em todas as suas etapas”. Aqui fica enunciado o trabalho como categoria central ontológica, visto que é por meio do trabalho que é realizada uma posição teleológica “no interior do ser material como o nascimento de uma nova objetividade” (LUKÁCS, 2013, p. 12).

A segunda dimensão do trabalho apresentada por Marx refere-se ao trabalho abstrato, que é o modo como ele se apresenta sob o modo de produção capitalista.

No trabalho abstrato, vão desaparecer as diferentes formas de trabalho concreto, que passam a não se distinguir mais uma das outras, mas reduzem-se, todas, a uma única espécie de trabalho. O trabalho é abstraído de suas qualidades específicas que determinam a utilidade do produto, sendo desconsiderado o que há de especial em cada trabalho “particular”, passando a ser tomado numa forma indiferenciada, como igual trabalho humano. Ocorre uma subsunção do valor de uso

ao valor de troca e das necessidades efetivamente humanas às necessidades de produção e reprodução do capital.

> […] o trabalho que constitui a substância dos valores é o trabalho humano homogêneo, dispêndio de idêntica força de trabalho. Toda a força de trabalho da sociedade – que se revela nos valores do mundo das mercadorias – vale, aqui, por força de trabalho única, embora se constitua de inúmeras forças de trabalho individuais. Cada uma dessas forças individuais de trabalho se equipara às demais, na medida em que possua o caráter de uma força média de trabalho social e atue como essa força média, precisando, portanto, apenas do tempo de trabalho em média necessário ou socialmente necessário para a produção de uma mercadoria (MARX, 2003, p. 60-61).

É a quantidade de trabalho socialmente necessário para a produção de um valor de uso, que vai determinar a grandeza do valor. Desse modo, mercadorias que contêm a mesma quantidade de trabalho ou que podem ser produzidas no mesmo tempo de trabalho possuem, consequentemente, valor de mesma magnitude.

> O valor de uma mercadoria está para o valor de qualquer outra, assim como o tempo de trabalho necessário à produção de uma está para o tempo de trabalho necessário à produção de outra. “Como valores, as mercadorias são apenas dimensões definidas do tempo de trabalho que nelas se cristaliza” (MARX, 2003, p. 61).

A grandeza do valor de uma mercadoria vai variar na razão direta da quantidade e na inversa da produtividade do trabalho que nela se aplica. A produtividade do trabalho, segundo Marx, é determinada por diversas circunstâncias: destreza média do trabalho, grau de desenvolvimento da ciência e sua aplicação tecnológica, a organização do trabalho na produção, o volume e a eficácia dos meios de produção e as condições naturais.

O produto para se tornar mercadoria tem que produzir valor de uso para os outros, dar origem a valor de uso social. Além disso, o produto para ser mercadoria precisa ser transferido a quem vai servir como valor de uso por meio da troca. “[...] nenhuma coisa pode ser valor se não é objeto útil; se não é útil, tampouco o será o trabalho nela contido, o qual não conta como trabalho e, por isso, não cria nenhum valor”. (MARX, 2003, p. 63).

Nas relações de troca, o produto do trabalho vai assumir a forma de mercadoria, de uma relação entre coisas, quando na realidade é uma relação social concreta entre homens oculta por trás das coisas. Ou seja, a mercadoria passa a ser o eixo organizador da vida social. Os homens passam a se reconhecerem como

compradores e vendedores de mercadoria. É o que Marx vai chamar de fetichismo da mercadoria.

> [...] os trabalhos privados atuam como partes componentes do conjunto do trabalho social, apenas através das relações que a troca estabelece entre os produtos do trabalho e, por meio destes, entre os produtores. Por isso, para os últimos, as relações sociais entre os seus trabalhos privados aparecem de acordo com o que realmente são, como relações materiais entre pessoas e relações sociais entre coisas, e não como relações sociais diretas entre indivíduos em seus trabalhos (MARX, 2003, p. 95).

O processo de trabalho no capitalismo tem por finalidade a extração de mais valia, ou seja, o sobrevalor ou um valor maior que aquele adiantado no início do ciclo produtivo. Esse sobrevalor ou mais-valia é o fim e o resultado do processo capitalista de produção. Para entendê-lo, torna-se necessário remeter ao processo de produção as suas duas facetas: o processo de valorização, que é a estratégia empregada pelo capital para a extração de mais-valia; e o processo de trabalho, que é a materialização do processo de valorização e da divisão do trabalho, e somente decifrável por meio dele.

A transformação do dinheiro em capital decompõe-se em três processos inter-relacionados, mas independentes no tempo e no espaço. O primeiro é a compra e venda dos meios de produção e da força de trabalho no mercado; o segundo, que se efetiva no processo de produção, onde através do consumo produtivo da capacidade de trabalho, os meios de produção transformam-se em produtos, os quais, além de conter o valor do capital adiantado, contêm, ainda, a mais valia-criada. Têm-se aí a produção e a reprodução do capital. E o terceiro processo ocorre no âmbito da circulação, onde se realiza o valor do capital e da mais-valia, mediante a transformação da mercadoria em dinheiro.

Para que o dinheiro se transforme em capital, é necessário que os possuidores de dinheiro encontrem no mercado não apenas os meios objetivos de produção como mercadorias, como também uma mercadoria especial: a força de trabalho, cujo valor de uso tem a qualidade de ser fonte de valor, ou seja, seu consumo é, ao mesmo tempo, materialização de trabalho e, portanto, criação de valor.

Para que tal fato ocorra, é exigência que o capitalista encontre no mercado o trabalhador livre – livre de outros vínculos de dominação extraeconômicos e livre de possuir os meios de produção. Desse modo, o trabalhador vê-se obrigado a vender no mercado, para sobreviver, a única mercadoria que possui sua força de trabalho,

não lhe restando outra alternativa senão vendê-la em troca do valor equivalente aos meios necessários para a sua subsistência e de sua família, expressa por meio da forma do salário. A condição histórica para o surgimento do capital e o pressuposto essencial para a transformação do dinheiro em capital são a existência no mercado da força de trabalho como mercadoria.

Na esfera da circulação de mercadoria, estabelece-se uma relação contratual – de compra e venda – entre possuidores juridicamente iguais de mercadorias equivalentes: o trabalhador, como proprietário da sua força de trabalho, que a vende como meio necessário à sua subsistência, expressa sob a forma de dinheiro; e o proprietário dos meios de produção (capitalista). O que o trabalhador vende para o capitalista é a sua força de trabalho para ser consumida por certo período de tempo pelo capitalista.

O trabalhador, para sobreviver, não tem outra alternativa senão vender a si próprio em troca de valor equivalente aos meios necessários para a sua subsistência e de sua família, expresso por meio da forma salário, visto que, ao estar desprovido dos meios de produção, também se torna desprovidos dos meios de subsistência, já que esses são propriedade alheia monopolizada pela classe capitalista.

O processo de produção capitalista não se resume apenas ao processo de trabalho, de produção de valores de uso mediante o consumo de um trabalho que tem qualidade específica (trabalho concreto). Ele é, ao mesmo tempo, um processo de valorização: de criação e conservação de valor. Nesse sentido, o que vai interessar é o valor de troca do capital, que se diferencia do valor de troca das mercadorias, que ingressam, como tais, no processo de produção. Ou seja, o que importa é verificar o que ocorre com a parte variável que é trocada pela força de trabalho.

O valor de troca da mercadoria força de trabalho, expressa pelo salário, que é o custo diário de conservação, é definido antes mesmo de essa mercadoria ingressar na circulação. Já o seu valor de uso, que é o próprio trabalho, só se expressa por meio do seu consumo. Para o seu consumo se realizar, torna-se necessária a existência dos meios de produção, nos quais a capacidade de trabalho se materializa.

Ao ser consumida, a força de trabalho não pertence mais ao trabalhador, mas ao capitalista que a comprou, temporariamente, como uma forma de existência de seu capital. O capitalista busca o valor de uso específico desta mercadoria que lhe

permite ser fonte de valor e, portanto, cria um valor superior ao seu preço (salário); no entanto, para que crie valor, a força de trabalho deve estar apta para produzir objetos de qualidades específicas. No entanto, verifica-se que o valor da força de trabalho na circulação é diferente da magnitude de valor que cria na produção. Essa parte do valor adiantado na produção, ao ser transformada em trabalho vivo em ação, adquire uma magnitude variável. Assim, o trabalho vivo não só conserva os valores dos meios de produção (trabalho acumulado), mas reproduz o valor do capital variável e gera um incremento de valor: a mais-valia. Com isso, conclui-se que o processo de valorização do capital, por meio da produção de mais-valia, se dá na esfera da produção.

O trabalho, como formador de valor, precisa ser abstraído de seu valor de uso particular (trabalho concreto) e considerado como trabalho socialmente necessário, indiferenciável na sua qualidade, mas diferenciável na sua quantidade; trabalho que agrega valor proporcionalmente a sua duração.

O capitalista, ao comprar o direito de explorar a força de trabalho durante uma jornada, o faz funcionar por mais tempo que o necessário para reproduzir o seu preço, um trabalho excedente, que é de onde o capitalista vai extrair o mais valor. Assim a forma salário, ao aparecer como preço do trabalho, vai encobrir toda a divisão da jornada de trabalho em trabalho necessário e excedente (pago e não pago), fazendo com que todo o trabalho entregue ao capitalista apareça como trabalho pago.

> O segundo período do processo de trabalho, quando o trabalhador opera além dos limites do trabalho necessário, embora constitua trabalho, dispêndio de força de trabalho, não representa para ele nenhum valor. Gera a mais-valia, que tem, para o capitalista, o encanto de uma criação que surgiu do nada. A essa parte do dia de trabalho chamo de tempo de trabalho excedente, e ao trabalho nela despendido, de trabalho excedente.” (MARX, 2003, p.253).

Existem duas formas de extração de mais-valia: a mais-valia absoluta e a mais-valia relativa.

Na mais-valia absoluta, o trabalho excedente vai se dar por meio da extensão da jornada de trabalho.

Na mais-valia relativa, o trabalho excedente vai se dar por meio da intensificação do ritmo da produção, por meio da introdução de maquinários e novas técnicas de trabalho, sem que haja a necessidade de ampliação da jornada de trabalho. Existem três formas de extração da mais-valia relativa: a cooperação

simples, que é a forma de trabalho em que muitos trabalham juntos, de acordo com um plano, no mesmo processo de produção ou em processo de produção diferentes, mas conexos; a manufatura, em que a divisão do trabalho vai se tornar cada vez parcializado; e a Grande Indústria, em que ocorre uma subsunção real do trabalhador, à medida que ele se torna mero apêndice da máquina, perdendo a capacidade de ditar o ritmo do seu trabalho.

Sendo assim, para Marx, a taxa de mais-valia é a expressão do grau de exploração da força de trabalho pelo capital.

Estado e Sociedade Civil

Neste estudo, a concepção de Estado e Sociedade Civil está pautada em Gramsci. Sendo assim, o Estado é concebido enquanto sociedade política e sociedade civil, considerada como uma unidade orgânica.

Com base nessa perspectiva, a sociedade civil, ao contrário de possuir um caráter homogêneo, é vista como o espaço do confronto entre interesses contraditórios, marcado por disputas de projetos societários entre as classes sociais em confronto.

Cabe destacar que a concepção de sociedade civil, na perspectiva gramsciana, é considerada como o espaço onde se organizam os interesses em confronto, sendo o lugar onde se tornam 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. Portanto, tal concepção nada tem a ver com o que hoje se chama de “terceiro setor”, pretensamente situado para além do Estado e do mercado e que tem sido muito difundida, sendo considerada restrita, despolitizada e que tem equívocos teóricos (SEMERARO, 1999).

A partir da perspectiva gramsciana, o controle social se dá na disputa pela hegemonia na sociedade civil pelas classes sociais em confronto e pela imposição dos seus interesses na condução do Estado. Nesse sentido, o controle social refere-

se ao controle das classes e seria movido pelo caráter contraditório da sociedade civil, dependendo da correlação de forças entre as classes.

Por outro lado, considerar a concepção ampliada de Estado requer a concepção de que o Estado capitalista não é neutro e que, portanto, ele tem a função de manter a hegemonia, da classe dominante, e, para tanto, vai incorporar os interesses das classes subalternas. Ao estabelecer a luta para a incorporação desses interesses, acaba por possibilitar a abertura para as organizações das classes subalternas, presentes na sociedade civil, virem a controlar de alguma forma as ações do Estado e, consequentemente, influenciarem na alocação de recursos públicos. Na realidade, o que ocorre é a disputa pelo controle social entre as classes visando à obtenção da hegemonia na sociedade civil e, consequentemente, no Estado.

Democracia e Participação Social

A noção de democracia é concebida por diversos autores como um processo histórico e está relacionada à soberania popular. Nesta concepção, a democracia, para os autores marxistas contemporâneos[5], é mais ampla que a democracia liberal, pois admite as conquistas liberais, considerando-as imprescindíveis – como a democracia política e social –, mas incorpora também a democracia econômica, ou seja, a democratização da riqueza socialmente produzida.

Concorda-se com Duriguetto (2007, p. 19) que a democracia é um momento fundamental da luta pelo socialismo e de sua construção e organização. Sendo assim, a democracia é compreendida como processo, cuja direção e objetivo estão assentados “na organização e formação de uma vontade coletiva das classes subalternas para a construção de seu projeto emancipatório".

Desse modo, deve-se combinar a democracia representativa tradicional com a democracia participativa, de base, incorporando também os chamados direitos sociais, que são direitos indiscutíveis da cidadania moderna: o direito à previdência, à

[5] Neste estudo, serão utilizados, dentre os autores marxistas contemporâneos Gramsci, Poulantzas e Ingrao e, dentre os autores brasileiros, José Paulo Netto, Carlos Nelson Coutinho.

educação, à saúde e, no limite, o direito social à propriedade, o que implica a socialização dos meios de produção (COUTINHO, 2000, p. 130) .

Conforme Bravo (2001, p. 45), 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 o domínio da classe capitalista, havendo um limite interno, pois as principais decisões econômicas são tomadas pelo poder privado. Assim, apropriando-se de Ingrao, defende a concepção de democracia na sua perspectiva mais ampliada, que deve articular a democracia direta, de base, articulada à democracia representativa com vistas à concretização da democracia progressiva, ou seja, a democracia de massas.

De acordo com Netto (1990, p. 126), a democracia de massas deve ser organizada “de baixo para cima, combinando a intervenção instituída com a instituinte”. Tal concepção de democracia conjuga uma ação mediatizada pela delegação tradicional de setores burgueses, que se traduz nas instituições parlamentares e nos sistemas partidários, juntamente com uma rede de organizações de base: sindicatos, comissões de empresas, organizações profissionais e de bairro, movimentos sociais urbanos e rurais, democráticos.

Segundo Netto (1990, p. 127), ainda sem quebrar o ordenamento capitalista a democracia de massas cria três requisitos fundamentais para que ocorra a transição socialista na nossa sociedade: “abre a via para a democratização da sociedade e do Estado, introduz o proletariado e seus aliados estratégicos nas atividades da gestão social e instaura uma dinâmica societária que permite vincular o ‘mundo do trabalho’ ao ‘mundo da cultura’”.

Para Coutinho, existe uma contradição entre cidadania e classe social, pois a existência de uma sociedade de classes cria privilégios para alguns e déficits para outros. Desse modo, a divisão da sociedade em classes é um limite intransponível à afirmação consequente da democracia; ou seja, apenas numa sociedade sem classes – uma sociedade socialista – pode se realizar o ideal da plena cidadania, portanto, da democracia. O autor afirma ainda que, segundo o ensinamento de Gramsci, sem democracia não há socialismo nem tampouco o inverso.

Por outro lado, concorda-se com Netto (Ibidem, p. 84-85) ao discutir a tese sobre a incompatibilidade do capitalismo com a democracia. O autor vai fazer uma

distinção entre a democracia-método e a democracia - condição social, no qual aponta que o capitalismo é compatível com a chamada democracia-método, entendida como

> o conjunto de mecanismos institucionais que, sob formas diversas (mais ou menos flexíveis), numa dada sociedade, permitem, por sobre a vigência de garantias individuais, a livre expressão de opiniões e opções políticas e sociais). Isso significa, que sob a vigência do capitalismo a democracia só se generaliza e universaliza enquanto não transborda para um ordenamento político que requeira uma organização societária baseada numa igualdade social real, ou seja, uma igualdade dos meios de produção. Nesse sentido, o capitalismo impõe um limite absoluto à democracia. Já a democracia-condição social, não se trata apenas de um simples conjunto de institutos cívicos, organizados num determinado ordenamento político, mas um ordenamento societário em que todos "têm iguais chances de intervir ativa e efetivamente nas decisões que afetam a gestão da vida social (NETTO, 1990, p. 84-85).

Sendo assim, as exigências democráticas devem ser vistas pelo pensamento socialista revolucionário enquanto um valor instrumental estratégico[6].

Neste estudo, a democracia é concebida conforme utilizada por Lukács (2008, p.85), enquanto democratização, por compreender, a partir de uma abordagem ontológica, que esta se trata de um processo e não de uma situação estática de um ponto de vista histórico. Ela é, sobretudo, "um processo como concreta força política ordenadora daquela particular formação econômica sobre cujo terreno ela nasce, opera, torna-se problemática e desaparece".

Para a realização do processo de construção de uma sociedade socialista, torna-se necessária a constituição de uma democracia de massas. Trata-se de um projeto que pressupõe a difusão da participação social com vistas a combater a apatia, reforçando a participação política organizada do conjunto da cidadania.

Também, concebe-se que a democracia possui relação orgânica com a hegemonia, que, segundo Gramsci, é a direção política e cultural na formação de uma vontade coletiva, o que exige a construção de um sujeito revolucionário visando a uma progressiva construção de um novo projeto societário. Conforme Dias (1996, p. 10),

---

[6] Segundo Netto (1990, p. 86), valor instrumental estratégico, não significa um instrumento alternativo dentre outros, "mas o único que, na sua operacionalização, antecipa um modo de comportamento social genérico que, no desenvolvimento do processo revolucionário, através de rupturas sucessivas, tenderá, pela prática política organizada e direcionada pela teoria social, a permear todas as instâncias da vida social."

“A hegemonia é a elaboração de uma nova civiltà, de uma nova civilização. É uma reforma intelectual e moral”.

Em relação à discussão da participação social, Vianna (2009), ao mapear a produção acadêmica no Brasil sobre o tema da participação em saúde, sinaliza que maior parte dos estudos analisados compreende a participação social como componente essencial para a preservação do direito universal à saúde, construção da cidadania e fortalecimento da sociedade civil, relacionando diretamente à concepção da participação como parte do processo de democratização do Estado.

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 o induzir a agir, pois o Estado precisa ser vigiado, contido, corrigido em suas práticas habituais (CARVALHO, 1995).

Com o processo de democratização do país, novos sujeitos coletivos entram em cena estabelecendo uma nova relação Estado-sociedade, qualificando o processo de participação. Assim, segundo Carvalho (1995), a participação social tem por base a universalização dos direitos sociais, a ampliação da noção de cidadania e uma nova compreensão do caráter e 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 sociais.

Esta última concepção de controle social tem como marco o processo de redemocratização política da sociedade brasileira com a superação da ditadura militar instaurada no país pós-1964, e pelo aprofundamento do debate referente à democracia e, na saúde, o movimento de reforma sanitária.

Cabe esclarecer que, neste estudo, o controle social será utilizado na perspectiva do controle democrático das classes subalternas, conforme apontado por

Bravo e Correia (2012), de modo a fugir das amarras e contradições que envolvem a expressão controle social advinda do contexto da ditadura militar, de modo a abarcar as lutas sociais da classes subalternas que se dão fora do âmbito político-institucional, como é o caso dos fóruns de saúde e de ST e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

Nessa perspectiva, o controle social das classes subalternas está assentado na concepção gramsciana de Estado e sociedade civil, no qual as lutas políticas não se dão apenas na sociedade civil, mas na totalidade da estrutura social e da formação social. Sendo assim, conforme as autoras, esse controle social deve ser “norteado por um projeto societário das classes subalternas e pela busca da construção de uma cultura política de uma nova hegemonia, com vistas a superação da racionalidade capitalista.” (BRAVO e CORREIA, 2012, p.134).

Procedimentos Metodológicos

Este estudo está pautado no método materialista histórico-dialético. Sendo assim, pretende-se compreender o controle social na sua relação com a ST na particularidade histórica brasileira, estabelecendo as relações entre o econômico e o político. Para tanto, levar-se-á em consideração a inserção do Brasil na estrutura e dinâmica do processo das relações sociais no sistema capitalista e o papel do Estado na luta de classes, tendo em vista a dimensão da totalidade existente nesta particularidade.

A realidade é totalidade concreta, o que significa que ela é um todo estruturado, dialético, em que o geral – que é a conexão interna dos fatos – está contido nas partes e as partes são o reflexo de um determinado contexto. Para conhecer a realidade, é necessário atingir a sua essência. Entretanto, a essência não se revela imediatamente para atingi-la; é necessário destruir a pseudoconcreticidade, que são os fenômenos existentes na vida cotidiana que se expressam de modo regular, imediato e evidente e que penetram na consciência dos indivíduos na forma de um aspecto independente e natural (KOSIK, 1976).

Com base na dimensão da compreensão da realidade como totalidade concreta, a pesquisa referente à relação entre Estado e Sociedade deve atentar-se para os acontecimentos num determinado momento no que diz respeito à organização da produção em um determinado nível do desenvolvimento social, bem como as relações entre as classes sociais com interesses contraditórios em um contexto-histórico permeado por conflitos e consensos.

O caminho metodológico para a compreensão da realidade, enquanto totalidade concreta, requer a utilização do instrumento da abstração, que é o recurso utilizado pela razão humana com vistas a ultrapassar a imediaticidade, captando-a nas suas conexões internas. Considerando que a realidade não é apreendida na sua imediaticidade, visto ser ela a síntese de múltiplas determinações em que a essência, ao mesmo tempo que se manifesta, se esconde, o conhecimento da totalidade concreta se dá através de um processo sintético em que a razão teórica reproduz a realidade no plano do pensamento enquanto um “concreto pensado”, retornando a esta realidade, não a vendo mais como uma representação caótica do todo. Entretanto, este movimento realizado pela razão humana, que vai do abstrato para o concreto e vice-versa, apenas reproduz o real apreendido por meio de categorias lógicas, pois a realidade aparece no pensamento como um processo de síntese, enquanto resultado e não como o ponto de partida.

Tal reprodução reflexiva do real se constitui numa árdua tarefa da razão humana, visto que ao sujeito cognoscente é necessária a incorporação de objetivações humanas, ou seja, é necessária uma riqueza de conhecimentos de amplas esferas do saber humano. Assim, o método materialista histórico dialético constitui um caminho metodológico que se dá por meio de aproximações sucessivas, pois está sempre buscando a totalidade sem, portanto, alcançá-la, visto o nível de complexidade das totalidades constitutivas da realidade (PONTES, 1997, p.72).

Com vistas a alcançar os objetivos (geral e específicos) definidos, utilizou-se como eixos da investigação a pesquisa bibliográfica e documental.

Inicialmente, foi realizada uma pesquisa bibliográfica ampla para análise do objeto de pesquisa. Para tanto, fez-se necessária uma construção teórica aprofundada a partir dos caminhos teóricos aqui expostos. Também foi realizada uma revisão de literatura, resgatando a origem do campo da saúde do trabalhador, seus pressupostos teórico-metodológicos, em que a luta dos trabalhadores por saúde

adquire importância. Para tanto, fez-se o resgate de autores do Modelo Operário Italiano e da Medicina Social Latino Americana; bem como dos principais autores brasileiros que abordam o tema.

Além disso, realizou-se uma pesquisa bibliográfica mais abrangente, resultado de estudos e análises da conjuntura macroeconômica e do contexto neoliberal, e seus impactos na intervenção estatal no Brasil e no mundo do trabalho, com rebatimentos na luta dos trabalhadores e na política de saúde, e, mais especificamente, na saúde do trabalhador, com consequências para o controle social.

Como parte do processo de investigação, foi realizada uma pesquisa documental procurando ter acesso ao modo como vem se dando o debate e a institucionalização do controle social na sua relação com a ST. Para tanto, foi realizada análise das legislações referentes à temática do controle social e ST.

Além disso, foi realizada análise das publicações da Coordenadoria Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) do Ministério da Saúde (MS), como o Inventário da RENAST publicado em 2009 e 2011 e o Relatório da RENAST de 2016, documentos publicados com o objetivo de acompanhar a implementação da RENAST; assim como Livros, Resoluções, Recomendações, Moções, publicados pelo Conselho Nacional de Saúde, referente ao controle social e ST. Também foram analisados estudos e publicações do DIESAT, especialmente o material de apoio produzido para a Oficina de Multiplicadores de Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, assim como material das devolutivas de tais oficinas; bem como a publicação *Controle social em saúde do trabalhador e da trabalhadora no Brasil – Práticas territoriais*.

Também foram utilizados documentos pessoais de registro das ações – observação participante[7] – realizadas por meio da experiência profissional como Assistente Social do CEREST/Duque de Caxias, desde 2005, como a participação em Encontros, Seminários, Congressos, Reuniões, Formações, organizadas pelo CEREST/Duque de Caxias, Controle Social (CISTT Nacional e Estadual, Fórum Intersindical de Saúde do Trabalhador), DIESAT, Instituições de Ensino e Pesquisa

[7] Cabe sinalizar que, neste estudo, o uso deste conceito não se refere à abordagem metodológica, com planejamento de entrada e saída no cenário da pesquisa ou ainda de um roteiro do que observar, previamente estabelecido, mas sim da experiência profissional da autora na realidade ora pesquisada.

(FIOCRUZ, Universidades), Coordenação Estadual de Saúde do Trabalhador do Rio de Janeiro e Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde.

Também foram utilizadas fontes produzidas e disponibilizadas por meio da mídia, pelo Fórum Intersindical de Saúde do Trabalhador (vídeoaulas, vídeos do Curso Intersindical, Boletins Informativos, vídeos das reuniões do Fórum Intersindical).

Estruturação da Tese de Doutorado e a disposição dos capítulos

Considerando o método de Marx aqui adotado, em que se distingue formalmente o método de investigação do método de exposição[8], a tese de doutorado contará com três capítulos.

O primeiro capítulo, intitulado "O debate teórico e conceitual sobre o controle social na saúde e na saúde do trabalhador", propõe discutir os fundamentos teóricos-conceituais da categoria controle social, de modo a qualificar tal expressão a partir das diversas concepções e perspectivas presentes nos campos da sociologia, psicologia e da ciência política. Também propõe abordar a concepção de controle social defendido no SUS, estabelecendo-se a relação entre as discussões sobre Estado e sociedade civil, democracia e participação social, referenciando-se na Teoria Social de Marx e Engels e autores da tradição marxista, especialmente o marxista italiano Antonio Gramsci e seus discípulos. Assim, o capítulo encontra-se estruturado em quatro itens: 1) De que controle social estamos falando? ; 2) Controle social e a sua relação com a concepção de Estado e sociedade civil; 3) Controle social:

[8] Conforme aponta Netto (2009, p. 676): "É só quando concluída a sua investigação (e é sempre relevante lembrar que, no domínio científico, toda conclusão é sempre provisória, sujeita a comprovação, retificação, abandono etc.) que o pesquisador apresenta, expositivamente, os resultados a que chegou para Marx, os pontos de partida são opostos: na investigação, o pesquisador parte de perguntas, questões; na exposição, ele já parte dos resultados que obteve na investigação....".

democracia e participação Social; e 4) Controle social na saúde do trabalhador: uma perspectiva gramsciana.

O segundo capítulo, intitulado “Trabalho e Saúde no Brasil”, propõe discutir os fundamentos sócio-históricos da ST, destacando a constituição da Saúde do Trabalhador (ST) na década de 1970, bem como a retomada das lutas operárias e o surgimento do movimento sanitário, no contexto de luta pela redemocratização da sociedade brasileira; até a sua institucionalização, com a aprovação do SUS e a constituição da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do trabalhador (RENAST) em 2002 e, da Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída em 2012. Sendo assim, ele encontra-se estruturado em três itens: 1)Trabalho e Saúde: O surgimento da Medicina do Trabalho (MT) e da Saúde Ocupacional (SO); 2) O Modelo Operário Italiano (MOI) e o Surgimento da Saúde do Trabalhador (ST); e 3) Da emergência à institucionalização da saúde do trabalhador no Brasil.

O terceiro capítulo, intitulado “Controle social e saúde do trabalhador: desafios e limites”, se propõe a discutir, com base em todos os materiais pesquisados – bibliográfico e documental –, os limites e desafios postos ao controle social do SUS e, mais especificamente na ST. Para tanto, ele foi estruturado em cinco itens: 1) O controle social na saúde a partir da década de 1990: esfera pública, sociedade civil e democracia; 2) A Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT); 3) A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT); 4) O atrelamento sindical ao Estado e o esvaziamento das OLTs; e, 5) As mudanças no mundo do trabalho e seus impactos na luta operária brasileira.

Nas considerações finais, pretende-se problematizar questões abordadas no decorrer desse trabalho e apresentar algumas estratégias para o enfrentamento dos limites e desafios do controle social na ST.

1 DEBATE TEÓRICO E CONCEITUAL SOBRE O CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE E NA SAÚDE DO TRABALHADOR

Neste capítulo, pretende-se fundamentar teoricamente a discussão sobre o controle social, com vistas a qualificar tal expressão a partir das suas concepções e perspectivas nos campos da sociologia, psicologia e da ciência política, assim como abordar o tipo de controle social defendido no SUS. Para tanto, estabelece-se uma relação com as discussões sobre Estado e sociedade civil, democracia e participação social, tendo como referencial a Teoria Social de Marx e Engels e autores da tradição marxista, especialmente o marxista italiano Antônio Gramsci e seus discípulos.

1.1 De que controle social estamos falando?

O termo controle social vem sendo utilizado ao longo da história com base em diferentes concepções e perspectivas, o que torna necessário que se inicie este estudo qualificando tal expressão e contextualizando o prisma sob o qual passa a ser utilizado na política de saúde brasileira, a partir da Constituição Federal (CF) de 1988 e a instituição do SUS.

De acordo com Correia (2000; 2004; 2005), a expressão “controle social” é utilizada na sociologia para designar os modos de estabelecimento da ordem social disciplinando a sociedade, submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais. Sendo assim, Mannheim vai definir como o “conjunto de métodos pelos quais a sociedade influencia o comportamento humano, tendo em vista manter determinada ordem”. Em Durkheim, tal controle se daria por meio da intensidade das obrigações ou pressões morais impostas ao indivíduo pela sociedade.

Na perspectiva psicológica, Freud vai apontar a dimensão subjetiva do controle social por meio do conceito do “superego” enquanto absorção das normas sociais e pela estrutura da personalidade, pelo qual é introjetada no indivíduo o conteúdo desse controle.

Segundo Carvalho (1995, p. 9-10), Talcott Parsons, vai fazer uma síntese das contribuições da Sociologia e da Psicologia, a partir da compreensão da sociedade

enquanto um sistema social baseado na interação de personalidades, atribuindo o equilíbrio do sistema a efetividade do controle social, que se expressaria externamente por meio das normas e a sua execução pelos seus agentes e, individualmente, por meio do êxito dos mecanismos de internalização individual de todos os componentes culturais. Tal concepção está baseada na ideia de controle social aplicada à relação Estado-sociedade, de acordo com a tradição do pensamento hobbesiano. Segundo Hobbes, o papel do Estado é o de conter as forças e tendências desagregadoras, presentes na sociedade em seu estado de natureza, próprias do egoísmo e da irracionalidade onde os indivíduos vivem uma “guerra de todos contra todos”. Sendo assim, o Estado é o resultado de um contrato firmado entre cada homem, em que é transferido a um terceiro (que pode ser um homem ou uma assembleia), que não faz parte do contrato, o direito natural que cada um possui, atribuindo-lhe um poder absoluto, indivisível e irrevogável. Seu papel é o de manter a paz e proteger a vida dos seus súditos. Nesse aspecto, conforme Carvalho (1995, p.10), a concepção de controle social é compreendida enquanto uma limitação do agir individual na sociedade.

Segundo Correia (2000; 2004; 2005), nas ciências políticas e econômicas, a expressão “controle social” é ambígua, podendo ser concebida sob prismas diferentes, baseados em concepções de Estado e sociedade distintas. Neste aspecto, o debate sobre controle social vai se construir tendo como eixo a relação entre Estado e sociedade civil. Sendo assim, a autora vai apontar duas concepções que considera básicas para o debate proposto.

A primeira refere-se à compreensão do controle social enquanto controle do Estado sobre a sociedade. Nesta concepção, o Estado controla a sociedade a favor dos interesses da classe dominante implementando políticas sociais que visam amenizar os conflitos de classes. Por trás dessa perspectiva, encontra-se a concepção de Estado restrito, ou seja, a concepção do Estado enquanto administrador dos negócios da classe dominante.

De acordo com a autora, a partir dessa perspectiva, pode-se afirmar que a economia capitalista necessita de formas de controle social que garantam o consenso social com vistas à aceitação da ordem do capital pelos membros da sociedade. Neste caso, a burguesia terá no Estado o órgão privilegiado de dominação de classe e como aparato privilegiado no exercício do controle social, mesmo que tal função de controle

social também abarque instituições da sociedade civil. Tais instituições seriam mecanismos de difusão da ideologia dominante e interferindo no cotidiano da vida social, reforçando a internacionalização das normas e comportamentos legitimados socialmente. Sendo assim, fariam parte dos mecanismos de controle social na busca de consenso em torno da reprodução do capital: as instituições estatais, por meio da implementação de políticas e de programas sociais e a maioria das organizações existentes na sociedade civil, inclusive as instâncias participativas.

A segunda refere-se à compreensão do controle social enquanto controle da sociedade (ou de setores organizados da sociedade) sobre as ações do Estado. Nesse sentido, a sociedade tem possibilidades de controlar as ações do Estado em favor dos interesses das classes subalternas. Por trás dessa perspectiva, está a concepção de “Estado ampliado”, segundo o qual o Estado é visto como espaço perpassado por interesses de classe, ou seja, como um espaço contraditório que, apesar de representar hegemonicamente os interesses das classes dominantes, incorpora demandas das classes subalternas.

Sendo assim, o terreno das políticas sociais apresenta-se contraditório, visto que, por meio dessas, o Estado controla a sociedade e, ao mesmo tempo, incorpora as suas demandas. É a partir desse terreno contraditório que surge um novo conceito de controle social, entendido como a participação da sociedade civil na gestão das políticas públicas com vistas a controlá-las, de modo a assegurar que as elas atendam, cada vez mais, às necessidades e demandas do conjunto da sociedade. Sendo assim, o controle deverá ser realizado por setores organizados da sociedade civil sobre as ações do Estado, de modo que este atenda aos interesses das classes subalternizadas, ou seja, a maioria da população.

É neste espaço contraditório que se inserem os conselhos de políticas públicas, enquanto instâncias institucionalizadas de participação social. Sendo assim, tais instâncias podem possibilitar que os segmentos que defendem os interesses das classes subalternas neles representados venham a influenciar e controlar, em alguma medida, os rumos das políticas sociais, ao mesmo tempo que podem se constituir enquanto mecanismos de controle do Estado sobre as referidas classes, à medida em que formem consensos em torno das mudanças nas políticas públicas, atendendo às demandas voltadas para a expansão do capital, realizando cortes nos gastos sociais, privatizando e focalizando tais políticas.

1.2 Controle Social e a sua relação com a concepção de Estado e Sociedade Civil

A noção de Estado e sociedade civil será tomada tendo como referencial teórico o marxista italiano Antonio Gramsci.

Gramsci identifica, no contexto histórico da sua época, uma “socialização da política”, com a ampliação e crescimento da organização dos trabalhadores e do capital decorrente do aprofundamento da democracia no capitalismo desenvolvido. Com isso, segundo ele, vai ocorrer uma complexificação das relações de poder e de organização de interesses que fazem emergir uma nova dimensão da vida social, que ele denomina de sociedade civil ou aparelhos privados de hegemonia.

De acordo com a concepção gramsciana, sociedade civil é o “espaço onde se manifesta a organização e representação institucional dos interesses dos diferentes grupos sociais, da elaboração e/ou difusão dos valores, cultura e ideologias que tornam ou não conscientes os conflitos e as contradições sociais” (DURIGUETTO, 2007, p. 54).

Diferente de Marx, em que a sociedade civil se identifica com a infraestrutura econômica, em Gramsci ela pertence ao momento da superestrutura. Contudo, conforme nos chama atenção Coutinho (1999, p.122-123), o conceito de sociedade civil é o modo privilegiado com que Gramsci enriquece a teoria marxista do Estado, por meio de novas determinações, mas de modo algum isso vai anular a aceitação gramsciana

> do princípio básico do materialismo histórico, o de que a produção e reprodução das relações sociais globais, é o fator ontologicamente primário na explicação da história... não inverte nem nega as descobertas essenciais de aceitação plena do método do materialismo histórico. (COUTINHO, 1999, p. 123).

Através do seu conceito de sociedade civil, Gramsci “amplia” a teoria marxista “clássica” de Estado. Em Marx, Engels e Lênin, o Estado – a máquina estatal – é identificada com o conjunto de seus aparelhos repressivos. Sendo assim, o Estado possui o monopólio legal da violência e, portanto, é por meio da coerção e da violência, que ele faz valer a sua natureza de classe. Já em Gramsci, o Estado passa a ser

identificado enquanto sociedade política, que é o conjunto dos aparelhos por meio dos quais a classe dominante impõe coercitivamente a sua dominação (aparato policial e militar, o sistema judiciário e administrativo); mais também pela sociedade civil ou “o aparelho privado” de hegemonia, em que o exercício de poder ocorre por meio de uma relação de hegemonia construída pela direção política e o consenso.

Ao justificar seu novo conceito de intelectual, Gramsci vai fornecer um resumo da sua concepção ampliada do Estado.

> Eu amplio muito – diz ele – a noção de intelectual e não me limito à noção corrente, que se refere aos grandes intelectuais. Esse estudo leva também a certas determinações do conceito de Estado, que habitualmente é entendido como sociedade política (ou ditadura, ou aparelho coercitivo para adequar a massa popular a um tipo de produção e à economia em um dado momento); e não como equilíbrio entre sociedade política e sociedade civil (ou hegemonia de um grupo social sobre a inteira sociedade nacional, exercida através de organizações ditas privadas, como a Igreja, os sindicatos, as escolas, etc. (GRAMSCI apud COUTINHO, 1999, p.127).

Para Gramsci, há uma relação dialética de “identidade-distinção” entre sociedade civil e sociedade política. Ambas pertencem à esfera da superestrutura, são distintas e relativamente autônomas, mas inseparáveis na prática. A sociedade civil compreendida como os organismos “privados” e voluntários, como os partidos, as diversas organizações sociais, os meios de comunicação, as escolas, as igrejas, as empresas etc., se caracteriza pela elaboração e a difusão das ideologias e dos valores simbólicos que visam à “direção”; a sociedade política compreendendo instituições mais públicas, como o governo, a burocracia, as forças armadas, o sistema judiciário, o tesouro público etc. – é caracterizada pelo conjunto dos aparelhos que concentram o monopólio legal da violência e visa à “dominação”. Contudo, na realidade, essas duas esferas estão intimamente unidas, uma vez que a articulação de consenso e coerção garante a supremacia de um grupo sobre toda a sociedade e a verdadeira estruturação no poder.

Segundo Gramsci, o momento unificador das esferas da sociedade política e da sociedade civil encontra-se no modo como o grupo social realiza sua “supremacia”, manifestada como “domínio” e como “direção intelectual e moral”. Coutinho aponta a passagem em que Gramsci vai explicitar melhor a dialética dessa unidade na adversidade existente entre as duas esferas.

> A supremacia de um grupo social se manifesta de duas maneiras: como “dominação” e como “direção intelectual e moral”. Um grupo social é

> dominante dos adversários que tende a 'liquidar' ou a submeter também mediante a força armada; e é dirigente dos grupos afins e aliados (GRAMSCI apud COUTINHO, 1996, p. 57).

É a partir daí que vai derivar a concepção ampliada do Estado, onde "entram elementos que estão relacionados à noção de sociedade civil – no sentido, se poderia dizer, que Estado = sociedade política + sociedade civil, ou seja, hegemonia encouraçada de coerção". (GRAMSCI apud SEMERARO, 2001, p.74-75).

Nessa concepção ampliada de Estado em Gramsci, encontra-se a base da sua reformulação da teoria da revolução socialista. O pensador italiano vai diferenciar as formações sociais em "Orientais", em que "o Estado era tudo, a sociedade civil era primitiva e gelatinosa", e as chamadas "Ocidentais", em que

> havia entre o Estado e a sociedade civil uma justa relação e, ao oscilar o Estado, podia-se imediatamente reconhecer uma robusta estrutura da sociedade civil. O Estado era apenas uma trincheira avançada, por trás da qual se situava uma robusta cadeia de fortalezas e casamatas [...]. (GRAMSCI, 2014, p. 266).

A partir dessa distinção, ele vai apontar que, nas formações sociais "Ocidentais", a estratégia de choque frontal ao poder do Estado, denominada "guerra de movimento", levada a cabo na Revolução Russa de 1917, não se aplica, devendo nesse caso a estratégia revolucionária se concentrar na chamada "guerra de posição", "ou seja, nas conquistas progressivas ou 'processuais' de espaço de direção político-ideológica e de formação de um consenso organizado e participativo no vasto campo da sociedade civil". Por meio dessas ações, se formará uma "vontade coletiva nacional-popular", "que se expressará na ascensão de uma nova classe (ou bloco de classes) ao poder político, explicitando a criação de um novo "bloco histórico"[9] (DURIGUETTO, 2007, p. 58-59).

Dantas (2017, p. 68) nos chama a atenção para o fato de que em Gramsci a guerra de movimento carrega uma articulação com a guerra de posição. A caracterização clássica, que associa a primeira estratégia às sociedades ditas orientais e a segunda às sociedades de tipo ocidental, aponta o primeiro caso como única possibilidade concreta de luta, e, no segundo, a preponderância de uma estratégia sobre a outra. Contudo, conforme o autor, elas não são, portanto,

[9] O conceito de "bloco histórico" refere-se a uma ordem social em que a classe dominante na esfera econômica também detém a dominação (sociedade política) e a hegemonia (sociedade civil) sobre o conjunto da sociedade (DURIGUETTO, 2007, p. 59).

mutuamente excludentes. Gramsci, na passagem abaixo, caracteriza tal articulação sinalizada por Dantas.

> Na guerra militar alcançado o objetivo estratégico – destruição do exército inimigo e ocupação de seu território -, chega-se a paz [....] A luta política é muitíssimo mais complexa [...] A resistência passiva de Gandhi, é uma guerra de posição, que em determinados momentos se transformam em guerra de movimento e, em outros, em guerra subterrânea: o boicote é guerra de posição, as guerras são guerras de movimento, a preparação clandestina de armas e elementos combativos de assalto é guerra subterrânea (GRAMSCI, 2014, p.126-127).

Na guerra de posição, o conceito de hegemonia como "direção intelectual e moral" assume relevância estratégica. Tal noção refere-se tanto ao processo em que uma classe se torna dirigente quanto a direção que uma classe no poder vai exercer sobre o conjunto da sociedade. Conforme esclarece Duriguetto (2007, p. 59). "A hegemonia expressa a direção e o consenso ideológico (de concepção de mundo) que uma classe consegue obter dos grupos próximos e aliados". Sendo assim, a construção de uma nova hegemonia também vai implicar na possibilidade do enfraquecimento do poder de direção e de formação do consenso da classe no poder. Para tanto, é necessário a ruptura das classes subalternas com ideologias tradicionais, criando o terreno para o confronto entre uma hegemonia em "crise" e uma outra que ainda não nasceu. Nesse caso, pode ocorrer tanto a rearticulação do poder da classe dominante através da coerção e concessões, quanto a ampliação da ocupação de espaços de formação de consenso e de direção pelas classes subalternas (DURIGUETTO, 2007 p. 59).

Sendo assim, conforme aponta Duriguetto,

> A conquista progressiva de uma unidade político-ideológica – de uma direção de classe – requer, assim, a busca do consenso dos grupos sociais aliados, alargando e articulando seus interesses e necessidades na busca da superação dos seus limites corporativos (2007, p. 60).

Como diz Gramsci,

> O fato da hegemonia pressupõe indubitavelmente que sejam levados em conta os interesses e as tendências dos grupos sobre os quais a hegemonia será exercida, que se forme um certo equilíbrio de compromisso, isto é, que o grupo dirigente faça sacrifícios de ordem econômico-corporativa; mas também é indubitável que tais sacrifícios e tal compromisso não podem envolver o essencial, dado que, se a hegemonia é ético-política, não pode deixar também de ser econômica, não pode deixar de ter seu fundamento na função decisiva que o grupo dirigente exerce no núcleo decisivo da atividade econômica (2014, p.49).

Gramsci vai chamar de “catarse” a passagem desse momento econômico ou egoístico-passional para o momento ético-político, que é “a elaboração superior da estrutura em superestrutura na consciência dos homens” (GRAMSCI, 2017, p. 314).

O pensador italiano vai destacar três momentos de avaliação do grau de homogeneidade, de organização e consciência ideopolítica alcançado pelos vários grupos sociais. O primeiro, considerado o mais elementar, é o que denomina de econômico-corporativo, em que o grupo profissional sente-se uma unidade homogênea e no dever de organizá-la, mas não ainda a unidade do grupo social mais amplo; o segundo momento refere-se àquele onde se atinge a consciência de solidariedade de interesses entre todos os membros do grupo social, contudo no campo ainda meramente econômico. Neste momento, já se coloca a questão do Estado, mas somente no âmbito da obtenção da igualdade político-jurídica com os grupos dominantes, visto que já se reivindica o direito de participar da legislação e da administração e mesmo de modificá-las, de reformá-las, mas nos quadros fundamentais existentes; e o terceiro momento é aquele onde já se adquire a consciência de que os interesses corporativos, em seu desenvolvimento atual e futura, superam o círculo corporativo, de grupo meramente econômico e podem e devem tornar-se os interesses de outros grupos subordinados. É a fase estritamente política, em que ocorre a passagem nítida da estrutura para a esfera das superestruturas complexas; é o momento em que as ideologias geradas anteriormente se transformam em “partido”, entram em confrontação e lutam até que uma delas, ou uma única combinação delas, tenda a prevalecer e se impor, e se irradiar para toda a área social, determinando, além da unicidade dos fins econômico e políticos, também a unidade intelectual e moral, em que a luta passa se dar num plano “universal”, criando, assim, a hegemonia de um grupo social fundamental sobre uma série de grupos subordinados (GRAMSCI, 2017, p. 42).

Desse modo, o Estado, segundo Gramsci é concebido como

> organismo próprio de um grupo destinado a criar as condições favoráveis à expansão máxima desse grupo, mas esse desenvolvimento e esta expansão são concebidos e apresentados como a força motriz de uma expansão universal, de um desenvolvimento de todas as energias “nacionais”, isto é, o grupo dominante é coordenado concretamente com os interesses gerais dos grupos subordinados e a vida estatal é concebida como uma contínua formação e superação de equilíbrios instáveis (no âmbito da lei), entre os interesses do grupo fundamental e os interesses dos grupos subordinados, equilíbrios em que os interesses do grupo dominante prevalecem, mas até

> um determinado ponto, ou seja, não até o estreito interesse econômico-corporativo (2014, p.42).

Com base no conceito gramsciano de Estado, o controle social se dá na disputa pela hegemonia na sociedade civil pelas classes sociais e pela imposição dos seus interesses na condução do Estado. Nessa perspectiva, o controle social é o controle das classes e seria movido pelo caráter contraditório da sociedade civil, dependendo da correlação de forças entre as classes.

De acordo com Correia (2000; 2004; 2005), é desse modo que, ao utilizar o aparato teórico de Gramsci para analisar a relação Estado/sociedade civil, se pode qualificar a expressão “controle social”. Primeiro, deve-se considerar a inexistência de uma oposição entre Estado e Sociedade civil, mas enquanto uma unidade orgânica, visto que a sociedade civil é um momento do Estado. Segundo, deve-se considerar que a sociedade civil não é homogênea, mas que nela circulam interesses de classes contraditórios que compõem a estrutura social. Terceiro, deve-se considerar a concepção ampliada de Estado que, na sua função de mantenedor da hegemonia, da classe dominante vai incorporar os interesses das classes subalternas. Ao estabelecer a luta para a incorporação desses interesses é que se abre a possibilidade de as organizações das classes subalternas, presentes na sociedade civil, virem a controlar de alguma forma as ações do Estado e, consequentemente, influenciarem na alocação de recursos públicos. Na realidade, o que ocorre de fato é a disputa pelo controle social entre as classes com vistas à obtenção da hegemonia na sociedade civil e, consequentemente, no Estado.

1.3 Controle Social: Democracia e participação social

A partir da Constituição Federal de 1988, a participação popular passou a se constituir como uma das diretrizes da política de saúde. Nesse contexto, a categoria de controle social passa a ser compreendida como a participação da sociedade na formulação, implementação e fiscalização das políticas sociais. Essa última concepção de controle social tem como marcos o processo de redemocratização política da sociedade brasileira com a superação da ditadura militar instaurada no país

pós-1964, e pelo aprofundamento do debate referente à democracia e, na saúde, o movimento de reforma sanitária.

Sendo assim, torna-se fundamental que seja retomada a discussão sobre a concepção de democracia, a partir da obra marxiana e autores marxistas, bem como tal conceito foi apropriado pela esquerda brasileira no contexto da transição democrática e pelo movimento de reforma sanitária.

1.3.1 A discussão sobre a emancipação política e a emancipação humana em Marx

Em 1844, Marx escreve o livro *Sobre a questão judaica*, em que. a partir do debate com Bruno Bauer acerca da eventual emancipação dos judeus, a partir da ampliação da liberdade religiosa e a superação do Estado cristão, ele vai investigar a relação entre emancipação política e emancipação humana. Ele vai dizer: “A questão da relação entre emancipação política e religião transforma-se para nós na questão da relação entre emancipação política e emancipação humana” (MARX, 2010, p. 38). Marx vai apontar que a ideia republicana da liberdade religiosa é limitada, visto não se tratar de uma emancipação do Estado cristão, mas do Estado em geral, ou seja, da emancipação humana. O Estado político vale-se da sua generalização e, ao fazê-lo, permite que a propriedade privada, direito civil burguês inalienável e salvaguardado atue a seu modo e com seu egoísmo na sociedade civil. Assim, Marx vai ironizar: “A relação entre o Estado político e a sociedade burguesa é tão espiritualista, quanto a relação entre o céu e a terra” (MARX, 2010, p.40), forjando uma generalidade irreal, visto haver uma cisão entre o indivíduo real e o cidadão. Assim, Marx vai afirmar que,

> A emancipação política de fato representa um grande progresso; não chega ser a forma definitiva da emancipação humana em geral, mas constitui a forma definitiva da emancipação humana dentro da ordem mundial vigente até aqui MARX, 2010, p. 41).

De acordo com Duriguetto (2007, p. 49-51), tal crítica à formulação da “emancipação política” (entendida como a igualdade de todos na formulação das leis) enquanto formal e abstrata se evidenciava na prática política dos primeiros regimes liberais “democráticos”, visto permanecerem intocadas as determinações estruturais e sociais da existência da sociedade civil e seu bourgeois: “a propriedade privada e a

reprodução da ação humana na defesa dos interesses individuais". Sendo assim, a crítica de Marx referia-se aos limites e a inexistência de uma "democracia política" (representação dos interesses comuns da burguesia e sua apropriação, por parte dessa classe, dos aparelhos de poder), e não seus pressupostos e valores. Desse modo, as conquistas democráticas formais não devem se constituir na meta final da luta dos trabalhadores, mas essas devem ser impulsionadas até que se atinja a tomada do poder político (a verdadeira "socialização" desta esfera), e assim, a erradicação das relações capitalistas de produção (socialização dos meios de produção).

Tais determinações da divisão da sociedade civil em classes sociais e da representação dos interesses de uma classe particular pelo Estado serão articuladas organicamente com uma teoria da revolução, por Marx e Engels em 1848, com a redação do "Manifesto do Partido Comunista". Aqui, os autores vão reafirmar a dependência direta do Estado ao poder econômico, social e político da burguesia. Sendo assim, o Estado, concebido como o "comitê executivo" da classe dominante, e suas formas institucionais monopolizadas pela burocracia lançam mão, essencialmente, da coerção ou da opressão para exercer suas funções e domínio de classe burguesa. Mediante essas determinações reais e concretas da natureza estatal no contexto histórico de elaboração do Manifesto, vai corresponder uma luta de classes entre burguesia e proletariado sob a forma de uma guerra civil. Desse modo, a transição ao comunismo implicaria em uma ruptura súbita e violenta com a ordem burguesa através da constituição do poder proletário.

1.3.2. Democracia em Antônio Gramsci

Conforme já apontado, Gramsci, ao perceber uma ampliação da "socialização da política", ou seja, o protagonismo político de amplas e crescentes organizações da classe trabalhadora e dos capitalistas num cenário de aprofundamento da democracia nas chamadas formações sociais "ocidentais", vai elaborar uma estratégia revolucionária diferenciada de Marx, Engels e Lenin.

A contribuição de Gramsci para uma teoria da democracia está assentada no conceito de hegemonia. Segundo o autor, pode-se dizer que há uma relação orgânica entre hegemonia e democracia.

> Entre os muitos significados de democracia parece-me que o mais realista e concreto se possa deduzir em conexão com o conceito de hegemonia. No sistema hegemônico, existe democracia entre o grupo dirigente e os grupos dirigidos na medida em que o desenvolvimento da economia e, por conseguinte, a legislação que expressa este desenvolvimento favorecem a passagem molecular dos grupos dirigidos para o grupo dirigente (GRAMSCI, 2014, p. 290-291).

Assim, conforme aponta Coutinho (1996, p. 139-140), Gramsci introduziu na sua teoria marxista de Estado e da política, a problemática do contrato. Sendo assim, a hegemonia implica, primeiramente, um contrato realizado na esfera da sociedade civil, que gera em consequência sujeitos coletivos (sindicatos, partidos, movimentos sociais etc.), com clara dimensão pública, “estatal”; mas também implica um contrato entre governantes e governados, visto que nas formações sociais “ocidentais” a obrigação política funda-se na aceitação consensual, por governantes e governados, de um mínimo de regras e valores coletivamente compartilhados. Portanto, segundo Coutinho (I1996, p. 141-142), tanto para Rousseau quanto para Gramsci, “a democracia é expressão de um contrato que, ao mesmo tempo, funda e se baseia numa vontade geral”, sendo comum aos dois pensadores a convicção de que um contrato democrático somente é viável numa ordem social situada fora dos marcos do capitalismo.

Conforme aponta Dantas (2017, p. 68-69), a questão da democracia em Gramsci constitui um importante elemento de desvelamento do modo como se manifesta a hegemonia – tomada como a “democracia no sentido moderno”, sendo, via de regra, abordada como forma de manifestação da dominação.

> A estrutura maciça das democracias modernas, seja como organizações estatais, seja como conjunto de associações na vida civil, consiste para a arte política algo similar às “trincheiras” e às fortificações permanentes da frente de combate na guerra de posição: faz com que seja “parcial” o elemento do movimento que antes constituía “toda” a guerra etc. (GRAMSCI, 2014, p. 24).

Desse modo, o pensador italiano percebe que a democracia é uma forma política própria de um contexto no qual a estrutura das classes e seus organismos de defesa de interesses (aparelhos privados de hegemonia) se complexificam, tornando-

se, portanto, “num colchão de amortecimento da luta de classes” (DANTAS, op. cit, 2017, p. 69).

De acordo com Gramsci, conforme a matriz marxiana já afirmava, o Estado se funda necessariamente em um interesse particular da classe que está obrigada a se apresentar como universal, e, portanto, para o pensador italiano, a formação do consenso, o momento da hegemonia burguesa, é um processo de “contínua formação e superação de equilíbrios instáveis”, visto que o caráter dos interesses que estão em jogo é inconciliável. Sendo assim, o Estado-classe não pode se reduzir à formação do consenso e a hegemonia tem que ser couraçada de coerção. Assim, a democracia não implica em abdicar da coerção; ela a pressupõe (IASI, 2017, p. 252).

> O exercício “normal” da hegemonia, no terreno tornado clássico do regime parlamentar, caracteriza-se pela combinação da força e do consenso, que se equilibram de modo variado, sem que a força suplante em muito o consenso, mas, ao contrário, tentado fazer com que a força pareça apoiada no consenso da maioria, expressa pelos chamados órgãos de opinião públicas – jornais e associações –, os quais, por isso, em certas situações, são artificialmente multiplicados (GRAMSCI, 2014, p. 196).

Na passagem acima, Gramsci aponta para a natureza instável da hegemonia burguesa, mais precisamente da crise de hegemonia. Ou seja, a classe dominante constrói o consenso instável pensando na necessidade de se proteger quando essa hegemonia indica sinais de crise que podem ameaçar seu domínio. Assim, conforme aconselhava Maquiavel, ela nos tempos de paz pensa nas coisas da guerra.

É importante lembrar que, para Gramsci, não se deve abandonar a guerra de movimento ao assumir a guerra de posição, visto que ele não abdica da tomada do poder de Estado, sua destruição e substituição por um Estado proletário. A disputa de hegemonia, a guerra de posição, antecede e prepara o assalto ao poder. O pensador italiano vai abordar esse tema ao falar do “arditismo”, ou seja, sobre o ariditi, termo relativo às tropas de assalto italianas criadas na Primeira Guerra Mundial que deriva do verbo ardire (ousar). (IASI, 2017, p. 253).

Segundo Gramsci, o arditismo é uma prática comum tanto no terreno da guerra quanto no terreno político e amplamente praticado pelas classes dominantes, mas que podem criar armadilhas quando usados sem critério pelo proletariado em sua luta. Neste sentido, ele vai alertar: “na luta política, não se pode macaquear os métodos de luta das classes dominantes sem cair em emboscadas fáceis.” (GRAMSCI, 2014, p. 126).

De acordo com Gramsci, no método de ação política das classes dominantes, o arditismo se dá quando o Estado-classe se debilita, as “tropas de assalto” entram em cena com a função de “usar a ilegalidade, enquanto o Estado parece permanecer na legalidade, como meio para reorganizar o próprio Estado” (GRAMSCI, 2014, p. 125). Entretanto, ele vai dizer que, se essa prática é permanente na lógica política das classes dominantes, vai apresentar algumas dificuldades para os trabalhadores.

> O caráter de classe leva a uma diferença fundamental: uma classe que deve trabalhar diariamente com horário fixo não pode ter organizações de assalto permanentes e especializadas, diferentemente de uma classe que disputa de amplas possibilidades financeiras e não está ligada, em todos os seus membros, a um trabalho fixo (GRAMSCI, 2014, p. 125).

Apesar das dificuldades, Gramsci não vai excluir a tática de assalto ao poder em favor da guerra de posição.

> Portanto, a tática dos arditis não pode ter, para certas classes, a mesma importância que para outras; para certas classes faz-se necessária, porque apropriada, a guerra de movimento e de manobra, que, no caso da luta política, pode se combinar com um útil e talvez indispensável uso da tática dos arditis. Mas fixar-se no modelo militar é tolice: a política deve também aqui, ser superior a parte militar e só a política cria a possibilidade da manobra e do movimento (GRAMSCI, 2014, p. 125-126).

1.3.3 Nicos Poulantzas e a democracia de massas

Nicos Poulantzas, nascido grego e erradicado na França, paralelo à carreira acadêmica, foi uma importante referência das correntes comunistas na Europa, bem como atuante dos Partidos Comunistas grego e francês, tendo se aproximado do debate dos eurocomunistas italianos, em sua ala esquerda e, especialmente, de Pietro Ingrao. Ele vai apresentar novas determinações ao conceito de Estado, acrescentando elementos novos ao movimento de ampliação detectado, no início do século XX, pelo pensador italiano Antonio Gramsci.

Conforme aponta Coutinho (1996, p. 64-65), Poulantzas, após uma fase em que foi profundamente influenciado pelo esquematismo formal-estruturalista de Althusser, retornou e desenvolveu suas origens gramscianas, tornando-se talvez mais atento do que muitos marxistas italianos acerca do fato de que o Estado capitalista contemporâneo não se limita à gestação e difusão dos “aparelhos privados de

hegemonia", mas também se encarna na presença maciça de agências estatais na área econômica. Assim, ao intervir diretamente na reprodução do capital social global, o Estado capitalista contemporâneo retira dessa intervenção, e não apenas dos aparelhos especificamente ideológicos, parte dos seus atuais mecanismos de legitimação e de obtenção de consenso.

Poulantzas, em seu último livro *O Estado, o poder e o socialismo*, que será tomado como referência neste trabalho, vai analisar a relação entre o Estado, o poder e as classes sociais, por meio do que foi considerado uma das suas principais contribuições teóricas, que é a chamada "teoria relacional do Estado". Contudo, para o pensador grego, não se trata, seguindo a tradição marxista, de uma teoria geral do Estado, entendido como generalização abstrata e trans-histórica aplicável a qualquer sociedade, mas de uma teoria do Estado capitalista, ou seja, da natureza específica que assume o Estado no modo de produção capitalista. Também aponta que a teoria do Estado capitalista só terá caráter científico "se conseguir explicar a reprodução e as transformações históricas de seu objeto nos lugares em que essas transformações estão ocorrendo, nas diversas formações sociais, lugares da luta de classes...". Tal distinção entre o modo de produção e formação social concreta apresenta-se como fundamental na construção teórica de Poulantzas (NEVES; PRONKO, 2010, p. 98), visto que, para o autor, "as formas sociais são o lugar real de existência e de reprodução, portanto do Estado em suas formas diversas, as quais não podem ser deduzidas do modelo capitalista de Estado que designa um objeto abstrato-formal" (POULANTZAS, 1980, p.30).

Poulantzas acrescentou novas determinações às formulações gramscianas, particularmente no que se refere à caracterização das relações de poder na esfera política do Estado capitalista e à estratégia de transição ao socialismo. Se em Gramsci a luta pela hegemonia é formulada como um processo de disputa de poder a partir e nos espaços sócio-políticos da sociedade civil, Poulantzas vai inovar, dizendo que essa disputa também deve se operar no interior dos aparelhos do Estado, ou seja, naquilo que Gramsci chamou de "sociedade política".

De acordo com Poulantzas, o Estado como relação é a própria luta entre as classes, ele é constituído e atravessado por ela. Sendo assim, o Estado não pode ser tomado como mero espaço de dominação de uma classe sobre a outra, mas como espaço estratégico desse conflito de classes. Contudo, para ele, o Estado é o Estado

de classe da burguesia, mesmo que vazado, penetrado, contraditório e permeável à luta de classes, ele comporta exclusivamente a hegemonia burguesa. Sendo assim, a construção de uma hegemonia de massas passaria, necessariamente, pela construção de um novo Estado, sendo caminhos possíveis do conflito à manutenção da hegemonia burguesa ou a dissolução desse espaço.

Segundo Poulantzas, o poder de Estado não se traduz apenas pela existência concreta de seus aparelhos, mas reside nas relações de produção entre as classes e emana delas, fundadas, por sua vez, na divisão do trabalho e na exploração. No âmbito do Estado, esses poderes se articulam e se organizam estrategicamente. Sendo assim, o autor diz: “transformar os aparelhos de Estado numa transição ao socialismo não bastaria para abolir ou transformar o conjunto das relações de poder.” (POULANTZAS, 1980, p. 49-50).

Desse modo, o autor propõe a transformação do Estado por meio de uma combinação de luta externa com a luta interna, por meio de rupturas promovidas por

> uma luta de massas tal que modifique a relação de forças internas dos aparelhos de Estado.....Esse longo processo de tomada de poder numa via democrática para o socialismo constitui-se no essencial, em desenvolver, fortalecer, coordenar e dirigir os centros de resistência difusos de que as massas sempre dispõem no seio das redes estatais, nelas criando e desenvolvendo outras, de tal maneira que esses centros tornem-se, no campo estratégico que é o Estado, os efetivos centros do poder real. Não se trata, portanto de uma simples alternativa entre guerra frontal de movimento e guerra de posições, pois esta última, no entender de Gramsci, consiste sempre num certo Estado-praça forte (POULANTZAS, 1980, p. 296).

Mas Poulantzas alerta:

> [...] modificar a relação de forças interna ao Estado não significa reformas sucessivas numa contínua progressividade, conquista peça por peça de uma máquina estatal ou simples ocupação de postos ou cúpulas governamentais. Significa exatamente um movimento de rupturas reais, cujo ponto culminante, e certamente existirá um, reside na inclinação da relação de forças em favor das massas populares no campo estratégico do Estado (POULANTZAS, 1980, p. 297).

Para Poulantzas, a construção da estratégia de uma democracia de massas significa explorar ao máximo as contradições do Estado, o que não significa investir somente na via eleitoral ou parlamentar, que, segundo o autor, é apenas um momento de luta. E, por fim, ele vai colocar que “A via democrática para o socialismo certamente não será uma simples passagem pacífica”.

1.3.4 A questão democrática no contexto da transição brasileira

Segundo Duriguetto (2007, p. 138), nossa chamada “transição democrática” foi resultado da combinação da pressão dos de “baixo” e de operações transformistas “pelo alto”. Nesse sentido, Nogueira vai afirmar:

> A abertura foi sempre marcada por uma pressão democrática que crescia sem conseguir completar-se; sua lógica foi nitidamente ciclotímica e jamais deixou de estar determinada pela tensão entre um excludente *projeto* oficial de autorreforma e um *processo* político orientado em sentido popular-democrático (1986/1987, p. 11).

Ainda de acordo com Duriguetto (2007, p. 139), essa tensão entre projeto e processo vai se materializar nas diferentes concepções teóricas acerca das temáticas da democracia e sociedade civil, que se tornaram centrais, especialmente após 1974, com o sucesso eleitoral do MDB[10].

Segundo a autora, na nossa transição política, a concepção de democracia prevalente e hegemônica foi a de uma transição democrática a ser construída “pelo alto”, ou seja, um projeto liberal-conservador, que não nega a legitimidade da demanda em prol de um “Estado de direito” com o “restabelecimento do império da lei”, mas que quer concentrar na mão dos “de cima” o controle dos “programas de abertura”. Assim, a reivindicação do “Estado de direito” era acompanhada pela reivindicação de uma “democracia sem conflitos” e do restabelecimento do Estado enquanto órgão político capaz de assegurar a coesão da sociedade e a ordem política, no qual inclui-se o projeto de “distensão lenta, gradual e segura” de Golbery e Geisel. Mas também, ela vai identificar uma postura liberal-democrática nas análises que apontavam para a necessidade do restabelecimento da democracia política, no que se refere aos seus mecanismos representativos e competitivos-partidários, ou seja, restrita à sua dimensão enquanto regime político.

[10] O Movimento Democrático Brasileiro (MDB) foi criado com o fim do pluripartidarismo no contexto da ditadura militar, com vistas a se tornar o partido de oposição consentida durante esse período.

Assim, a partir das reflexões da autora, Iasi (2017, p. 243) vai dividir o debate em torno de duas grandes posições: uma vinculada a um conservadorismo reformista e a outra vinculada à posição de um reformismo de esquerda.

Segundo o autor, no primeiro bloco estariam as posições de Wanderley Guilherme dos Santos, Fernando Henrique Cardoso e Bolívar Lamounier, sintetizadas na perspectiva na qual se criticava a concentração de poder, econômico e político, contrapondo a esta uma liberalização do mercado e um processo de desconcentração do poder político pelo fortalecimento da sociedade civil, entendida como espaço da liberdade sócio-organizativa dos múltiplos interesses existentes na sociedade, em que haveria a possibilidade de controle sobre as ações estatais e as políticas públicas.

Para Duriguetto, o caráter conservador dessas posições estaria no esvaziamento do conceito de sociedade civil de qualquer elemento de luta de classes, reduzindo-a ao espaço da multiplicidade de interesses próprios do campo “burguês” e sua funcionalidade apenas como um canal de negociação com o Estado e não de luta contra o Estado. Assim, tais diferenças analíticas estariam estritas a uma mera distinção entre uma posição “liberal- conservadora” e uma “liberal-democrática”, em virtude da maior ou menor ênfase na resultante democrática, ou seja, sobre a menor ou maior participação ou o maior ou menor enfrentamento das desigualdades sociais, aqui entendidas enquanto problemas para o estabelecimento de patamares de consenso necessário para o equilíbrio do sistema político.

Em contraposição às perspectivas anteriores, Duriguetto vai apontar outras três posições, que nesse mesmo período estariam buscando compreender a entrada em cena das lutas sociais (movimento grevista, lutas populares, demandas democráticas pelas classes subalternas) no contexto de democratização que se abria. A autora vai incluir neste bloco três pensadores: Carlos Nelson Coutinho, Francisco Weffort e Marilena Chauí.

Neste campo teórico e político-ideológico, segundo a autora, a democracia é problematizada a partir da compreensão da sociedade civil enquanto espaço de vitalização e renovação da política e como lugar de emergência de iniciativas e manifestações sociais que lutavam ou se posicionavam contra o regime autoritário. Sendo assim, vai imprimir ao conceito de sociedade civil uma função mais política-estratégica do que teórico-analítica, fato que levará a uma diferença radical nos

significados que tem de sociedade civil, e consequentemente, sobre o projeto de democracia que deveria ser construído tendo por base esse entendimento.

De acordo com a autora, Carlos Nelson Coutinho, Francisco Weffort e Marilena Chauí vão partir da premissa teórica comum de que a democracia política liberal é o ponto de partida para o processo de democratização. Contudo, é exatamente, a compreensão do que entendem como sendo esse processo de democratização que vai determinar as diferenças analíticas entre esses autores, estando tais diferenças assentadas na concepção teórica e política acerca da categoria sociedade civil com consequências para as prospecções, diferentes e antagônicas, que possuem do conteúdo da democracia.

Carlos Nelson Coutinho fundamenta-se teoricamente na tradição marxiana e marxista e, aqui, mas especificamente nas formulações de Gramsci, Togliatti e Ingrao, para analisar a questão democrática no Brasil. No artigo “Democracia como valor universal”, publicado originalmente pelo autor em 1979 na *Revista Encontros com a Civilização Brasileira*, e que foi revisado e publicado no livro de mesmo nome em1980, “A democracia como valor universal”, ele vai partir de três pressupostos teórico-políticos da democracia: o estabelecimento da relação entre democracia e socialismo; a democracia como único caminho para erradicar o caráter autoritário e elitista da nossa evolução política, econômica e cultural; e o caráter estratégico da democracia para a criação dos pressupostos necessários para o avanço do Brasil em direção ao socialismo.

Para o autor (1979, p.41), a tarefa democrática primordial e urgente do povo brasileiro no contexto de transição democrática é “a de derrotar o regime de exceção implantado em nosso país depois de 64 e, com isso, construir um regime político que assegure as liberdades fundamentais” Tal tarefa é justificada pela necessidade de reverter a histórica tendência de nossas transformações políticas e econômicas serem

sempre efetuadas por meio de uma “revolução passiva”[11] e por uma “via prussiana”[12], que teria gerado um déficit histórico de institucionalidade democrática em nosso país. Nesse sentido, a construção e consolidação de um regime de democracia política significaria a superação das nossas tendências elitistas, que foram acentuadas no regime autoritário; bem como pressuposto que deverá ser resposto – conservado e ao mesmo tempo aprofundado – para um avanço do Brasil em direção ao socialismo.

Desse modo, segundo Coutinho, as tarefas que se colocavam para o conjunto das forças populares brasileiras não poderiam ser identificadas com a luta imediata pelo socialismo, mas sim “com um combate árduo e provavelmente longo pela criação dos pressupostos políticos, econômicos e ideológicos que tornarão possível o estabelecimento e a consolidação do socialismo em nosso país” (1979, p. 35).

O autor aponta como um dos pressupostos, a criação de novos institutos políticos democráticos de representação direta dos interesses das classes subalternas e sua permanente articulação com alguns institutos já existentes, como os parlamentos. Essa permanente articulação entre democracia representativa e democracia de bases, fundamentada no conceito togliattiano de “democracia progressiva”, é o que possibilitaria a projeção permanente das classes subalternas no Estado, transformando-o. Tal processo é que permitiria aprofundar a democracia política no sentido da construção de uma democracia de massas, realização mais ampla do valor universal da democracia.

Nessa perspectiva, a consolidação e ampliação da renovação democrática a partir das organizações populares impõe às forças progressistas do Brasil, enquanto método de ação política a “guerra de posição”, conforme definição de Gramsci.

Assim, conforme Duriguetto (2007, p.157), na formulação de Carlos Nelson Coutinho, a compreensão dos novos processos políticos e os desafios políticos que representam é problematizada na direção da necessária ampliação e universalização

---

[11] Revolução passiva é um conceito gramsciano que se refere a processos sociais e políticos de transformação “pelo alto”. Segundo o autor, ela vai se expressar por meio da reação das classes dominantes à possibilidade de uma transformação efetiva de “baixo para cima”, reação que acaba por restaurar o equilíbrio precedente ao mesmo tempo em que renova suas práticas sociais, antecipando-se ou incorporando e controlando “por cima” certas demandas populares com o que aumenta seu poder de controle e cooptação.

[12] O conceito de “via prussiana” foi formulado por Lenin para caracterizar os processos de modernização econômico e social da nossa história, apontando que a passagem para o capitalismo se operou por meio da adequação da estrutura e modernização agrária às suas necessidades.

da democracia, tendo como horizonte a ruptura com a ordem burguesa. Assim, é com a associação entre sociedade civil, hegemonia e democracia e com a afirmação do vínculo indissociável entre democracia e socialismo que ele vai enfrentar a problemática da democracia na realidade brasileira da abertura da década de 1980.

Francisco Weffort formulou uma alternativa de avaliação sobre as possibilidades de ampliação da democracia a partir das mobilizações e organizações populares na sociedade civil. Na sua análise da transição democrática realizada em "Por que democracia?", o autor evidencia que o perfil da transição democrática brasileira se fez "pelo alto", limitando-se à uma disputa entre os grupos dominantes e as elites que o representam, levando o Brasil a caminhar para a democracia sob uma perspectiva liberal e conservadora. Assim, o caráter "conservador" da transição democrática brasileira resultou dos nossos processos sócio-históricos, nos quais a política jamais se tornou democrática e que mal conseguiu constituir uma esfera pública em que pudesse se diferenciar das atividades privadas dessas mesmas classes dominantes (DURIGUETTO, 2007, p. 157).

Sendo assim, segundo o autor, a transição expressou um conceito de democracia restrita a um instrumento para atingir e utilizar o poder. Ou seja, apenas definida pelos seus atributos enquanto regime político. Contudo, também evidencia, que a sua continuidade e avanço progressivo, só foi possível em virtude das pressões nascidas da sociedade civil. Assim, conclui que a novidade histórica desse momento da política encontra-se na descoberta do valor da democracia de modo inseparável da descoberta da sociedade civil como espaço para a política.

Desse modo, conforme Duriguetto (2007, p. 158), Weffort vai vislumbrar a possibilidade da emergência de uma verdadeira democracia, a partir do protagonismo da sociedade civil, na ocupação e direção de espaços participativos na dinâmica político-institucional. É nesta perspectiva que o autor vai estabelecer a relação entre democracia, reformas e revolução.

De acordo com a sua perspectiva, para Weffort "o sentido da revolução no Brasil é o de criar a democracia" e o caráter revolucionário desta está na "predominância dos mecanismos de representação direta sobre os de representação" (2007, p.158).

Segundo Duriguetto (Ibidem, p. 158-159), em seu texto *Incertezas da transição na América Latina*, Weffort vai defender a junção do caráter formal da

democracia e o seu conteúdo substantivo, compreendido enquanto a *"formação de uma vontade coletiva nacional e popular"*, que deveria se concentrar na adesão a dois valores básicos: reinvindicação de maior liberdade política e a defesa da justiça social. Aqui, ver-se-á a substituição da relação entre democracia e revolução, pela relação entre democracia e justiça social, sedimentada nos processos de "socialização da política".

A relação entre democracia e justiça social, segundo o autor, dependeria da natureza das regras do jogo – permissão ou não da incorporação das demandas populares – e da organização dos interessados em vê-las atendidas. Sendo assim, o "processo de democratização" dependeria da ampliação da participação da sociedade civil nas decisões do Estado.

Marilena Chauí, em seu texto de 1978 intitulado "A questão democrática", vai partir de dois modelos de democracia liberal para caracterizar os diferentes perfis que a mesma pode assumir: o modelo elitista schumpteriano e o de democracia participativa de Macpherson.

A autora vai destacar que a democracia schumpteriana é um método para escolher e autorizar governos a partir de grupos e partidos políticos em competição, sendo a política nada além do que a esfera sob domínio das elites. Já o modelo de Macpherson se apoiaria na ampliação da ocupação do espaço público pela sociedade civil. Segundo ela, tais modelos partem do postulado da democracia enquanto um regime político e, em oposição a essa visão "minimalista", ela defende a democracia como a própria existência da vida social. Assim, a democracia seria expressão de uma sociedade democrática, cujas condições sociais estariam na igualdade soócioeconômica adquirida por meio da transformação das relações de classe e do sistema de produção; e, na prática política, nos processos sócio-organizativos, necessários para a ampliação da democracia e para a criação de suas "condições sociais", localizados nos movimentos sociais que proliferaram na sociedade brasileira no final da década de 1970 e na abertura da década de 1980, considerados por ela como um contrapoder popular e democrático em busca de expressão política. Tais movimentos sociais buscam a crítica das estruturas de poder em todas as dimensões da atividade social.

Sendo assim, a autora vai fazer uma leitura e compreender esses "novos movimentos sociais", que possuem o cotidiano como determinante da luta contra a

dominação ideopolítica e econômica; bem como a prioridade na organização autônoma da população ao redor de reivindicações dirigidas ao Estado, sem a intermediação de partidos políticos e representantes eleitos. Também reconhece que tais movimentos têm como centro de suas reivindicações não apenas o Estado, mas também dão lugar ao surgimento de espaços e práticas sociopolíticas de contestação imediata e cotidiana de cada relação de dominação.

Assim, a autora enfatiza a criação de identidades em torno da esfera do cotidiano, considerando os movimentos como produtores de um novo relacionamento sociocultural, de práticas democráticas e participativas, ressaltando a comunidade, a amizade e a solidariedade e introduzindo a ligação orgânica entre essa cultura produzida e vivenciada pelos movimentos e a democracia, que se torna expressão externa da “cultura do povo”.

Para a autora, o campo de lutas seria o da realidade cotidiana fragmentada e plural, que se traduziria na valorização da especificidade sociocultural das ações sociais na esfera do singular e do microscópico. Neste caso, o potencial transformador de tais movimentos estaria na dimensão sociocultural. As identidades plurais gestadas no cotidiano são vistas como possibilitadoras da criação de uma “sociedade alternativa”, por meio da renovação dos padrões socioculturais, penetrando na microestrutura da sociedade.

A partir da exposição da formulação teórica dos três autores que compõem o chamado bloco do reformismo de esquerda, conforme designação de Iasi (2017), observa-se que, na nossa transição política, não havia uma perspectiva teórica homogênea no campo da esquerda, mas, ao contrário, verifica-se, nas análises apontadas, concepções diferenciadas quanto ao significado e papéis atribuídos à sociedade civil e aos sujeitos históricos responsáveis pela consolidação e ampliação do processo de democratização; bem como quanto à compreensão do que seja democracia e de projetos políticos que os sustentam.

No contexto de luta contra a ditadura militar, observa-se uma predominância nas produções acadêmicas e na prática dos sujeitos que participaram diretamente desse processo, de uma visão antagônica e maniqueísta do Estado e sociedade civil, em que se estabelecia uma relação quase que inevitável entre Estado – associado ao regime autoritário – e a sociedade civil – associada aos movimentos sociais. Em relação à sociedade civil, vista de forma positiva, enfatizava-se o seu voluntarismo,

seu aspecto inovador e transformador, sua autonomia e espontaneidade face ao Estado e aos partidos políticos, e dava-se ênfase à democracia de base; enquanto o Estado era visto pelo seu lado negativo. Ao mesmo tempo, pensava-se na cidadania desvinculada ao papel do Estado.

Neste sentido, trata-se de uma concepção de sociedade civil homogênea, a-classista, tal como vamos observar na leitura realizada por Chauí, em que se identifica uma apreensão da sociedade civil como lócus de realização da cidadania, da convivência democrática e da aversão à institucionalidade, valorizando-se apenas as lutas travadas no âmbito da sociedade civil.

Cabe sinalizar, conforme o trato teórico dado à definição de sociedade civil neste estudo, que tem por base a perspectiva gramsciana, que a construção da hegemonia das classes subalternas se dá por meio tanto da formação de uma contra-hegemonia no espaço do Estado (sociedade política) quanto no espaço da sociedade civil, conforme sua concepção de Estado ampliado. Além disso, a sociedade civil, enquanto alvo da luta política, possui natureza contraditória e classista, não havendo espaço para uma leitura mistificadora de um pretenso polo bom contra um polo mau.

Neste sentido, concorda-se com a análise de Duriguetto (2007, p. 164) de que o conceito gramsciano de hegemonia utilizado por Coutinho para analisar o processo de democratização brasileiro possibilitou uma nova compreensão acerca da relação entre Estado e sociedade civil e contribuiu para um entendimento mais profícuo sobre o desafio teórico e político posto à esquerda brasileira diante da emergência dos movimentos sociais e da sua pluralidade de valores e interesses. Assim, o autor, ao utilizar o conceito de hegemonia para tratar do surgimento dos movimentos sociais, não se permitiu cair na armadilha do reducionismo da “cultura do povo” nem no pluralismo democrático-liberal.

Iasi (2017, p. 244), mesmo concordando do sentido geral da análise de Duriguetto, vai chamar a atenção, que entre as duas grandes posições – conservadorismo reformista e reformismo de esquerda – as polêmicas se davam no interior de uma base de consenso que se conforma pela confluência de alguns elementos centrais: a concordância de que na busca da forma democrática e a condição para a sua eficácia, seja pela consolidação da ordem burguesa ou pelo caminho na direção das perspectivas socialistas (como campo mais favorável à luta de classes, como em Coutinho, pelo aumento da participação, como em Weffort, ou

como ênfase nas lutas cotidianas e na criação de uma nova cultura, como em Chauí), o consenso estaria na importância do “fortalecimento” da sociedade civil (seja como expressão de uma economia de mercado ou como expressão das lutas sociais e da organização de massa).

Sendo assim, a base do consenso estaria no nexo entre o fortalecimento da sociedade civil e a socialização da política, que, segundo a versão conservadora, vai se restringir aos diversos setores da ordem burguesa que emergem da livre concorrência (inclusive os que representam, nesta ordem, os “interesses” dos trabalhadores), e que na versão reformista, mais ou menos radical, inclui a possibilidade de expressão das massas organizadas com um horizonte estratégico socialista. Nesse quadro, a contradição principal estaria no caráter da democracia, isto é, uma democracia burguesa (restrita aos aspectos formais), ou uma democracia que, pela participação ou pressão dos trabalhadores, poderia constituir um caminho para o socialismo, ou, mesmo, já um momento de sua construção. Portanto, não se trata de uma mera discussão teórica.

O autor, apesar de concordar com o fato de que houve um fortalecimento da sociedade civil e que este foi acompanhado da consolidação de um ordenamento político democrático, considera que a previsão dos dois campos não se efetivou. Ou seja, não temos no cenário democrático nem uma resolução qualitativamente diversa da forma política no interior da qual os segmentos da ordem burguesa interferem nas decisões do Estado e na elaboração das políticas públicas, nem um patamar de luta de classes no qual os trabalhadores equilibram a correlação de forças a ponto de apresentar as suas demandas (imediatas e históricas) disputando em condição mais favorável contra a hegemonia burguesa.

A partir da leitura de Florestan Fernandes, Iasi (2017) aponta que a burguesia monopolista que articulava os interesses internos e imperialistas numa forma adequada de dominação precisava equacionar seus problemas de hegemonia, mas sob as condições de um capitalismo dependente e subordinado com todas as condições que daí derivam e que levam à principal contradição que se expressa na forma política do domínio burguês no Brasil. Sendo o caráter dependente do capitalismo brasileiro a base da exclusão da maioria da população, faz com que, como consequência, a dominação burguesa e o poder burguês fiquem confinados aos interesses e aos meios de ação das classes burguesas.

Nesse sentido, as alternativas para a burguesia brasileira em relação aos caminhos da transição democrática restringiam-se a duas possibilidades: o recrudescimento dos mecanismos autocráticos, dado o caráter estrutural da exclusão; ou um tipo de democracia, em que em troca da adesão parcial dos trabalhadores ofereceria muito pouco, levando a uma forma mais marcante de democracia restrita, que Iasi, utilizando o conceito de Florestan Fernandes, denomina de democracia de cooptação e, que segundo ele, foi o que ocorreu, considerando-se a conjuntura imediatamente posterior à crise da ditadura que inaugurou o processo de transição democrática.

Iasi (2017, p. 247) aponta que os ciclos de autoritarismo e democracias restritas no Brasil têm sido estudados como sendo espasmos de progresso ou recaídas, mas, analisando-se com cuidado, percebe-se que expressam sínteses sempre presentes entre aspectos coercitivos e de formação de consenso, ciclos nos quais prevaleceu a ênfase coercitiva. Sendo assim, a predominância de um sobre o outro não implica uma mera substituição – da coerção pelo consenso ou vice-versa – , mas numa alteração de ênfase no qual a coerção prepara o consenso e este não prescinde da coerção. Assim, analisando o processo da transição democrática, observa que ela não significou mera continuidade da forma autocrática, que, por sua natureza, é sempre uma alternativa provisória, mas de uma mudança de forma na qual persistem certas características autocráticas, visto que essas não são possíveis de serem eliminadas, pois não pertencem à lógica da forma, mas à substância do caráter do Estado burguês no Brasil.

Fontes (2010, p. 228) vai apontar dois processos sociais simultâneos, que vão influenciar nas perspectivas teóricas e políticas acerca da democracia e sociedade civil, neste contexto da transição democrática: a ampliação das universidades e o retorno dos exilados pela ditadura militar, que foi intensificado pela Lei de Anistia a partir de 1979.

De acordo com a autora, muitos desses exilados que retornaram incorporaram ao longo do tempo o desencanto europeu com a experiência soviética, expressa em muitos casos pela recusa aos partidos comunistas e, principalmente às organizações comunistas que se autointitulavam marxistas-leninistas. Endossavam, portanto, um modelo vagamente democrático, seja com tonalidades social - democratas europeizantes, seja por meio de modelos mais próximos aos tocquevillianos,

defensores de uma associatividade à americana, então bastante difundidos. Desconfiavam dos partidos políticos, vendo-os como “aparelhamento” das organizações populares. Mesclavam-se vertentes políticas de origens distintas, cuja influência estava na sociologia europeia, em especial da francesa, que abandonavam a reflexão social baseada em uma vertente classista.

Em relação à expansão universitária, especialmente da pós-graduação, que favoreceu a ampliação e o aprofundamento das pesquisas, a autora vai apontar que os debates teóricos se mesclavam com questões políticas, e dentre estes ela sinaliza dois grandes debates que atravessaram as ciências sociais chegando até a atualidade. Trata-se de polêmicas em torno de questões cruciais para a compreensão da vida social.

A primeira polêmica referia-se ao estruturalismo[13], gerando um modismo antiestrutural difuso, que, a rigor, pouco tinha a ver com uma reflexão sobre estruturas e classes sociais; e a segunda polêmica travou-se em torno dos pesos relativos da influência externa (internacional), ou, ao contrário, da proeminência dos processos internos (nacionais) para explicar as transformações ocorridas na sociedade brasileira, cuja tendência foi a maior importância dada à análise sistemática dos processos nacionais, com o avanço e detalhamento das pesquisas. Contudo, segundo a autora, tais estudos deixaram para um segundo plano a reflexão sobre as formas de conexão entre os planos interno e externo, iniciada através da Teoria da Dependência elaborada, especialmente por autores como Ruy Mauro Marini, Theotônio dos Santos e Vania Bambirra, que foram retomadas com viés bastante modificado e menos crítico por Enzo Faletto e Fernando Henrique Cardoso. A Teoria da Dependência foi sendo paulatinamente secundarizada na produção universitária subsequente e isso acabou por consolidar um certo isolamento e, em alguns casos, até mesmo certa dogmatização dos setores, cujas análises mantiveram-se centradas no terreno internacional. Somente no decorrer da década de 1990, o tema da mundialização passa a ser incorporada, com o crescimento de muitos estudos sobre as relações internacionais, contudo com forte perfil oficialista e com menor inquietação teórica acerca da conexão entre a dimensão nacional e a internacional, bem como a questão das classes sociais diluíram-se nessas análises.

---

[13] Para o aprofundamento sobre o estruturalismo consultar: COUTINHO, Carlos Nelson. *Estruturalismo e Miséria da Razão*. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

No referente à relação entre estrutura e classes sociais, Fontes (2010, p. 229) aponta que grande parcela da produção sociológica, especialmente aquela dedicada aos “novos movimentos sociais”, passou a criticar as abordagens estruturalistas, começando a haver uma grande vaga “pós-estruturalista”, que desdenhava qualquer referência à totalidade e ao próprio histórico de constituição social dos sujeitos. A aproximação desses pesquisadores com os movimentos sociais, resultado do contato militante ou da profissionalização da pesquisa, consolidava, equivocadamente, uma visão imediatista dos setores populares, sem com eles socializar os extensos debates teóricos travados nas universidades, e difundia uma concepção de “recusa” da luta em torno do Estado, desconsiderando-a como momento necessário. Assim, tais movimentos eram instados a permanecerem no terreno das reivindicações imediatas: de um lado, pela repressão, e, por outro, por esses novos acadêmicos fascinados pelo popular. Com isso, observa-se que a proximidade do Estado de Direito, identificado com a democracia, vinha acompanhado pela difusão de que o capitalismo era horizonte insuperável, levando os intelectuais brasileiros a abandonarem as expectativas revolucionárias (“irracionais” ou “utópicas”) e a conviverem com o mundo restrito da política institucional como horizonte insuperável.

Tais questões sinalizadas por Fontes, serão observadas por Duriguetto (2007, p. 168), que a partir de um breve resgate da trajetória analítica e prático – política da relação entre Estado e sociedade civil – mediada pelos seus movimentos sociais – aponta para questões de fundo que imprimem direções e desdobramentos acerca do que se vislumbra como sendo o caminho a ser seguido para um efetivo processo de democratização da sociedade brasileira: primeiro, nas apostas de autonomização da sociedade civil e na desqualificação do Estado, tendo os movimentos sociais como os únicos sujeitos e espaços de renovação social e de exercício de uma autêntica cidadania; depois, passou-se a apostar na ampliação da democracia, por meio da abertura de canais institucionais públicos de discussão das políticas sociais e sua ocupação pelas organizações da sociedade civil que representam os interesses das classes subalternas. Ou seja, a nova estratégia para a democratização passa a se dar por meio da criação e ocupação, pela sociedade civil, de novos espaços públicos de debate, negociação e deliberação, que não seriam monopolizados pelo Estado, e com isso buscando reformular a noção de interesse público, assim como o papel e as responsabilidades estatais.

Contudo, a autora vai apontar que tal movimento e concepção acabaram por possibilitar a abertura para o avanço do discurso neoliberal, que, utilizando-se do mesmo argumento da necessidade de redefinição das relações entre Estado e sociedade civil, passa também a investir na participação da sociedade, mas não na direção do controle social na gestão e implementação das políticas sociais, e sim na perspectiva da transferência para sociedade civil, agora transmutada em esfera pública não estatal, para o enfrentamento das desigualdades sociais. Ou seja, o ideário neoliberal vai recuperar e metamorfosear a visão maniqueísta entre Estado e sociedade civil, presente nas análises e ações prático-políticas dos movimentos sociais no início dos anos de 1980, para desqualificar, "satanizar" e minimizar tudo que é estatal, mesmo que agora tratando-se de um Estado democrático e tendo um aparato jurídico constitucional garantidor de direitos sociais.

1.3.4.1 O Movimento de Reforma Sanitária Brasileira e a questão democrática no contexto da transição

Neste subcapítulo, não se pretende tratar dos elementos históricos-conjunturais do surgimento do movimento de reforma sanitária – questão que será discutida no segundo capítulo desta tese –, mas discutir como tal movimento estabeleceu a relação entre a questão da saúde e democracia no contexto da luta pela redemocratização da sociedade brasileira, cujo desdobramento será observado a partir da década de 1990, com a implementação do SUS e das suas instâncias participativas. Cabe sinalizar, que tal discussão será realizada de modo separado, apenas por questão didática, pois, de acordo com o método histórico-dialético sob o qual este trabalho se fundamenta, tal debate não está dissociado dos aspectos históricos e conjunturais sob o qual foi construído.

Além disso, cabe esclarecer que o movimento de reforma sanitária não se constituiu enquanto um movimento homogêneo, havendo quem defendesse uma reforma pelo viés de caráter técnico-administrativo puramente institucional, sem necessariamente com aspecto anticapitalista e emancipatório. Sendo assim, o debate que ora será travado neste estudo se fará com os sujeitos deste movimento vinculados

à perspectiva de esquerda que se tornou sua marca. Portanto, as influências do debate sobre a democracia no movimento sanitário estão relacionadas com os debates travados pela esquerda brasileira e internacional neste contexto em que se conjugava a luta contra a ditadura com a crise do socialismo real carregado de desvios totalitários, que vai repercutir no âmbito da luta da classe trabalhadora, por meio da transformação do Estado pela via democrática.

De acordo com Dantas (2017, p. 182-183), a predominância da matriz teórico marxista no movimento sanitário pode ser sintetizada da seguinte forma: no período de estruturação do movimento, em meados da década de 1970, foi o período de maior ascendência com a utilização de categorias presentes essencialmente no pensamento de Marx e Engels e uma forte influência do estruturalismo althusseriano, que vai se manter até meados da década de 1980, quando identifica-se a adoção do pensamento gramsciano. No que se refere aos anos de 1990, o autor vai identificar o que ele vai chamar de “apagão” do movimento sanitário em todos os sentidos; e, a partir dos anos 2000, identifica uma retomada do pensamento gramsciano, mas cada vez mais sem Marx, sem rupturas, sem revolução, sem socialismo e como tutor de uma democracia apassivada.

Desse modo, observa-se que o percurso teórico-prático e temporal do movimento sanitário seguiu a mesma tendência da esquerda democrática.

Fleury (1997, p.27), ao analisar a questão democrática no contexto do movimento sanitário tendo por base os editoriais da *Revista Saúde em Debate*, pertencente ao CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde)[14], apresenta diferentes concepções e estratégias democráticas que perpassaram o debate nacional em torno da criação de um projeto comum de sistema democrático de saúde. Tais concepções e estratégias são designadas pela autora como democracia como conflito, democracia como movimento e democracia como institucionalidade.

[14] O CEBES, criado em 1975, institucionalizou o movimento sanitário organizando as diferentes visões críticas do sistema de saúde, definindo um projeto comum e estratégias e táticas de ação coletiva. “O CEBES representou a possibilidade de uma estrutura institucional para o triedro que caracterizou o movimento de reforma sanitária brasileira: a construção de um novo saber que evidenciasse as relações entre saúde e estrutura social; a ampliação da consciência sanitária onde a Revista Saúde em Debate foi, e continua sendo, seu veículo privilegiado; a organização do movimento social, definindo espaços e estratégias de ação política” (FLEURY, 1997, p. 26).

A perspectiva de democracia como conflito, baseado no pensamento “foucautiano” e de outros intelectuais europeus vinculados ao movimento contra-cultural, influenciou o debate do movimento sanitário na década de 1970. Partindo de um forte conteúdo anárquico e contra-cultural, visto se contrapor a qualquer processo de normatização e institucionalização do poder, a democracia era compreendida como integrando um elemento social que se traduzia na desalienação da população que levaria a sua organização em direção a uma melhor apropriação da riqueza social. O mecanismo que possibilitaria essa passagem seria a participação popular, em que o conflito era visto como o caminho para desmontar as estruturas da dominação e a criação de uma nova lógica de ordenação das relações de poder, ao mesmo tempo que estaria produzindo uma desalienação do sujeito que se constitui por meio da participação. Segundo a autora, tal corrente vai progressivamente perdendo vigor no interior do movimento sanitário, mantendo sua influência apenas na reforma psiquiátrica por estar, na sua essência, o resgate do sujeito.

A democracia como movimento foi influenciada pelo surgimento do Partido dos Trabalhadores e das Comunidades Eclesiais de Base, sendo orientada na perspectiva de mobilização da comunidade e socialização política, convivendo com a contradição entre tomar o Estado como alvo de suas críticas e de suas demandas, ao mesmo tempo que pretendia que sua luta pelo poder estivesse no âmbito societário.

Nesse contexto, segundo Carvalho (1995, p. 21), surge a ideia da participação popular, passando pela adoção de um novo referencial teórico, em que a categoria comunidade é substituída pela categoria povo, que designava a parcela da população excluída ou subalternizada no seu acesso a bens e serviços. Introduz-se a questão da segmentação social, numa clara aproximação doutrinária com o marxismo, não somente como elemento de descrição da distribuição dos problemas de saúde. Assim, não se aceitava mais a mera participação em ações simplificadas no âmbito dos serviços e se propunha a conquista da participação no conjunto da dinâmica social.

O Estado era concebido em seu sentido restrito e identificado com a função de manter o *status quo*. A segmentação social é decorrente da forma de organização da produção, cabendo ao Estado o papel de garantir a reprodução permanente e ampliada desse processo. Desse modo, as políticas e os serviços de saúde estavam subordinados a essa lógica e atendiam à necessidade de manter e reproduzir o sistema, sendo, desse modo, necessariamente geradores de desigualdade sanitária.

Assim, trata-se de um povo excluído social, econômica e politicamente, que luta contra um Estado cuja lógica é favorecer os já favorecidos. As melhorias sociais são adquiridas via conquistas, o acesso por meio da pressão, do movimento. Participação significa luta e contestação. Com isso, passa a ser cada vez mais valorizada a participação nas decisões, como mecanismo de garantia do redirecionamento das políticas e práticas objetivando o atendimento das necessidades do povo.

Ainda segundo o autor, a experiência da interlocução aguerrida com o Estado passou a associar cada vez mais demanda social por acesso a bens e serviços de saúde à demanda política por acesso ao poder. Tal demanda começa, aos poucos, a se desdobrar e se realizar por meio da ocupação parcial de espaços institucionais, através da própria permeabilidade do Estado às demandas. Com isso, abrem-se as condições de superação do maniqueísmo radical e surgem as possibilidades de interação como alternativa ao confronto.

A democracia como institucionalidade – conforme designação de Fleury – passa a predominar o debate do movimento sanitário a partir da década de 1980. Recorreu ao conceito estratégico de desenvolvimento da consciência sanitária como forma de articulação entre o corpo biológico e o corpo socialmente investido – o corpo produtivo. Tal articulação dar-se-ia por meio da experiência singular do sofrimento, a vivência das necessidades vitais e a dimensão pública do indivíduo enquanto cidadão e, consequentemente, portador de um conjunto de direitos e deveres perante o Estado, e sua inserção na luta entre dominantes e dominados, aos quais se remetem tanto as carências vitais quanto a negação dos direitos sociais. Ao assumir o caráter dual da saúde, como valor universal e núcleo subversivo de desmontagem da ordem social com vistas à construção de uma nova correlação de forças, o movimento sanitário pretendeu dar um novo significado político à noção de cidadania, dando a ela um caráter transformador.

Nesse contexto, conforme Carvalho (1995, p. 25-26), dá-se espaço a uma nova visão de participação, denominada de participação social, que tem por base a universalização dos direitos sociais, a ampliação da noção de cidadania e uma nova compreensão do caráter e do papel do Estado.

A partir dessa perspectiva, a visão do Estado como um espaço monolítico, que atende aos interesses dos grupos dominantes, dá espaço para a concepção

gramsciana de “Estado Ampliado”, entendida enquanto uma arena de disputa política onde diferentes grupos com interesses contraditórios que lutam pela hegemonia, ou seja, pela conquista da direção política e intelectual. Desse modo, estabelece-se uma nova relação entre Estado e sociedade, em que ambos são reconhecidos como interlocutores legítimos e com um mínimo de eficácia dialógica. Ou seja, o Estado deve se abrir para as demandas advindas das diversas classes e camadas sociais, tornando-se conforme Poulantzas (1980), “a expressão da correlação de forças existente na sociedade ainda que sob a hegemonia de uma classe ou fração de classe”.

De acordo com Carvalho (1995, p. 27), a ideia de participação social suscita e se associa à noção de controle social do Estado em oposição ao controle privado exercido por grupos com maior poder de acesso e influência. Embora conceitualmente e praticamente o Estado de direito moderno já viesse demonstrando uma preocupação em defender a sociedade contra excessos no funcionamento da máquina estatal, com a inclusão na sua organização, nos diversos níveis e esferas, de um variado arsenal de mecanismos e órgãos de controle, a ideia de esse controle ser exercido pela sociedade por meio da presença e ação organizada de seus diversos segmentos é que constitui a novidade desses órgãos colegiados que se insinuam na década de 1980.

O projeto de reforma sanitária, construído em contraposição ao modelo de saúde vigente durante o período da ditadura militar, portava um modelo de democracia assentado nas ideias de igualdade, de garantia da saúde enquanto um direito individual e na constituição de um poder local fortalecido pela gestão social democrática (FLEURY, 1997, p. 33).

Considerando a saúde como resultante das condições de vida (habitação, alimentação, renda, educação, transporte, trabalho, lazer, meio ambiente, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde), portanto da forma de organização social da produção que pode vir a acarretar grandes desigualdades nos níveis de vida, o princípio da igualdade transforma a luta pela saúde numa luta pela transformação social, por justiça social. Igualdade significa conceber a saúde como derivada do exercício de uma cidadania plena, sendo esta compreendida não apenas como a existência formal de direitos civis, políticos e sociais, mas como a possibilidade efetiva de exercê-los (ESCOREL, 1989). Desse modo, o exercício dos direitos sociais,

que são aqueles “que permitem ao cidadão uma participação mínima na riqueza material e espiritual criada pela coletividade” (COUTINHO, 1997; 2000) devem ser garantidos pelo Estado por meio das políticas sociais de modo a permitir ao homem ser livre, ter o direito de manifestar seu pensamento, de organizar-se e lutar pelo que acha correto. Assim, o princípio da igualdade, diretamente relacionado à garantia da saúde como um direito individual, expressa-se no ideário da saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

Em relação ao fortalecimento do poder local com participação social, a tônica da discussão em torno de uma reforma sanitária, propiciada pelo agravamento da crise financeira da previdência social em 1981, coloca a descentralização junto a outros princípios reformistas, como consubstancial à reestruturação da oferta de serviços de saúde, redefinindo a distribuição do papel a ser desempenhado por cada esfera de governo. Tal debate vem em contraposição ao modelo centralizado de gestão, característico das relações intergovernamentais durante a ditadura militar. Neste período, as políticas sociais eram marcadas por uma centralização político financeira no nível federal das ações sociais do governo; pela fragmentação institucional; pela exclusão da participação social e política da população nos processos decisórios; pelo autofinanciamento do investimento social; e, pela privatização (TAVARES, 2001, p. 209). Nesta perspectiva, os Estados e municípios eram compreendidos, segundo Arretche (2000, p. 46), como “agentes da expansão do Estado e da execução local de políticas centralmente formuladas”.

Contrário ao modelo centralizado de gestão, o movimento de reforma sanitária defende a descentralização enquanto transferência de funções político-administrativas da esfera central para a municipal, por acreditar que a municipalização da saúde levaria a um fortalecimento do poder local, a cum maior controle sobre a administração pública de nível local, a uma viabilização da conversão das demandas sociais em programas e serviços, à democratização do Estado e à eficácia das políticas públicas.

A discussão acerca da descentralização tinha como pano de fundo um consenso existente sobre o termo, em que se supunha que, por definição, as formas descentralizadas de prestação de serviços públicos seriam mais democráticas, e que, além disso, levaria ao fortalecimento e consolidação da democracia. Desta forma,

> passou-se a associar centralização a práticas não democráticas de decisão, à ausência de transparência das decisões, à impossibilidade de controle sobre as ações de governo e ineficácia das políticas públicas. As expectativas postas sobre a descentralização e a visão negativa das formas centralizadas de gestão implicariam, como consequência, a necessária redução do escopo de atuação das instâncias centrais de governo (ARRETCHE, 1997, p. 128).

Arretche (1997, p. 128) faz uma crítica a este consenso que se criou acerca da descentralização. esta última é associada à democracia, e a centralização a Estados e sistemas políticos menos democráticos. Ela argumenta “que a concretização dos ideais democráticos depende menos da escala ou nível de governo encarregado da gestão das políticas e mais da natureza das instituições que, em cada nível de governo, devem processar as decisões”.

Segundo Carvalho (1997, p. 97-98), o período da Nova República foi marcado pelo predomínio absoluto da visão pluralista do Estado e, em especial, pela sua vertente neocorporativista, multiplicando-se as arenas de pactuação entre grupos de interesse, que passavam a obter status público e legitimidade para defender seus projetos e influir nas políticas públicas. Nesse período, segundo o autor, o “pacto social” então perseguido pelas diversas forças políticas torna-se emblemática da predominância desse clima pluralista e da crença na possibilidade de acordar uma política que contemplasse os interesses e a concordância do conjunto dos grupos sociais.

Sendo assim, de acordo com o autor, é nesse clima que vai amadurecer a proposta dos Conselhos de Saúde, na forma institucional atual. Apesar da identidade e atribuições legais formalmente instituídas, tais instâncias vivenciam uma trajetória prática marcada por um conjunto de dilemas e ambiguidades, resultante dos marcos conceituais e contingências políticas sob o qual se originaram.

Desse modo, vai afirmar o autor que a ideia de controle social, que fundamenta tais instâncias, carrega uma ambiguidade básica, que leva a uma expectativa acerca dos Conselhos que, no limite, oscila entre a ilusão e o ceticismo.

A ilusão, proveniente da matriz pluralista, leva à superestimação acerca da efetividade dos Conselhos enquanto instâncias decisórias. Baseia-se na visão de um Estado neutro, passível de ser conduzido pelos segmentos que obtenham vantagens circunstanciais nos espaços decisórios. Considera que a sociedade, suficientemente organizada e representada nesses espaços, poderia controlar o Estado, conduzindo-o conforme seus desígnios. Como se o mero funcionamento regular e o cumprimento

das suas prerrogativas legais fosse suficiente para “corrigir o Estado”, e fazê-lo funcionar segundo os interesses da maioria. Segundo o autor, apesar de essa imagem favorecer o proselitismo participatório, ele acaba por ser insuficiente para dar sustentação ao funcionamento estável dos Conselhos. Assim, diante da inefetividade desses órgãos em atender as demandas finalísticas a ele submetidas, acabam por reduzir as expectativas dos representantes dos segmentos, levando, por um lado, ao esvaziamento desses espaços; ou, por outro, a uma adaptação conformada aos seus limites enquanto arenas decisórias, ou seja, a sua burocratização.

Por outro lado, o ceticismo provém da matriz marxista, que tende a subestimar as possibilidades de autonomia e efetividade dos Conselhos. Embora o caráter paritário, com a discriminação positiva dos setores sociais com menos acesso ao poder, e a ênfase nos seus poderes deliberativos, tenha tido origem, exatamente, na desconfiança de que o Estado pudesse ser passível de influência a ponto de atender as demandas dos setores excluídos e agora representados nos Conselhos, tal desconfiança levada ao extremo pode, paradoxalmente, provocar um rebaixamento ou “atraso” na prática dos Conselhos, sendo as mesmas reduzidas a uma dimensão meramente fiscalizatória, em que a obsessão com o controle burocrático acaba por negligenciar a preocupação com os resultados, apesar deste último ser considerado o elo mais importante de ligação dessas instâncias com a sociedade representada, sobretudo os setores excluídos.

Segundo o autor, ambos posicionamentos têm como base comum a visão instrumental dos Conselhos que, considerados “braços” da sociedade, devem manter-se em posição externa ao Estado, seja para guerreá-lo, vigiá-lo ou invadi-lo, o que pode resultar em uma perspectiva de controle social despolitizada e eventualmente inócua. Sendo assim, considera necessária a superação dessa visão maniqueísta da relação Estado-sociedade e instrumental dos Conselhos de Saúde, desobrigando-os da tarefa de guardiães heroicos da agenda da Reforma Sanitária e redescobrindo-os como experiência social e inovação política relevante para a reforma democrática do Estado.

1.4 Controle social na Saúde do Trabalhador: uma perspectiva gramsciana

Pensar o controle social na saúde do trabalhador (ST) a partir de uma perspectiva gramsciana, significa compreender tais instâncias de participação social enquanto espaços de luta de classes, espaços contraditórios e arena de disputas por hegemonia, cujos limites estão postos pela sua atuação no contexto de um Estado burguês. Sendo assim, o controle social deve ser norteado por um projeto societário das classes subalternas que tenha como horizonte a construção de uma sociedade socialista.

Nesta direção, é necessária a compreensão do trabalho enquanto um determinante social do processo saúde-doença, o que requer a apreensão da dimensão histórica e social do trabalho, no qual a saúde é vista não apenas como um processo biopsíquico, mas, antes de tudo, como um processo social, rompendo profundamente com o pensamento médico hegemônico, cujo postulado fundamental é o caráter a-histórico da biologia humana (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Aqui é necessária a compreensão de que o trabalho, conforme nos aponta Karl Marx (2003), possui duas dimensões: uma dimensão “universal”, genérica, que independe do modo de produção determinado, que é o trabalho enquanto atividade especificamente humana, consciente, orientada para um fim; e a segunda dimensão, que é o trabalho abstrato, alienado, característico do trabalho sob o modo de produção capitalista, cuja principal finalidade é a extração da mais-valia.

Além disso, cabe o resgate da ideia do trabalhador enquanto sujeito de uma práxis revolucionária, enquanto agente da transformação. Não à toa, Maccacaro (1978, p. 73), um dos teóricos da Reforma Sanitária Italiana (RSI), ao estabelecer a relação entre classe e saúde, parafraseando Marx vai dizer que, “La salud obrera es la única que liberandóse, libera también la salud de los demás hombres”[15].

O conceito de ST, inscrito na CF de 1988, acompanha o ideário transformador do movimento de reforma sanitária e teve influência significativa do Modelo Operário Italiano (MOI), que surgiu no âmbito da CGIL (Confederazione Generale Italiana del Lavoro) na década de 1960, cujo objetivo era se contrapor à nocividade dos ambientes de trabalho, criando metodologias de atuação, que tinham como principal característica a participação do trabalhador como protagonista (sujeito ativo das

[15] “A saúde do trabalhador é a única que libertando-se, liberta também a saúde dos demais homens.”

ações). Tal modelo se tornou uma das experiências mais avançadas do movimento operário mundial, estendendo-se para diversas organizações operárias e tornando-se um referencial metodológico às questões ambientais no trabalho, influenciando e redirecionando o debate sobre o campo das relações trabalho-saúde, na segunda metade do século XX, em vários países, inclusive no Brasil.

Assim, conforme aponta Vasconcellos (2007), o controle social na ST, diferentemente de outras áreas da saúde pública, vincula-se à própria concepção da área, sua origem, vida e trajetória. Isto 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.

A ST representa uma ruptura com os paradigmas da Medicina do Trabalho (MT) e Saúde Ocupacional (SO). Assim, na saúde do trabalhador, a participação dos trabalhadores é fundamental, sendo os mesmos alçados da condição de meros informantes ou objetos/pacientes de intervenção profissional para a de sujeitos políticos coletivos, possuidores de um saber emanado da experiência e agentes essenciais de ações transformadoras. O saber operário é decisivo, desde a definição e construção na produção do conhecimento até a ação transformadora das condições e organização do trabalho, bem como no desenvolvimento das práticas de atenção à saúde. Refere-se a participação dos trabalhadores enquanto sujeitos sanitários, portadores, ao mesmo tempo, de uma cidadania sanitária (sujeito de direitos) e sujeitos de uma práxis revolucionária.

Ao discutir a ideia de sujeito, parte-se do conceito de Gramsci de intelectual orgânico, cuja função é a de dar homogeneidade e consciência para um grupo social nos campos econômico, social e político. Tal intelectual é criado por aquele grupo social “e [há] [...] organicidade do discurso quando estes são enunciados para dar uma coerência e homogeneidade aos projetos, análises, propostas [...] de um determinado grupo social” (AROUCA apud LACAZ, 2001, p. 235).

Contudo, ao discutir a ideia de sujeito sanitário, é fundamental destacar que tal sujeito possui sua ação limitada pela dinâmica do Estado burguês, ficando confinado à emancipação política, visto que o Estado, ao assumir as demandas sociais, que, portanto, tornam-se demandas institucionais, as faz de modo que atenda a lógica do capital.

Portanto, as políticas sociais, nada mais são, conforme apontam Behring e Boschetti (2007, p. 36), do que

> processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e lutas de classes, que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo.

Nessa direção, Souza, Melo e Vasconcellos (2017), ao problematizar sobre quem são os sujeitos fundamentais a partir da distinção entre a "questão da saúde dos trabalhadores"[16] e o "campo da Saúde do Trabalhador"[17], vão colocar que o sujeito sanitário refere-se ao sujeito ativo na construção da cidadania no âmbito da "saúde do trabalhador", mas ainda confinado no interior do capitalismo, portanto do "campo" do qual faz parte. Por outro lado, o sujeito revolucionário tem a tarefa histórica de romper com os limites do capitalismo, e, assim, enfrentar a "questão" nas suas raízes a despeito das fronteiras de qualquer campo.

Sendo assim, o sujeito sanitário no interior do "campo", enquanto sujeito científico nas investigações/intervenções sobre as relações trabalho-saúde, está limitado aos problemas que podem ser colocados segundo a ótica estabelecida. Para romper tais limites, é necessário que esse sujeito alcance o patamar de sujeito revolucionário.

Eberhardt (2021, p. 54-55), vai apontar que, nas experiências de construção de conhecimentos e luta pela saúde com participação dos trabalhadores, existem diferentes apreensões sobre o protagonismo operário, que atravessam as relações entre trabalhadores e outros agentes sociais, cuja origem é burguesa ou pequeno-burguesa.

O protagonismo operário na empresa refere-se à intensificação do trabalho, à expropriação do conhecimento dos trabalhadores e à internalização pelos operários

---

[16] Segundo Souza (2016), a "questão da saúde dos trabalhadores" refere-se ao conjunto de problemas de saúde da classe trabalhadora, resultantes das suas condições de vida ou trabalho, assim como as respostas (políticas, técnico-científicas, sociais em geral) que esse conjunto demanda. Ela tem origem no antagonismo de classe fundante da sociabilidade capitalista com todas as repercussões para a saúde que ela produz.

[17] Segundo Souza (2016), o "campo da Saúde do Trabalhador", tem como objeto de intervenção e investigação a "questão da saúde do dos trabalhadores" para o (e a partir do) qual ele desenvolve um conjunto de preceitos teórico-metodológicos e político-institucionais, visando sua apreensão e transformação.

dos valores e objetivos da empresa, representando ameaça à saúde e dissolução dos coletivos dos trabalhadores.

Por outro lado, o autor vai apontar que outras apreensões sobre a participação operária partem do reformismo. Este refere-se à contenção da ação operária aos limites da democracia burguesa vista como valor universal. Nessa perspectiva, o protagonismo operário "reconhecido" pelo Estado refere-se às denúncias e reivindicações aos órgãos públicos, ou seja, à substituição da luta própria operária pela luta institucional. Sendo assim, tal protagonismo operário estaria contido no âmbito legal do Estado e do direito burguês.

Contudo, neste estudo, parte-se da perspectiva do protagonismo operário, no qual a saúde é concebida como luta da própria classe trabalhadora e não delegada a outrem, inclusive aos técnicos, profissionais de saúde e gestores das empresas ou do Estado. Ou seja, a saúde como luta da classe trabalhadora dotada de autonomia política em relação às demais classes sociais e ao Estado.

Nesse sentido torna-se fundamental a retomada da discussão de Gramsci acerca da Democracia Operária, cuja influência foi significativa no processo de construção do MOI, conforme apontado por Paiva (2012) e Souza. Santos, Barbosa, Santos e Mendonça (2020) e tomado como referência neste estudo.

1.4.1 Democracia operária e os conselhos de fábrica

Em 1919, Antonio Gramsci, juntamente com Angelo Tasca, Palmiro Togliatti e Umberto Terracini, lança em Turim o semanário jornal operário L'Ordine Nuovo (A *Nova Ordem)*, sendo neste período que se torna tema central das suas publicações a questão dos locais de produção enquanto núcleo vital de organização operária.

Segundo Coutinho (1981, p. 7), nesse período de 1919, Gramsci já possuía um passado relativamente longo de atividade teórica e política. Desde 1914, militava no Partido Socialista Italiano (PSI)[18], no qual defende um posicionamento de combate,

[18] Cabe destacar, que a partir de 1921, é criado o Partido Comunista Italiano (PCI), do qual Gramsci passa a ser um dos seus dirigentes. A partir daí, o *L'Ordine Nuovo* torna-se órgão oficial do novo partido, e, apesar de Gramsci continuar enquanto editor-chefe do semanário, a linha do jornal passa a ser definida pela direção partidária, cujo Secretário Geral era Amadeo Bordiga (COUTINHO, 1999).

tanto ao reboquismo político da corrente reformista (forte entre o grupo parlamentar e as direções sindicais) quanto à formulação fatalista e mecanicista do marxismo que se encontra na base do verbalismo revolucionário inconsequente da corrente maximalista.

Gramsci toma como ponto de partida para a discussão da democracia operária a experiência dos sovietes[19] russos enquanto valor universal. A partir desta categoria, ele vai realizar uma crítica do partido socialista e dos sindicatos. E fica convencido de que a revolução só poderia triunfar se o partido revolucionário fosse capaz de transformar as massas, levando-as à vontade de converterem-se em classes dirigentes.

Assim, conforme Gramsci, o desenvolvimento da corrente política estruturada ao redor do *Jornal L'Ordine Nuovo*:

> não era mais do que uma tradução, para a realidade histórica italiana, das concepções desenvolvidas pelo camarada Lenine em alguns escritos publicados igualmente por Ordine Nuovo e das concepções do teórico americano da associação sindicalista revolucionária dos I.W.W, o marxista Daniel de Leon GRAMSCI, 1977, p. 186).

Gramsci, ao discutir a democracia operária, está preocupado na realização da revolução operária italiana, considerando que ela só se realizará à medida que o trabalhador adquira hegemonia no processo revolucionário. Assim, ele vai afirmar que a revolução proletária "não é um acto arbitrário de uma organização que se pretenda revolucionária ou de um grupo de organizações que se pretendam revolucionárias" (GRAMSCI, 1976, p. 97) e nem seu processo real confundido com o desenvolvimento de forças revolucionárias de tipo voluntaristas e contratualistas, a exemplo do partido político e dos sindicatos profissionais, que nada mais são do que organizações nascidas no terreno da democracia burguesa. O processo revolucionário realiza-se "no terreno da produção, no interior da fábrica onde se revelam as relações de opressor/oprimido, explorador/explorado onde o operário é privado de liberdade e a democracia inexistente" (GRAMSCI, 1977, p.99).

Conforme Gramsci, o Estado socialista já existe potencialmente nas instituições de vida social características da classe trabalhadora. O intuito era

[19] Os soviets russos, Conselhos Operários são formas de democracia direta, criadas na revolução de 1905 e que na revolução socialista de 1917 passam a ser considerados como a forma motriz da revolução proletária e o novo embrião do Estado Proletário (COGGIOLA, 1996).

manifestar essa energia oculta obscurecida pelo condicionamento opressor burguês. Energia esta capaz de promover uma verdadeira democracia – a democracia operária – com efetivas forças para substituir o Estado burguês. Assim, ele vai dizer:

> A fórmula “ditadura do proletariado” deve deixar de ser apenas uma fórmula, uma oportunidade de desenvolver uma fraseologia revolucionária. Quem quer o fim, deve também querer os meios. A ditadura do proletariado é a instauração de um novo Estado, tipicamente proletário no qual virão confluir as experiências institucionais da classe operária oprimida, na qual a organização da vida social da classe operária e camponesa se tornará um sistema generalizado e fortemente organizado (GRAMSCI, 1976, p.14).

Gramsci vai definir a fábrica por meio de seus comitês de empresa, os seus círculos socialistas, as comunidades camponesas, enquanto centros da vida operária sob os quais se deve agir diretamente. Assim, ele vai propor um sistema de democracia operária assim organizada:

a) os comitês de fábrica, enquanto organismos da democracia operária sob o qual devem infundir uma energia e uma vida nova. Para tanto, deve-se instituir a eleição de vastas assembleias de delegados, escolhidos entre os melhores e mais conscientes camaradas, cuja palavra de ordem deve ser: “Todo o poder na fábrica para o comitê de fábrica”, que deve estar vinculada à outra palavra de ordem: “Todo o poder de Estado para os conselhos operários e camponeses”. Ele vai dizer que tais comissões, que devem ser desenvolvidas e enriquecidas, “serão amanhã os órgãos do poder proletário, que substituirão os capitalistas em todas as suas funções úteis de direção e de administração” (GRAMSCI, 1976, p. 9-11).
b) Os círculos de bairro, organizados de acordo com as seções urbanas, devendo recensear as forças operárias do setor e tornar-se a sede do conselho de bairro dos delegados das fábricas.
c) O Comitê de bairro, considerado a emanação de toda a classe operária laboriosa que habita no bairro, capaz de fazer respeitar uma disciplina, com poder espontaneamente delegado e com capacidade de determinar a cessação imediata do trabalho no conjunto do bairro. Tais comitês se alargariam para constituição de comissões urbanas.

Conforme aponta Coggiola (1996, p. 204), partindo da universalidade da experiência soviética, como base para ação revolucionária na Itália, Gramsci em artigo

publicado no jornal *L'Ordine Nuovo de* agosto de 1920, vai realizar os seguintes questionamentos:

> Existe na Itália, como instituição da classe operária algo que possa ser comparado ao soviete? Que partilhe da natureza dos sovietes? Algo que nos autorize a afirmar que o soviete é uma forma universal, e não uma instituição russa e apenas russa? O soviete é a forma através da qual, em toda parte onde existam proletários em luta para conquistar a autonomia industrial, a classe operária manifesta essa vontade de se emancipar. O soviete é a forma de autogoverno das massas operárias. Existe um germe, um projeto, um tímido esboço de governo dos sovietes na Itália: Em Turim?

E, segundo o autor, Gramsci, vai responder aos questionamentos, afirmando que esse órgão é o conselho de fábrica. Apesar de inicialmente tais conselhos não se apresentarem como possíveis sovietes, visto terem surgido em 1904, degenerados em órgãos de conciliação de classes, órgãos de auxílio à gestão da empresa, praticamente paralisados naquele momento, Gramsci manterá a sua opinião de que eles constituem o gérmen do Estado proletário.

Segundo Gramsci, os conselhos de fábrica são, inicialmente, instrumentos de organização de toda a classe operária, sem o caráter restritivo dos partidos e sindicatos. São um elemento fundamental para o aprendizado da democracia operária, à medida que tais conselhos são eleitos por todos os operários, em cada seção, em cada fábrica. Por outro lado, diferentemente da participação sindical, cuja participação se dá na condição de assalariados; nos conselhos de fábrica, tal participação se dá na condição de produtores. Tal fato é o que realiza a unidade da classe trabalhadora, que dá às massas uma coesão e uma forma que são da mesma natureza que a coesão e a forma que ela toma na organização geral da sociedade.

Gramsci vai dizer que o Conselho de fábrica é o modelo do Estado proletário, visto que

> Todos os problemas inerentes à organização do Estado proletário são inerentes à organização do conselho. Tanto num como noutro a noção de cidadão perde o seu valor e é substituída pela noção de camarada, pela colaboração para produzir bem e utilmente, e desenvolve a solidariedade, multiplica os laços de afeição e fraternidade….O Conselho é o organismo mais adaptado à educação recíproca e ao desenvolvimento do novo estado de espírito social que o proletariado conseguiu extrair da experiência viva e fecunda da comunidade de trabalho (GRAMSCI, 1976, p. 55).

Mais à frente, o autor vai dizer:

> A existência do conselho dá aos operários uma responsabilidade directa na produção; chama-os a aperfeiçoar o seu trabalho; instaura uma disciplina

> consciente e voluntária, dá-lhes uma mentalidade de produtor, de criador da história. Os operários levam ao sindicato esta consciência nova e, a partir da simples actividade da luta de classes, o sindicato consagra-se a elaborar a forma de vida econômica e de técnica profissional, que é própria da civilização comunista. Neste sentido, os sindicatos que são constituídos pelos melhores operários e os mais conscientes, realizam o momento supremo da luta de classes e da ditadura do proletariado: criam as condições objectivas nas quais as classes não podem continuar a existir e não podem renascer (GRAMSCI, 1976, p. 57).

Gramsci está apontando para o conceito do trabalho enquanto um princípio educativo. Conforme apontam Souza *et al. (*2020, p. 269), “Trata-se de um conceito lapidado no âmago da história do movimento operário, considerando que Gramsci como líder político e educador orgânico interagia com os trabalhadores e suas lutas”, e que o “reconhecimento do trabalho como referência teórica central é basilar para compreender seu processo e organização no chão da fábrica e, ainda, sua configuração no contexto do modo de produção social.” Sendo assim, “o processo de formação dos trabalhadores deve se realizar sob princípios e valores da classe trabalhadora” tendo como ponto de partida o contexto do trabalho “capaz de valorizar a aprendizagem e o conhecimento do trabalhador decorrentes do próprio processo de trabalho” (SOUZA *et al*., 2020, p.269).

Para Gramsci, o trabalho como princípio educativo deve possibilitar “o debate sobre o conhecimento técnico e científico dos processos produtivos e suas transformações, mas também da crítica a respeito das relações de classe e poder subjacentes ao seu processo, sua opressão e exploração.” (SOUZA *et al*., 2020, p. 269). Nesse aspecto, o trabalho é visto pelo autor como uma atividade teórico-prática que cria os primeiros elementos “de uma intuição do mundo liberta de toda magia ou bruxaria, e fornece o ponto de partida para o posterior desenvolvimento de uma concepção histórica, dialética, do mundo” (GRAMSCI, 2001, p. 43).

Coggiola (1996, p. 205) aponta que Gramsci não considera, a princípio, que haja uma oposição entre os sindicatos e partidos, e os conselhos; mas, que ao contrário, eles se complementam. Ele supunha que todos os trabalhadores de uma determinada unidade industrial fariam parte do conselho, ou seja, o seu movimento incluiria igualmente todos os trabalhadores, sindicalizados ou não, simpatizantes do partido socialista ou membros de outras filiações políticas. Assim, segundo o autor, em agosto de 1919, Gramsci vai escrever:

> A luta de classes, na posição atual do capitalismo industrial, é deflagrado por um novo tipo de organização operária, baseado na fábrica e não no artesanato, na unidade de produção e não nos sindicatos profissionais. Este novo tipo de organização, ao desenvolver-se, amplia-se e enriquece-se com funções organizadas hierarquicamente, forma o pedestal do estado socialista, o instrumento da ditadura do proletariado na produção industrial (COGGIOLA, 1996, p. 206).

Ainda segundo o autor, tal proposição gramsciana, substituiria a estrutura sindical vigente por uma organização completamente nova, vindo a gerar desaprovação dos dirigentes sindicais à época, especialmente do sindicato dos metalúrgicos italiano, que possuía grande poder na indústria automobilística de Turim.

Em artigo publicado primeiramente em russo, alemão e francês na Internacional comunista, em novembro de 1920, e republicado em italiano no *L'Ordine Nuovo*, em março de 1921, Gramsci vai abordar a questão da luta contra os conselhos.

> Este movimento encontrou contudo a oposição encarniçada dos funcionários sindicais, da direção do partido socialista, e do Avanti.. Todas essas pessoas baseiam a sua polêmica na diferença entre o princípio do conselho de fábrica e o do soviete. As suas conclusões tinham um carácter puramente teórico, abstracto e burocrático. Por trás das suas frases sonoras escondia-se o desejo de fazer fracassar a participação direta das massas na luta revolucionária e o desejo de manter a tutela das organizações sindicais sobre as massas (GRAMSCI, 1976, p. 127).

Segundo Coggiola (Op. cit., 1996, p.206), a questão do conflito entre os conselhos e os sindicatos não era uma particularidade italiana. Nesse mesmo período, a atividade claramente "soviética" dos conselhos fez com que, em finais de 1920, houvesse na Alemanha um enfrentamento entre conselhos de fábrica versus sindicatos, no Congresso Nacional de Conselhos de Fábricas, em que esses eram subordinados aos sindicatos ao nível local e nacional, que se encontrava nas mãos de uma maioria reformista, constituindo-se os conselhos de fábrica em base da estrutura sindical. Isso se dava enquanto mecanismo para evitar o paralelismo organizatório: conselhos de fábrica de um lado e sindicatos de outro. Tal fato levou com que os defensores do conselho de fábrica, enquanto órgão de controle e direção do movimento operário, a desenvolverem a estratégia de uma minoria institucionalizada. Contudo, a dificuldade de levar a luta em várias áreas, ao mesmo tempo, acabou por levar tal grupo a uma atividade ultraesquerdista e ao seu completo desgaste.

Para Amadeo Bordiga, o grande rival de Gramsci no PCI, o grupo de Gramsci transformava os conselhos em “fetiches”, assim como fazia com os sovietes, que “são a forma, não a causa da revolução” (BORDIGA, 1981, p. 79).

De acordo com Bordiga (1981, p. 79-80),

> Os Sovietes, organização de Estado do proletariado vitorioso, são uma coisa completamente diferente dos Conselhos de Fábrica, como também não constituem o 1º grau, do sistema soviético político. O equívoco na realidade está contido também na declaração de princípios votada pela primeira assembleia dos comissários de setor das oficinas turinenses, que começa exatamente assim: ‘Os comissários de fábrica são os únicos e verdadeiros representantes sociais (econômicos e políticos) da classe proletária, pois foram eleitos em sufrágio universal por todos os trabalhadores, no próprio lugar de trabalho. Nos diferentes graus da sua constituição os comissários representam a união de todos os trabalhadores, como se realiza nos organismos de produção (grupos de trabalho - setor - oficina - união das oficinas de uma determinada indústria - união dos estabelecimentos de produção da indústria mecânica e agrícola de um distrito, de uma província, de uma nação, do mundo) dos quais os conselhos e o sistema de conselhos representam o poder e a direção social.’ Esta declaração é inaceitável, pois o poder proletário forma-se diretamente nos Sovietes municipais da cidade do campo sem passar pelos trâmites dos Conselhos e Comitês de Fábrica, como já dissemos muitas vezes, e como resulta das claras exposições do sistema soviético russo publicado pelo mesmo Ordine Nuovo. Os conselhos de Fábrica são organismos fadados a representar os interesses de agrupamentos de operários no período da transformação revolucionária da produção, e representam não somente a aspiração daquele grupo em se libertar, com a socialização da empresa, do capitalista privado, mas também a preocupação pela maneira como os interesses do grupo terão peso no próprio processo de socialização disciplinado pela vontade organizada de toda a coletividade trabalhadora (BORDIGA, 1981, p. 79-80).

Conforme aponta Coggiola (1996), a fetichização dos conselhos, era uma característica dos chamados “conselhistas”, do qual Gramsci não pode ser acusado.

Segundo o autor, o “conselhismo” surgiu “como uma generalização superficial das condições revolucionárias criadas pela catástrofe mundial de 1914-1918”. Tal movimento posicionava-se contrário aos métodos parlamentares e sindicais, opondo-se, assim, ao conjunto da sociedade capitalista e do movimento operário que era parte integrante dela. Assim, considerava que a tomada e o exercício de poder por parte de um partido significava apenas uma mudança de explorador e, portanto, sustentava que competia aos próprios operários gerirem diretamente a produção e a sociedade.

Por outro lado, Leonetti (1981, p. 30-31), ao analisar a perspectiva bordiguiana de trabalhador, vai apontar que o mesmo não o considera na sua função de produtor – portanto, do lugar onde produz –, mas na sua condição de cidadão que conserva o duplo aspecto de eleitor e administrador, tal como no Estado parlamentar.

Considerando tal sistema de representação, calcado no sistema eleitoral democrático burguês, segundo o autor, Bordiga não faz mais do que acentuar os vícios, favorecendo o estatismo contra o qual os órgãos representativos dos sovietes ou conselhos estão lutando. Além disso, ao separar os órgãos representativos de conselhos em dois setores: econômico e político, ele acaba por incorrer no mesmo erro em dividir o trabalhador em duas categorias: como político (eleitor, fora do lugar de trabalho) e como força produtiva, econômica ("que terá ingerências na socialização e na sucessiva direção do estabelecimento"). Isso faz com que ele se contraponha ao objetivo dos Conselhos ou Sovietes, que é justamente fazer desaparecer tal distinção, "lutando pela emancipação e pela autonomia dos trabalhadores, tomados na sua unidade, como produtores que se tornam, a um só tempo, administrados e administradores".

Além disso, o autor aponta, que evidentemente, o partido operário tem a tarefa de compreender e pôr em ação o desejo de emancipação e autonomia da dos trabalhadores, e que acusar Gramsci de subestimar ou ignorar tal exigência, é uma afirmação completamente errada.

Conforme aponta Del Roio (2019, p. 58),

> Para Gramsci, o conselho de Fábrica é o embrião da nova ordem social, mas sua expansão política exige uma reforma radical do sindicato (e do partido). É preciso que os sindicatos deixem de ser apenas uma instituição social da democracia burguesa e "surjam do próprio lugar da produção, com raízes capilares, para ser a expressão máxima e espontânea dos trabalhadores".

1.4.1.1 O Modelo Operário Italiano (MOI) e os Conselhos de Fábrica

Conforme apontamos no item anterior, Gramsci considerava os Conselhos de Fábrica, enquanto núcleo vital de organização da classe operária e de educação política. Também, no MOI, a fábrica torna-se a estratégia basilar de organização da classe operária e de luta de classes, assim como encontramos a compreensão de que a transformação ocorre no subterrâneo, na obscuridade da fábrica, sede do confronto e do combate direto contra a organização capitalista do trabalho, assim como espaço privilegiado de educação política. Além disso, vamos identificar na constituição do modelo a opção dos sindicatos italianos em priorizar a ação de negociação dos

aspectos relativos à relação de trabalho, a partir da fábrica, organizando o movimento por meio de uma “luta articulada”, no qual o local de trabalho torna-se a base da luta operária, valorizando a experiência/subjetividade coletiva dos trabalhadores.

> Não se pode entender a história da luta de classe e da luta sindical das últimas duas décadas se não se entende e não se admite o valor da renovação política representada pela centralidade reivindicativa da fábrica, da ‘especificidade reivindicativa' da seção, da empresa, e da categoria, sem a qual não existiriam nenhum ataque ao modelo de desenvolvimento e à organização capitalista do trabalho e à organização da sociedade….Com a Conferência Nacional de Rimini sobre ‘A defesa da saúde nos locais de trabalho’, o sindicato assume, nos seus elementos concretos, o valor da centralidade da fábrica na luta pela mudança, no sentido de que, na fábrica, e particularmente na grande fábrica, está o potencial político e cultural decisivo dos trabalhadores, a maior possibilidade de formação de quadros, a forma mais avançada de democracia, a sede do confronto e do combate direto (ODDONE e COLABORADORES, 2020, p. 90-91).

Na experiência do MOI, conforme aponta Oddone e colaboradores (2020,, p. 67), os conselhos de fábrica eram constituídos pelos delegados (representantes dos trabalhadores), eleitos de forma direta e tinham a tarefa de promover e coordenar a ação sindical, através da mobilização dos grupos operários interessados na multiplicação da luta. Nesses espaços, eram debatidas as nocividades decorrentes do trabalho, assim como as ações para combatê-las, devendo os trabalhadores serem os protagonistas dessas ações, sem qualquer delegação. Os conselhos de fábrica articulavam suas ações por meio dos coletivos de operários-médico-estudantes, que representavam o primeiro momento de unidade real de organização da luta dentro e fora da fábrica, de socialização das descobertas e de recomposição de classe através do conhecimento coletivo entre operários, técnicos e intelectuais.

De acordo com Semeraro (2015, p. 236), para Gramsci os conselhos de fábrica eram vistos como verdadeiras “escolas de trabalho”, pois, acima de tudo, eram o “organismo político, território nacional do autogoverno operário” (GRAMSCI,1977, p. 178), ensaio para uma democracia operária, com vistas à construção de um novo Estado e uma nova sociedade. Sendo assim, Souza *et al.* (2020, p. 271-272) colocam que se podeconceber o MOI como um processo de educação e formação de caráter contra-hegemônico, visto que procura romper com a educação canônica – externa e estranha ao trabalho –, passando a valorizar, em primeiro plano, a experiência e o saber operário produzido no próprio processo de trabalho e no bojo do movimento operário.

Conforme apontado no item anterior, Gramsci, no debate acerca da democracia operária, não fazia distinção do trabalhador em categoria política e força produtiva, econômica. Na experiência do MOI, tal questão também vai surgir, quando Oddone e colaboradores (2020, p. 136) vão fazer a discussão entre ambiente de trabalho e território, no contexto do debate acerca da proposição da reforma sanitária italiana, em que vão estabelecer uma inter-relação entre fábrica e território.

> Como o ambiente de trabalho não é algo abstrato, mas é o conjunto das condições reais de vida no trabalho, assim o território, ou melhor, a Unidade Sanitária Local, é o conjunto das condições que caracterizam a vida dos homens no território. A vida nas fábricas, portanto, o ambiente de trabalho, é parte integrante, fundamental da vida dos homens no território. As condições de vida no território compreendem as condições de vida no local de trabalho e as condições de vida fora dos locais de trabalho, numa inter-relação extremamente complexa, fato pelo qual é impossível definir uma linha de demarcação nítida entre ambiente de trabalho e ambiente de vida extra-trabalho (ODDONE e COLABORADORES, 20200, p.136).

São inesgotáveis as possibilidades de articulação entre o pensamento de Gramsci, no sentido da construção de uma revolução operária italiana, a partir da fábrica e da organização dos operários, com o movimento realizado na Itália, que deu origem ao MOI. Contudo, fugir-se-ia do escopo deste estudo o aprofundamento de tal discussão, que em alguma medida buscar-se-á retomar no próximo capítulo, quando da discussão dos marcos sócio-históricos do campo da saúde do trabalhador.

2 TRABALHO E SAÚDE NO BRASIL

Este capítulo tem como objetivo traçar os marcos sócio históricos da relação trabalho e saúde no Brasil, com destaque para a constituição da saúde do trabalhador (ST) na década de 1970, bem como a retomada das lutas operárias e o surgimento do Movimento Sanitário, no contexto de luta da redemocratização da sociedade brasileira; até a sua institucionalização com a aprovação do SUS e a constituição da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do trabalhador (RENAST), em 2002, e da Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída em 2012.

Para tanto, levar-se-á em consideração a inserção do Brasil na estrutura e dinâmica do processo das relações sociais no sistema capitalista e o papel do Estado na luta de classes, tendo em vista a dimensão da totalidade existente nesta particularidade.

A relação trabalho e saúde será tratada considerando-se o trabalho enquanto categoria central e fundamental para a compreensão das relações sociais e da história da humanidade a partir de uma perspectiva ontológica. Sendo assim, a saúde será apreendida como um processo social, ou seja, como processo histórico e social, determinado pelas formas de produção e reprodução social, no qual o processo de trabalho tal como se configura no capitalismo, será tomado como categoria central para a compreensão dos agravos à saúde dos trabalhadores.

O processo de trabalho será analisado na intersecção das relações sociais e técnicas que o configuram. Nele se expressa o conflito de interesses entre o capital e o trabalho, que, além de ter sua origem na propriedade dos meios de produção e na apropriação do valor – produto realizado –, consuma-se historicamente através de formas diversas de controle sobre o próprio processo de produção. Esse controle exercido no interior das unidades produtivas, por meio de velhos e novos padrões de gestão do trabalho, redunda na constituição de coletivos diferenciados de trabalhadores e de uma multiplicidade de agravos potenciais à saúde.

Sendo assim, os agravos à saúde dos trabalhadores serão concebidos enquanto expressão da “questão social”, entendida como o conjunto das expressões das desigualdades sociais, subjacente à sociedade capitalista e, portanto, resultado

das contradições entre o capital e trabalho, cujas expressões requisitam intervenções sistemáticas na forma das políticas sociais, a partir do Estado e das ações desencadeadas pelas classes.

2.1 Trabalho e saúde: O surgimento da Medicina do Trabalho (MT) e da Saúde Ocupacional (SO)

Desde a consolidação do capitalismo, com a Revolução Industrial do século XVIII, iniciada na Inglaterra, os processos de trabalho assumiram novas formatações diante do fenômeno da industrialização e da urbanização. Nesse marco histórico, o capitalismo se consolidou e se desenvolveu pela lógica da livre concorrência.

No último quartel do século XVIII, vai surgir a expressão “questão social” para denominar o fenômeno que assolava a Europa ocidental: o pauperismo – e seus desdobramentos, visto que, pela primeira vez na história, “a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas” (NETTO, 2001, p. 42).

Como consequência direta da produção capitalista, vê-se surgir o brutal pauperismo das camadas trabalhadoras urbanas, que Engels (2010) vai retratar ao longo do seu livro *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*, com impactos negativos sobre a saúde dos trabalhadores, jornada de trabalho excessivas, ausência de descanso remunerado, ambientes agressivos e perigosos (ruído, falta de iluminação, de higiene, ventilação), falta de treinamento. Além disso, era marcante o emprego de crianças e mulheres, cujos salários eram menores e, consequentemente, mais lucrativo para os empregadores. Tal situação levava à produção de graves danos à saúde dos trabalhadores, dos quais se destacavam a tuberculose, as doenças carências, acidentes graves que quando não mutilavam levavam a óbito e deformidades ósseas nas crianças em virtude das longas jornadas de trabalho em posturas nocivas.

O pauperismo constitui uma das primeiras expressões da denominada “questão social”, intimamente vinculada ao antagonismo de classes no capitalismo manifesto na desigualdade social. Assim, historicamente, a “questão social” está

relacionada à emergência da classe trabalhadora e sua emergência no cenário político, organizando-se como classe em torno dos direitos alusivos ao trabalho, exigindo o seu reconhecimento enquanto classe pela burguesia e, especialmente, pelo Estado.

> Foram as lutas sociais que romperam o domínio privado das relações entre capital e trabalho, extrapolando a questão social para a esfera pública, exigindo a interferência do Estado para o reconhecimento e a legalização de direitos e deveres dos sujeitos sociais envolvidos (IAMAMOTO, 2001, p. 17).

O primeiro movimento mais organizado de luta dos trabalhadores, conhecido como ludismo em virtude do nome do seu líder Ned Ludd, surgiu em 1811, na Inglaterra, cuja revolta se deu contra as máquinas, ficando os mesmos conhecidos como “quebradores de máquinas”. A ação organizada dos ludistas consistia na invasão de diversas fábricas e na quebra de máquinas e outros equipamentos por considerarem que esses eram os responsáveis pelo desemprego e pelas péssimas condições de trabalho. Segundo Vasconcellos, Gaze e Leão (2011, p. 262), em 1812 foi aprovada uma lei no parlamento inglês, que condenava à morte os quebradores de máquinas, o que ocorreu naquele ano, levando o movimento a perder força e dar lugar para novas formas de manifestação.

Ainda segundo os autores, em 1824 é aprovada, na Inglaterra, a primeira lei que dava direito à organização sindical dos trabalhadores, dando início a formação dos *trade unions* – expressão inglesa – ou sindicatos, de acordo com a expressão de origem francesa. E, em 1825, é criada a União dos Fiadores de Algodão, em Manchester, que, segundo os autores, parece ter sido o primeiro sindicato organizado com o caráter que conhecemos atualmente.

Tal lei, de acordo com os autores, dará impulso ao sindicalismo, cuja expansão no mundo industrializado trará a proliferação dos movimentos reivindicatórios, possibilitando conquistas pontuais que vão se refletir, especialmente, na agregação de cláusulas trabalhistas “no nascente e permanentemente renovável contrato regido pelo direito do trabalho.” (VASCONCELLOS; GAZE;LEÃO, 2011, p. 263).

Conforme apontam Behring e Boschetti (2007, p. 53-54), o capítulo que trata sobre a jornada de trabalho, no livro *O Capita*, de Karl Marx, é referência decisiva para interpretar a relação entre questão social e política social, visto que nele o autor dará maior densidade à sua tese acerca da centralidade e da condição estrutural do

trabalho enquanto fonte de valor para o capital, mostrando a disputa feroz sobre o tempo de trabalho entre a burguesia (detentores dos meios de produção) e os trabalhadores, visto que o tempo médio de trabalho socialmente necessário é fundamental para o processo de valorização do capital e para a reprodução da força de trabalho.

Desse modo, segundo as autoras, na segunda metade do século XIX, a luta de classes vai irromper contundente em todas as suas formas, por meio da luta dos trabalhadores em torno da jornada de trabalho e do valor da força de trabalho (salário), que está relacionado com as necessidades básicas, com seu componente histórico e moral, e as estratégias burguesas para lidar com a pressão dos trabalhadores, que iam desde a requisição da repressão direta pelo Estado, até concessões formais pontuais na forma de legislações fabris, mas em geral seguidas pela burla da ação pública, tal como Marx demonstra, por meio dos relatórios apresentados pelos inspetores de fábrica, que, segundo o autor (MARX, 2003, p. 278), “fornecem estatísticas regulares e oficiais sobre a avidez capitalista pelo trabalho excedente”. Segundo Marx, “o capital tem seu próprio impulso vital, o impulso de valorizar-se…Se o trabalhador consome em seu proveito o tempo que tem disponível, furta o capitalista" (2003, p. 271). Por outro lado, os trabalhadores querem impor um limite ao consumo da sua força de trabalho, quando buscam limitar a sua jornada de trabalho à grandeza “normal”. Assim, segundo o autor, vai ocorrer uma “antinomia, direito contra direitos”, levando-o a concluir:

> Entre direitos iguais e opostos, decide a força. Assim a regulamentação da jornada de trabalho se apresenta, na história da produção capitalista, como luta pela limitação da jornada de trabalho, um embate que se trava entre a classe capitalista e a classe trabalhadora (MARX, 2003, p. 273).

Sendo assim, o estabelecimento da jornada normal de trabalho foi resultado de uma “luta multissecular entre o capitalista e o trabalhador” (MARX, 2003, p. 273), considerando-se o período decorrido entre a subsunção dos trabalhadores “livres como os pássaros” ao capital e a revolução industrial, cuja dinâmica vai possibilitar a geração de uma consciência coletiva dos trabalhadores enquanto classe, como aponta Marx (2003, p. 321): “Logo que a classe trabalhadora, atordoada pelo tumulto da produção, recobra seus sentidos, tem início sua resistência, primeiro na Inglaterra, a terra natal da grande indústria”.

De acordo com Bravo (2013, p. 34), é a partir do século XVIII que vão surgir protoformas de políticas sociais relacionadas à saúde, enquanto parte da estratégia de legitimação da ordem burguesa e de acumulação do capital. Contudo, será na segunda metade do século XIX, quando o capitalismo inicia o seu estágio monopolista[20], que a saúde passará a ser privilegiada como questão política governamental. Tal crescimento é resultado da ampliação das necessidades sociais, determinadas pelo processo de acumulação do capital e pelo acirramento da luta de classes.

Sendo assim, a autora vai apontar, com base em Rosen, que no final do século XVII e início do século XVIII, vão surgir alguns elementos básicos de um conceito de medicina social, como a necessidade de estudar a relação entre a saúde de uma população específica e as condições de vida determinadas, tendo em vista sua posição social, os fatores insalubres e sua influência sobre a saúde.

Segundo a autora, as modificações mais importantes nas práticas em saúde, ocorridas no início do século XVIII, e que se prolongaram no século XIX se deram nos principais países capitalistas: Alemanha, França e Inglaterra. Tais práticas foram determinadas pelas condições objetivas de cada país.

Foucault (1979) vai apontar três etapas na formação da medicina social: medicina de Estado, que se desenvolveu sobretudo na Alemanha, no início do século XVIII; medicina urbana, em finais do século XVIII, na França; e, por último, a medicina da força de trabalho, no século XIX na Inglaterra, cujo objetivo era controlar a saúde e o corpo das classes mais pobres, para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas.

Assim, segundo o autor, o sistema inglês, permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes: uma medicina assistencial destinada aos mais pobres; uma medicina administrativa responsável pelos problemas gerais como a vacinação, epidemias etc.; e uma medicina privada para aqueles que poderiam pagá-las.

Vasconcellos e Oliveira (2008, p.123) vão apontar que os direitos com vistas à garantia da saúde no trabalho, se deram historicamente, a partir de modelos de

[20] Para aprofundamento do tema, consultar: LENIN, V.I. *Imperialismo* - Fase superior do Capitalismo. Tradução de Leila Prado. São Paulo: Centauro Editora, 2008.

políticas públicas centradas no binômio trabalho-previdência, não sendo, portanto, alvo de políticas de saúde pública.

Sendo assim, os autores vão dizer que o surgimento dos instrumentos do Direito, relativo à esfera das relações saúde-trabalho, se dará em duas direções:

> 1ª) uma vinculada a um “direito trabalhista”, cuja tônica é o estabelecimento de regras contratuais para o controle da produção sobre o corpo biológico (adaptação do processo produtivo) e o controle do corpo biológico na produção (adaptação da natureza humana) ambas com o caráter de uma pretensa prevenção de danos à saúde;
> 2ª) outra vinculada a um “direito previdenciário”, com o estabelecimento de regras de seguridade social para “amenizar” os efeitos da produção sobre a natureza humana, com caráter preponderante de uma pretensa reparação dos danos à saúde (VASCONCELLOS; OLIVEIRA, 2008, p.123).

Segundo os autores, não obstante a ocorrência de manifestações, inclusive operárias, acerca das condições de trabalho, sob a influência de Thomas Percival, um médico inglês de Manchester que produziu um estudo sobre “jornada e condições de pessoas jovens no trabalho”, Robert Peel, um proprietário industrial, apresentou o primeiro projeto de lei sobre a matéria das relações de trabalho, que foi promulgada em 1802, que ficou conhecida como Lei de Peel.

Tal legislação, segundo os autores, não obteve os efeitos esperados, visto não haver instrumentos para a sua aplicação prática. Contudo, seu pioneirismo suscitou um permanente debate sobre o tema, o que culminou com a edição do Factory Act (uma “lei das fábricas”) em 1833, após edição de atos menos relevantes. Nesta lei, segundo os autores, destaca-se a regulamentação do horário e idade mínima de 9 anos para trabalho, o que deveria ser comprovado por um inspetor médico. Assim, consideram que da lei vai emergir a inspeção de fábrica e seus desdobramentos, como o desenvolvimento da Medicina do Trabalho (MT).

Mendes e Dias (1991), contudo, vão apontar que o primeiro serviço de MT vai surgir enquanto especialidade médica, na Inglaterra em 1830, como resultado da revolução industrial, cujo consumo da força de trabalho, resultante da submissão dos trabalhadores a um processo desumano e acelerado do processo de produção, veio a exigir uma intervenção sob o risco de inviabilização da sobrevivência e reprodução do próprio processo. Mas, que também vai surgir, em virtude do processo de organização da classe trabalhadora, neste período. Os autores apontam como elementos básicos desse modelo de intervenção: os serviços deveriam ser dirigidos por pessoas de inteira confiança do empresário e que se dispusessem a defendê-lo;

os serviços eram centrados na figura do médico; a prevenção dos danos à saúde resultantes dos riscos do trabalho era tarefa eminentemente médica; e, a ocorrência dos problemas de saúde eram de responsabilidade do médico.

Ainda segundo os autores, a implantação de serviços baseados neste modelo, expandiu-se rapidamente para outros países, em paralelo ao processo de industrialização e, posteriormente, para os países periféricos, com a transnacionalização da economia. Em virtude da inexistência ou fragilidade dos sistemas de assistência à saúde, seja na vertente do seguro social, seja do diretamente provido pelo Estado, levou os serviços médicos de empresa passarem a exercer papel vicariante, consolidando-se, tanto como instrumento de criar e manter a dependência do trabalhador e, também, de modo frequente de seus familiares, bem como do exercício direto do controle da força de trabalho.

Assim, a MT clássica surgiu na Inglaterra na primeira metade do século XIX, no decorrer da Revolução Industrial, e se consolidou, nos anos subsequentes, enquanto vertente mais primitiva do direito trabalhista (VASCONCELLOS, 2007, p. 402). Consolida-se no contexto de expansão do direito trabalhista, como resposta técnica às exigências do controle das condições de saúde provocadas pelos processos produtivos, mas que não vai interferir para além das regras normativas estabelecidas nos contratos de trabalho firmados entre patrões e empregados. Desse modo, conforme Vasconcellos e Pignati (2006), vai ser inaugurado um campo médico subserviente às regras contratuais de trabalho e aos interesses do capital produtivo, cujo papel é o de apenas avaliar se a força de trabalho está ou não em condições de se manter na linha de produção.

Segundo Mendes e Dias (1991, p. 342), a preocupação em prover serviços médicos aos trabalhadores passa a se refletir no cenário internacional também na agenda da Organização Internacional do Trabalho (OIT), criada em 1919. Em 1953, mediante a Recomendação 97 sobre a “Proteção da Saúde dos Trabalhadores”, a Conferência Internacional instava aos Estados-membros da OIT o fomento à formação de médicos do trabalho qualificados e a organização de “Serviços de Medicina do Trabalho”. A OIT, em 1954, convoca um grupo de especialistas para estudar as diretrizes gerais da organização dos “Serviços Médicos do Trabalho”. Em 1958, o Conselho de Administração da OIT substitui a denominação “Serviços Médicos do Trabalho” por “Serviços de Medicina do Trabalho”.

Ainda segundo os autores, em 1959 é aprovada na Conferência Internacional do Trabalho, a Recomendação 112ª, sobre “Serviços de Medicina do Trabalho”, que teve como base a experiência dos países industrializados. Tal instrumento normativo internacional passou a servir como referencial e paradigma para o estabelecimento de diplomas legais nacionais. Assim, com base neste documento, os autores vão apontar as características da MT: constitui uma atividade meramente médica, tendo como “locus” de sua prática os locais de trabalho; seu objetivo é cuidar da “adaptação física e mental dos trabalhadores”, supostamente contribuindo na colocação destes em lugares ou tarefas correspondentes às aptidões. A “adequação do trabalho ao trabalhador”, limitada à intervenção médica, restringe-se à seleção de candidatos a emprego e à tentativa de adaptar os trabalhadores às suas condições de trabalho, mediante atividades educativas; à MT é atribuída a tarefa de contribuir para o estabelecimento e manutenção do nível de bem-estar físico e mental dos trabalhadores, conferindo caráter de onipotência da prática médica, condizente com a concepção positivista.

De acordo com Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), a MT, centrada na figura do médico, orienta-se pela teoria da unicausalidade, no qual para cada doença há um agente etiológico. Tal perspectiva, transplantada para o âmbito do trabalho, vai se refletir na propensão ao isolamento de riscos específicos e, assim, atuar sobre suas consequências, medicalizando conforme os sintomas e sinais ou, quando muito, associando-os a uma doença legalmente reconhecida.

Mendes e Dias (1991, p. 343) vão identificar a influência do pensamento mecanicista na medicina científica e na fisiologia, que no campo da das ciências da administração vai sustentar o desenvolvimento da “Administração Científica do Trabalho”, no qual os princípios de Taylor[21], ampliados por Ford, encontram na MT para a perseguição do seu objetivo que é o aumento da produtividade.

[21] Para aprofundamento sobre o tema da Administração Científica do Trabalho, e o pensamento de Taylor e Ford, sugere-se a leitura dos seguintes materiais: BRAVERMAN, Harry. *Trabalho e Capital Monopolista* - A Degradação do Trabalho no Século XX. Tradução de Nathanael C. Caixeiro. Terceira edição. Rio de Janeiro: LTC, 2015; MIRANDA, A. C. Considerações sobre a organização do trabalho no Taylorismo/Fordismo in *Reflexões acerca da situação e dos problemas referentes à crise socioambiental e seus reflexões a saúde humana:* uma contribuição a partir do materialismo histórico e dialético. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, Setembro de 2012; FLEURY, Afonso; VARGAS, Nilton. Aspectos Conceituais in FLEURY, Afonso Carlos Correia Fleury; VARGAS, Nilton. (Orgs). *Organização do trabalho:* Uma abordagem interdisciplinar. Sete estudos sobre a realidade brasileira. São Paulo: Atlas, 1983. p. 17-48.

Com a evolução gradativa dos processos e ambientes de trabalho, por meio da incorporação de novas tecnologias e métodos, passa-se a exigir regras mais complexas, inclusive no referente à preservação da saúde no trabalho. Sendo assim, visando a suprir o enfoque restrito da MT clássica, surge a Saúde Ocupacional (SO), no contexto do pós II Guerra Mundial, principalmente dentro das grandes empresas, cuja resposta vai se traduzir na ampliação da atuação médica direcionada ao trabalhador, para a intervenção sobre o ambiente, com enfoque multiprofissional e interdisciplinar, com ênfase na higiene industrial, refletindo a origem histórica dos serviços médicos e o lugar de destaque da indústria nos países “industrializados” (MENDES; DIAS, 1991, p. 343).

Segundo Mendes e Dias (1991, p. 343), a racionalidade “científica” da atuação multiprofissional e a estratégia de intervir nos locais de trabalho, visando a controlar os riscos ambientais, expressam a influência das escolas de saúde pública, cujas questões relativas à saúde no trabalho já vinham sendo estudadas há algum tempo. O ensino e pesquisa sobre a SO nas escolas de saúde pública são intensificados na metade do século XX, especialmente nos Estados Unidos (Harvard, Johns Hopkins, Michigan e Piisburgh), com forte matriz ambiental. Entretanto, o desenvolvimento da saúde ambiental/saúde ocupacional nas escolas de saúde pública dos Estados Unidos, centrado na higiene ocupacional, não se deu de forma complementar, mas acompanhado de relativa desqualificação do enfoque médico e epidemiológico da relação trabalho-saúde.

Segundo os autores, apesar do modelo de SO ter se desenvolvido para atender a uma necessidade da produção, ele mostrou-se insuficiente para atender tais objetivos, devido aos seguintes fatores: tal modelo mantém o referencial no mecanicismo, tal como a MT; não concretiza o apelo à interdisciplinaridade, mas suas atividades apenas se justapõem de modo desarticulado e são dificultadas em virtude das lutas corporativas; a capacitação de recursos humanos, a produção de conhecimento e de tecnologia de intervenção não acompanham o ritmo da transformação dos processos de trabalho; o modelo mantém a abordagem do coletivo dos trabalhadores enquanto “objeto” das ações de saúde; e a manutenção desse modelo no âmbito do trabalho, em detrimento do setor saúde.

Conforme aponta Vasconcellos (2011, p. 404), no período que vai do surgimento dos Estados de bem-estar social, na metade do século XX, até o advento

das políticas neoliberais, especialmente após os anos de 1980, a tendência era de uma maior expansão das regras protecionistas do trabalho do que sua retração, em virtude do contexto da guerra fria e em resposta aos movimentos dos trabalhadores identificados com as ideologias de esquerda. Neste contexto, as regras de proteção à saúde no trabalho se ampliaram e aprimoraram, seguindo a tendência das políticas de bem-estar social e sob a chancela da OIT.

O autor ainda vai chamar atenção para o fato de que, sob a influência da OIT, os Estados modernos instituíram uma intervenção sobre a saúde no trabalho calcado nos campos trabalhista (proteção) e previdenciário (reparação), cujas políticas públicas de caráter contributivo estavam vinculadas às instituições estatais responsáveis pela regulação do trabalho e da previdência social, ficando a política de saúde pública à margem desse processo, fazendo com que, ao longo de grande parte do século XX, as situações de danos decorrentes do trabalho deixassem de ser alvo da saúde pública, em seus aspectos normativos, epidemiológicos, institucionais e políticos.

2.1.1. E no Brasil?

Neste item, pretende-se discutir como surgiram e se desenvolveram as políticas sociais relacionadas ao trabalho e saúde no Brasil, levando-se em consideração a particularidade histórica da formação do capitalismo no país, caracterizado pela dependência e subordinação, o que fará com que essa constituição carregue as marcas dessa particularidade histórica.

Nesse sentido, Behring (2003, p. 86-87) vai apontar a contribuição da reflexão seminal de Caio Prado Júnior, em que se destacam temas como o sentido da colonização, no qual, segundo o autor, o processo de colonização serve a acumulação originária de capital nos países centrais. Os períodos imperial e da república não vão modificar significativamente tal tendência de subordinação e dependência ao mercado mundial, contudo modificam-se as condições dessa relação. Assim, para o autor, a acumulação originária, a colonização e o imperialismo, são momentos de um sentido geral, no qual a sociedade e a economia se organizam para fora e vivem ao sabor das

flutuações de interesses e mercados longínquos. Outro tema central para o autor é o peso do escravismo na sociedade brasileira, marcando de forma deletéria a cultura, valores, ideias, ética, estética e ritmos de mudança. Nesse aspecto, a autora destaca o conceito de trabalho na sociedade brasileira, ainda hoje marcada pela desqualificação enquanto definidora da relação entre capital e trabalho no país.

Por fim, ainda segundo Behring (2003), Caio Prado Júnior, utiliza como conceito orientador de sua análise o de desenvolvimento desigual e combinado, segundo o qual observa-se no Brasil uma "formação social na qual sobressaem ritmos irregulares e espasmódicos, desencontrados e contraditórios", numa espécie de caleidoscópio de muitas épocas" (IANNI,1992, p. 60). Assim, conforme Ianni (1992, p. 63), o Brasil moderno é "o presente que se acha fortemente impregnado de vários passados."

Behring vai apontar que Carlos Nelson Coutinho, oferece importantes elementos para pensar a contribuição pradiana para o pensamento social brasileiro e a tradição marxista. Segundo o autor, Caio Prado Júnior, em sua obra historiográfica, visa à compreensão do Brasil moderno investigando "o presente como história" (apud BEHRING, op. cit, p. 87), o que implica numa análise da gênese e perspectivas do presente. Nesse sentido, o autor vai identificar a existência de conceitos acerca de transição e modernização implícitos na obra de Caio Prado Júnior e que o mesmo reconhece como traços nãoclássicos na passagem do Brasil para o capitalismo. Assim, Carlos Nelson Coutinho vai lembrar que, no âmbito da tradição marxista sobre as vias não clássicas, encontram-se os conceitos de "via prussiana", de Lenin, e de "revolução passiva", em Gramsci, contudo o autor não dispunha de arsenal categorial rico no âmbito do marxismo, o que obviamente não retira seu mérito enquanto pioneiro na interpretação marxista da história brasileira.

Ainda segundo Carlos Nelson Coutinho, Caio Prado Júnior identificou a adaptação brasileira ao capitalismo por meio da substituição lenta do trabalho escravo pelo trabalho livre nas grandes unidades agrárias, numa "complexa articulação de 'progresso' (a adaptação ao capitalismo) e conservação (a permanência de importantes elementos da antiga ordem" (COUTINHO apud BEHRING, 2003, p. 87).

Desse modo, ele vai se aproximar do conceito de via prussiana, bem como do de modernização conservadora[22], de Moore Jr.

Em relação à proximidade de Caio Prado Júnior com Gramsci, Carlos Nelson Coutinho vai ressaltar que o autor em sua análise acerca da estrutura de classes no Brasil e da condução política dos processos de mudanças, marcadas sempre por processos de conservação, aproxima-o do conceito gramsciano de revolução passiva, segundo o qual as mudanças são forjadas “pelo alto”. Behring vai sinalizar que o que é fundamental para Carlos Nelson Coutinho na obra de Caio Prado Júnior foi o lançamento de uma compreensão marxista da via não clássica da transição do capitalismo no Brasil. Contudo, segundo o autor, ele dá uma ênfase muito grande aos elementos de conservação, de reprodução do velho, especialmente em suas obras mais maduras, levando-o a subestimar a envergadura da industrialização no país e as transformações estruturais dela decorrentes, alimentando certo estagnacionismo. Outra lacuna apontada pelo autor estaria no debate sobre democracia política. Nos dois últimos aspectos, o autor vai observar a influência do ambiente da esquerda no seu tempo. Entretanto, o autor aponta que “sem a obra de Caio Prado a interpretação marxista do Brasil seria muito pobre” (COUTINHO apud BEHRING, 2003, p. 88).

Outro autor fundamental para a compreensão da formação do capitalismo no Brasil, é Florestan Fernandes. Segundo Behring (2003, p. 89-90), o autor segue a linha teórico-metodológica inaugurada por Caio Prado Júnior, contudo entre os dois intérpretes do Brasil há diferenças temporais e conceituais, apesar de existirem preocupações comuns e claros fios de continuidade.

Florestan Fernandes, em sua obra *A revolução burguesa no Brasil*, vai definir a revolução burguesa enquanto um processo estrutural e não como um episódio histórico, na qual o padrão burguês se converte em uma necessidade histórico-social, gerando transformações na economia, na sociedade e no Estado, baseada numa complexa base psicocultural e política. No caso brasileiro, embora alguns móveis do

[22] Segundo Coutinho (2006, p.173), o conceito de “modernização conservadora” foi elaborado pelo sociólogo norte-americano Barrington Moore Jr, no qual ele distingue entre diferentes caminhos de trânsito para a modernidade, um que leva à criação de sociedades liberal-democráticas, outro que leva a formações de tipo autoritário e mesmo fascista. Embora não cite nem Lenin nem Gramsci, Moore Jr. distingue os dois caminhos valendo-se de determinações análogas àquelas apontadas pelos dois marxistas – ou seja, entre outras, a conservação de várias características da propriedade fundiária pré-capitalista e, consequentemente, do poder dos latifundiários, o que resulta do fato de que a ‘moderna’ burguesia industrial prefere conciliar com o atraso a aliar-se às classes populares.

capitalismo tenham sido introduzidos no contexto do estatuto colonial, só é impulsionado com a criação do Estado nacional, e, por isso, advém a importância da Independência para o mesmo.

Segundo Florestan Fernandes (2006, p. 50), a importância da Independência refere-se ao fato de que o poder deixará de manifestar-se como imposição de fora para dentro, para organizar-se a partir de dentro, trazendo como aspecto revolucionário elementos de ruptura com a heteronomia. Contudo, ao seu lado coexistiam elementos conservadores, cujo propósito era a preservação e o fortalecimento da ordem social que não possuía condições materiais e morais suficientes para criar um padrão de autonomia necessário para o florescimento de uma nação. Sendo assim, o aspecto revolucionário inspirado no liberalismo vai ser solapado pelo "predomínio de influências histórico-sociais que confinavam a profundidade da ruptura com o passado", que, mesmo sendo tolhido ou deformado, se converteu no "fermento histórico" do comportamento social inteligente (FERNANDES, 2006, p. 51).

De acordo com o autor, o liberalismo será absorvido pelas elites nativas de modo singular: primeiro, a questão da equidade será apropriada enquanto emancipação dos estamentos senhoriais das limitações do estatuto colonial e realização de certo status desfrutado por eles, sem a incorporação das massas; na visão de soberania, supõe-se que há uma interdependência, vantajosa e consentida, contudo apenas encobria modalidades evidentes de subordinação, que não foram suprimidas e nem alteradas, fundamentalmente, com a extinção do estatuto colonial; o Estado passa a ser visto como instrumento de internalização dos centros de decisão política e de institucionalização das elites nativas dominantes. Sendo assim, se o liberalismo, entre a utopia e a ideologia, trouxe, nos primórdios da formação do Estado nacional brasileiro, aspectos positivos, tais como a mudança no horizonte cultural das elites nativas ou a organização moderna dos poderes, por outro lado não conseguiu dinamizar, profundamente, a construção de uma ordem social nacional autônoma. Ao contrário, a formação social brasileira, segundo o autor, tem como característica: a heteronomia, ou seja, a dependência.

Florestan Fernandes vai mostrar o significado da Independência e de seu componente cultural liberal para a formação da sociedade e do Estado nacionais, a partir do modo como o senhor colonial metamorfoseia-se em senhor-cidadão,

elemento exclusivo da sociedade civil, no qual os outros não contavam. Desse modo, a democracia não era uma condição geral da sociedade, mas era aprisionada no âmbito da sociedade civil, do qual apenas faziam parte os estamentos, que se utilizavam do Estado nacional nascente para patrocinar seus interesses gerais.

Behring (2003, p. 93) vai apontar o trabalho de Roberto Schwarz, que, segundo ela, aprofunda e reforça a questão apresentada por Florestan Fernandes, ao apresentar a crítica da literatura brasileira, em especial da obra de Machado de Assis, no trabalho intitulado *As ideias fora de lugar*. Neste trabalho, ele demonstra a tensão existente entre as ideias liberais – difundidas associadas ao trabalho livre – e uma sociedade escravista. Segundo o autor, a retórica liberal europeia entre os brasileiros trata-se de uma comédia ideológica, uma impropriedade, um escândalo no país do favor, do clientelismo, da escravidão. Para ele, “o favor é nossa mediação quase universal” (apud BEHRING, 2003, p.94), desmentindo os ideários liberais e criando um padrão particular na relação entre as classes e segmentos de classe, bem como das instituições do Estado, que disfarça a violência das relações de produção no Brasil, desde a escravidão aos dias atuais. Sendo assim, o liberalismo no Brasil não opera como ideologia que falseia a realidade. Nas condições brasileiras, o liberalismo perde o pé da realidade, tornando-se um despropósito ornamental, num contexto de cumplicidade alinhada pelo favor. Assim, Behring vai dizer que o desacordo entre representação e contexto é funcional para a coesão social e a dominação das elites econômicas-políticas, cuja lepidez gravita em torno de ideias produzidas no centro do capitalismo mundial. Tanto, que segundo Schwarz (apud BEHRING, 2003, p.94), no segundo Império, “as ideias liberais não se podiam praticar, sendo ao mesmo tempo indescartáveis”. E mais: “Por isso, pouco ajuda a insistir na sua falsidade. Mais interessante é acompanhar-lhes o movimento, de que ela, a falsidade, é parte verdadeira”.

Desse modo, Behring vai apontar que, para o autor, é fundamental para conhecer o Brasil a apreensão de tais deslocamentos no campo das ideias, delineando as relações sociais: “vividos e praticados por todos como uma espécie de fatalidade”.

Em continuidade ao pensamento de Florestan Fernandes, para o autor a expansão interna do capitalismo brasileiro se deu em virtude de sua posição prévia na economia mundial, contudo os ritmos de ímpeto modernizador, diferenciações no

interior das classes e capacidade de concretizar utopias foram definidas a partir de dentro. Assim, o Estado brasileiro nasceu sob o signo de forte ambiguidade entre o liberalismo formal como fundamento e o patrimonialismo como prática, com vistas à garantia dos privilégios das elites dominantes. Nesse sentido, Behring vai dizer que as políticas sociais no país acompanharam essa dinâmica própria do Estado brasileiro.

Com a Independência, foram criadas as condições para o florescimento do espírito burguês, portanto não em sua plenitude e sem romper com as relações econômicas com o mercado externo, o que resultou em uma não equiparação entre autonomização econômica e autonomização política. Sendo assim, nessa nova situação tem-se uma ordem legal e política controlada de dentro para dentro, e uma economia heteronômica e voltada para fora. Assim, é marca estrutural do capitalismo brasileiro a heteronomia e, à medida que este capitalismo se consolida a modernização (conservadora), tende a mantê-la. Segundo o autor, o processo de metamorfose das elites agrárias, no sentido do seu aburguesamento, foi acompanhado por uma aceitação dos controles estrangeiros na vida econômica do país, a qual "processa-se sob forte identidade de interesses e, até, sob laços profundos de lealdade e de simpatia” (FERNANDES, 2006, p. 122).

Behring (2003, p. 76-77), sem pretender esgotar o debate estabelecido por Florestan Fernandes, realiza uma síntese dos pontos que considera fundamentais para se pensar a política social no Brasil: a transição do capitalismo condicionado pelos dinamismos do mercado mundial é marcada pela adaptação do sistema colonial aos novos tempos. Destaca como aspecto duradouro na nossa forma social a incongruência entre as normas legais e as normas práticas, o que pode ser exemplificado pelo fato de que, naquela época, coexistem a escravidão e os privilégios da aristocracia agrária e o status de cidadão, preconizado pela ordem social competitiva. Esta última perspectiva adquire força com a desagregação do regime escravista e eclode no movimento abolicionista, limitado política e ideologicamente, sendo hegemonizado por um espírito de elite que delimitava o horizonte do conflito sem as massas, sem se irmanar com os negros e mulatos, mas ao contrário, disciplinando-os : “fortalecendo-se os laços que prendiam os homens aos seus níveis sociais, aos correspondentes códigos de honra e ao mito de que o Brasil é

ingovernável sem a versão autocrático-paternalista do despotismo esclarecido" (FERNANDES, op. cit, p. 122).

A lentidão no avanço de um setor novo e da urbanização revela os entraves do poder político e social da aristocracia agrária ao processo de modernização, no qual, entre uma visão de modernização acelerada e os interesses senhoriais, prevaleceu uma acomodação intermediária, no qual barganhava-se certa contenção da heteronomia nos níveis econômicos e técnicos, assim como uma contenção do mercado interno moderno, neutralizando as vantagens de criação de um Estado nacional. Assim, garante-se o controle do ritmo da modernização a favor dos antigos senhores e uma acomodação de formas econômicas opostas.

A transição para uma via não clássica para o capitalismo no Brasil será marcada por uma visão estreita do dinamismo do mercado interno e visava impedir qualquer crescimento a partir de dentro. Prevaleceram os interesses do setor agroexportador, e o ímpeto modernizador não foi capaz de engendrar um rumo diferente, visto que tais mudanças não se davam contra tais setores, mas por meio de uma aliança com eles.

A persistência do trabalho escravo impactou no surgimento do trabalho livre e nas possibilidades políticas de um processo mais rápido e radicalizado de transição, com participação mais contundente do movimento operário: "em vez de fomentar a competição e o conflito, ele nasce fadado a articular-se, estrutural e dinamicamente, ao clima de mandonismo, do paternalismo e do conformismo, imposto pela sociedade existente, como se o trabalho livre fosse um desdobramento e uma prolongação do trabalho escravo" (FERNANDES, 2006, p. 228). Assim, o autor vai apontar o que caracteriza como drama crônico típico do capitalismo à brasileira, no qual

> as impossibilidades históricas formam um círculo vicioso, que tende a repetir-se em quadros estruturais subsequentes. Como não há ruptura definitiva com o passado, a cada passo este se reapresenta na cena histórica e cobra seu preço, embora sejam muito variáveis os artifícios da conciliação (em regra, uma autêntica negação ou neutralização da "reforma") (FERNANDES, 2006, p.238).

Para o autor, a crise do poder oligárquico-escravista inaugurou um processo de transição, criando as bases para a materialização do poder burguês no país, que, ao invés de criar instituições próprias, vai convergir para o Estado, buscando exercer pressão, orientar e controlar a aplicação do seu poder político, segundo interesses

particulares. Portanto, a burguesia brasileira que não é “paladina da civilização ou instrumento da modernidade” (FERNANDES, 2006, p.240), vai optar por mudanças graduais e adaptações ambíguas, “polarizada por preocupações particularistas e de um entranhado conservantismo sociocultural e político” (FERNANDES, 2006, p.241), no qual Behring vai acrescentar o conservantismo social. Por outro lado, segundo o autor, a influência modernizadora externa não ultrapassava os limites da criação de uma economia competitiva satélite, de modo a não despertar o sonho de independência e revolução nacional, que entrariam em conflito com a dominação externa.

Desse modo, segundo Florestan Fernandes (2006), os interesses internos e externos convergiam e alimentavam uma dimensão autocrática do exercício do poder político. Se as diferenças intraelites foram acomodadas e toleradas, quaisquer manifestações vindas dos de baixo, mesmo que dentro da ordem, eram vistas como desafios insuportáveis. Florestan Fernandes refere-se a uma consolidação conservadora da dominação burguesa no Brasil, o que observa-se por meio da imposição desta sobre a classe operária marcada pela repressão ou pela cooptação/corrupção. “Isso faz com que a intolerância tenha raiz e sentido políticos; e que a democracia burguesa, nessa situação, seja de fato uma ‘democracia restrita’, aberta e funcional só para os que têm acesso à dominação burguesa.” Sendo assim, o autor coloca que, no contexto do difícil capitalismo dependente, o horizonte histórico da burguesia brasileira, foi ou será suficientemente amplo para a realização de uma revolução nacional e democrática.

2.1.2 Questão Social, Trabalho e Saúde no Brasil: a emergência da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional

Neste item, pretende-se discorrer sobre a emergência da “questão social” no Brasil, a partir da sua particularidade histórica enquanto capitalismo dependente e a constituição das políticas sociais, especialmente as relacionadas ao trabalho e à saúde.

Conforme vimos anteriormente, o processo de independência do Brasil se deu a partir de um acordo pelo alto entre os donos do poder, excluindo-se o protagonismo popular e utilizando-se do uso intensivo da coerção estatal. Além disso, o país manteve intacta sua estrutura econômica de monocultura agroexportadora e de exploração da força de trabalho escrava, sendo o último país a abolir a escravidão nas Américas.

Segundo Castelo, Ribeiro e Rocamora (2020, p. 18-19), no processo de extinção da escravidão no Brasil – que segundo os autores, não deve ser resumida meramente a um ato formal de assinatura da Lei Áurea, em 1888, mas enquanto um longo processo de determinações internas e externas – ocorreram lutas de resistências de escravos e escravas contra a exploração e opressão. Utilizando como referência Clóvis Moura, os autores vão destacar as lutas populares e quilombolas, com a radicalização dos movimentos abolicionistas, que contou com a participação direta de homens e mulheres libertos da escravidão, em que havia uma pauta de reivindicações que incluía a reforma agrária e o atendimento de necessidades sociais, como saúde, educação, moradia e outras. Ou seja, “a pressão dos de baixo também criou abalos estruturais na ordem vigente; sem elas, o sistema já apodrecido poderia persistir por mais algum tempo” (CASTELO; RIBEIRO; ROCAMORA, 2020, p. 21).

Segundo os autores, o trabalho escravo coexistiu com o trabalho assalariado, combinando formas de exploração das classes baseadas em métodos de coerção econômica e extraeconômica. Tal coexistência entre modos de produção na formação econômico-social brasileira extrapolava o campo, estando presente no artesanato e nas manufaturas nascentes dos centros-urbanos. Assim, escravos e operários conviveram e viveram, de modo desigual, a opressão, a alienação e a exploração nos mesmos postos de trabalho e locais de moradia. Na formação do proletariado brasileiro, há um amálgama entre a escravidão e o trabalho livre – que anos depois se transformaria no trabalho assalariado – cujas raízes sociais encontram-se nos indígenas, negros e imigrantes europeus. Além disso, escravos e trabalhadores livres lutaram juntos no fazer-se da classe trabalhadora brasileira, contra o então decadente escravismo e o nascente capitalismo dependente. Conforme Clóvis Moura (apud CASTELO; RIBEIRO;ROCAMORA, ibidem, p. 20),

> Do ponto de vista em que nos colocamos em relação ao escravismo tardio o exemplo é significativo, pois demonstra como já existiam escravos

> trabalhando como operários e se associando a entidades de trabalhadores livres e, em contrapartida, a iniciativa de uma dessas entidades [Imperial Associação Tipográfica Fluminense] no sentido de modificar o status do seu associado, concedendo-lhe o título de cidadão.

Desse modo, apontam que a luta de classes no Brasil encontra-se intimamente imbricada com a questão racial e que tal particularidade não pode ser negligenciada, sob pena de reproduzirmos uma perspectiva eurocêntrica acerca da "questão social". Florestan Fernandes (apud CASTELO; RIBEIRO;;ROCAMORA, ibidem, p. 21) vai apontar a essência teórica e as consequências políticas da particularidade histórica da "questão social" no Brasil.

> Se a classe tem que ser forçosamente o componente hegemônico, nem por isso a raça atua como um dinamismo coletivo secundário. A lógica política que resulta de tal solo histórico é complexa. [....] Classe e raça se fortalecem reciprocamente e combinam forças centrífugas à ordem existente, que só podem se recompor em uma unidade mais complexa, uma sociedade nova, por exemplo. Aí está o búsilis da questão no plano político revolucionário.

Leonardi e Hardiman (1991, p. 83-84), em seu livro *História da indústria e do trabalho no Brasil – Das origens aos anos 20*, ao abordarem o processo de industrialização no Brasil e a formação da classe operária, apontam que a burguesia brasileira vai surgir no último quartel do século XIX e que, diferentemente dos países industrializados em que as burguesias surgiram anteriormente ao proletariado e produziram esta última classe como sua antítese, por meio da revolução industrial, as burguesias locais já nasceram, simultaneamente com o proletariado dos países dependentes. Sendo assim, a burguesia brasileira surgia espremida entre o imperialismo em expansão e o proletariado em formação. Inclusive, apontam uma contradição específica desse processo: o fato de que a penetração do imperialismo, à medida que enfraquecia as burguesias nativas, fortalecia e concentrava o proletariado no setor industrial mais dinâmico desses países.

Em 1904, quando foi criado o Centro Industrial do Brasil, o proletariado já vinha tentando, há mais de dez anos, organizar-se em partido político próprio, mostrando que já no início do século XX, em São Paulo, Rio de Janeiro e em outras regiões do país, havia realizado alguns congressos nacionais e lançado as bases da Confederação Operária Brasileira, em 1906. Por outro lado, a fragilidade da burguesia nascente foi assinalada, segundo os autores, por M. Saenz Leme (Idem), que coloca que a organização do proletariado em entidades de classe era superior à do patronato,

cuja organização era impulsionada nos momentos de greve operária, bem como para poder lidar com as associações proletárias. Eles observam que, ainda segundo a mesma autora, somente em 1932, com a criação do Partido Economista, os industriais se organizaram politicamente a nível nacional, contudo logo após foi interrompida pelo golpe de 1937.

Com a revolução de outubro de 1917, segundo os autores, abriu-se um novo momento na correlação de forças entre as classes, emnível mundial, com repercussões nas relações entre burguesia e proletariado dos países dominados pelo imperialismo, inclusive no Brasil.

Se na Europa as transformações sociais e políticas burguesas foram acompanhadas por uma verdadeira revolução no sistema de produção industrial, o mesmo não se verificou nos países dependentes, de modo geral. Tal fato se deu em virtude de condições sociais, econômicas, culturais e políticas próprias de uma nação recém-egressa da dominação colonial e do escravismo, o que impediu uma industrialização plena no Brasil, ou seja, sobre bases preponderantemente nacionais e sob a direção de uma burguesia capaz de defender seu próprio mercado, inserindo-se na Divisão Internacional do Trabalho enquanto classe dirigente de uma nação soberana.

Sendo assim, os autores vão dizer que o caráter da burguesia brasileira não deve ser entendido somente por meio do estudo das suas relações com o capital financeiro internacional, mas, também, por meio do estudo das relações que foram se estabelecendo entre a burguesia nascente (antes de 1929) e o proletariado que foi se formando no país como classe, à medida que prosseguia o processo de crescimento industrial iniciado no final do século XIX.

Conforme já apontado anteriormente, nas primeiras fábricas brasileiras, era comum a presença do operário ao lado de escravos, diferente da Europa, em que os proletários modernos surgiram junto com as primeiras fábricas. Desse modo, o fato do proletariado ter surgido no âmago de uma sociedade escravista dificultou e entravou, durante muitos anos, o processo de constituição de sua formação enquanto classe.

Assim, segundo os autores, até meados do século XIX, certas empresas industriais, tanto nacionais como estrangeiras, não empregavam trabalhadores livres.

Outras utilizavam-nos somente para trabalhos especializados, deixando para os escravos os trabalhos mais pesados.

Ainda, segundo os autores, eram utilizados vários tipos de trabalho escravo. Os “escravos de ganho", relativamente autônomos, custeavam seu sustento e viviam como ambulantes. Contudo, eram obrigados a entregar parte do seu ganho a seu dono, concretizando sua condição de escravo (LEONARDI; HARDIMAN, 1991, p. 91). Havia os escravos “da nação” e os pertencentes às municipalidades, no qual o governo fixava suas condições de trabalho, existindo leis que regulamentavam questões acerca do tipo de alimentação que lhes devia ser fornecida, tipo de indumentária, tratamento etc. Após a abolição da escravatura, surge a categoria dos “africanos livres”, confiscados pelo Estado, sendo alugados a particulares e seus salários destinados, teoricamente, à sua repatriação. Tais categorias opunham-se ao trabalho operário, necessariamente livre e assalariado.

Apontam que no século XIX, ainda no tempo do Império, tinham-se as primeiras categorias de proletários brasileiros: ferroviários, operários da construção civil, estivadores, portuários, têxteis e gráficos. O setor têxtil já era bem mecanizado e empregava máquinas a vapor, o que leva os autores a considerarem os operários deste setor a primeira categoria de verdadeiros proletários industriais modernos brasileiros.

Quanto às condições de vida e trabalho dos primeiros proletários, eles apontam que não eram melhores do que a dos muitos escravos que com eles produziam nas mesmas fábricas e onde viviam em alojamentos idênticos. Trabalhavam treze, catorze e até quinze horas diárias, sem direito ao descanso semanal remunerado aos domingos, sem direito às férias anuais. Com a introdução da luz elétrica, em Pernambuco, as jornadas de trabalho tornaram-se excessivamente longas, havendo fábricas têxteis em Recife, por volta de 1900, cuja carga horária chegava a dezessete horas por dia.

Por outro lado, havia um alto grau de controle social exercido pelo patronato sobre a vida desses primeiros proletários.

Ainda segundo Leonardi e Hardiman (1991), os primeiros proletários industriais, em geral, possuíam um nível de vida inferior ao dos trabalhadores livres que o precederam. Em 1858, os operários imigrantes que trabalhavam nas fábricas ao lado de escravos recebiam apenas a quarta parte do salário de um mestre pedreiro,

que, inclusive, segundo eles, era inferior ao salário de um servente de obras na mesma época. Nos anos de 1840 e 1850, quando da construção de diversas fábricas têxteis, o pagamento de salários a operários era uma excepcionalidade, havendo referência ao pagamento de salários a todos os operários de uma fábrica têxtil somente em 1866.

No período anterior ao surgimento das primeiras fábricas, já existiam no Brasil, além dos escravos, inúmeros artesãos e operários de manufatura (sapateiros, seleiros, carpinteiros, serralheiros, ourives, oleiros), que eram proprietários de suas ferramentas e instrumentos de trabalho e, em geral, comercializavam diretamente seus produtos. Não havia, ou era mínima, a divisão do trabalho no processo produtivo. A presença do escravo no artesanato tornava ainda mais peculiar essa produção no Brasil.

Já na construção naval, verifica-se uma divisão do trabalho acentuada, o mesmo se dando nas manufaturas têxteis. Utilizavam como energia a força humana, sendo que em alguns casos as manufaturas têxteis utilizavam a energia hidráulica. Apesar de não haver mecanização nesses dois casos citados, encontravam-se como trabalhadores alguns operários especializados e muitos ajudantes, assalariados, na maioria das vezes.

Quanto à origem social dos primeiros proletários, os autores apontam, que os mesmos eram recrutados, nos anos anteriores a 1888, entre as camadas pobres da população urbana. A partir de 1840, à medida que cresciam as fábricas de tecido, crescia também o número de mulheres e de menores nas indústrias, cujos salários eram inferiores ao dos homens. Tais menores eram recrutados nos asilos de órfãos e nas instituições de caridade, e muitas dessas crianças não tinham mais que dez anos de idade e trabalhavam a mesma carga horária dos adultos.

Além dos menores, empregados, especialmente, das indústrias têxteis, os proletários eram originários do campesinato pobre, principalmente em cidades isoladas do interior. Também, ocorreu a proletarização de certos artesãos, arruinados pela concorrência e pelos baixos preços dos produtos similares, industrializados. Ainda segundo os autores, nas primeiras décadas ao longo de 1840-90, os operários especializados eram, em geral, recrutados na Inglaterra. As doenças tropicais, especialmente a febre amarela, atacavam-os imediatamente após a chegada, fazendo com que a inadaptação desses trabalhadores e o salário mais alto, obrigasse os

industriais a procurarem formar rapidamente os próprios operários nacionais. Assim, nos anos de 1890, o papel dos operários ingleses já era bem reduzido, encontrando-se no Brasil profissionais capazes de substituí-los. Nesse período, encontravam-se em São Paulo e Rio de Janeiro trabalhadores especializados sendo executados por brasileiros ou por imigrantes não britânicos, geralmente italianos, alemães, espanhóis e portugueses.

Os autores ressaltam que, de modo geral, o número de operários imigrantes aumentou a partir da abolição, contudo antes desse período eles já encontravam-se em boa quantidade nas fábricas, apesar de se encontrarem em proporções ainda resumidas, se comparado ao período posterior. Tal fato, contudo, segundo eles, não deve obscurecer o fato de que os trabalhadores imigrantes foram fator determinante na formação do mercado de trabalho brasileiro até a década de 1920, visto a concentração dessa indústria dar-se basicamente, no Rio de Janeiro e São Paulo, onde era elevadíssima a percentagem de estrangeiros nos diferentes ramos industriais. Isso, segundo os autores, torna-se importante destacar, de modo a não se pensar que haviam somente trabalhadores imigrantes nos períodos iniciais da industrialização, como afirmam, tradicionalmente, alguns autores.

Foi tamanha a exploração a que se viam submetidos os primeiros proletários, que seu nível de vida tornou-se inferior, em geral, ao dos demais trabalhadores livres da sociedade brasileira da época. Sem nenhum direito, os primeiros proletários às vezes reagiam violentamente contra a pessoa dos contramestres e dos patrões. Num segundo momento, a resistência à exploração desenfreada deixa de ser um ato isolado para ganhar a maioria dos operários de certas fábricas, e até mesmo de toda uma localidade. Assim, segundo os autores, vão surgir, já na primeira metade do século XIX, as primeiras organizações operárias: as associações mutualistas. O objetivo era sobreviver, e era o que se tentava fazer organizando o socorro mútuo em caso de doença e de acidentes, ou a ajuda pecuniária nos anos de velhice, no caso de enterro de parentes próximos etc. Assim, o proletariado dava início ao longo e lento processo de sua formação como classe.

Com a Constituição de 1824, foi extinta a organização corporativa de ofícios no país. As primeiras mutualistas surgiram, segundo eles, na década seguinte e não eram corporações de tipo artesanal, mas formaram as primeiras organizações operárias, o que atesta que, ainda que sob forma embrionária, o proletário procurava

constituir-se como classe, tentando, para tanto, formar suas primeiras associações independentes das demais classes sociais.

Os objetivos fixados pelos associados são a ajuda mútua e o auxílio aos necessitados, portanto os mesmos objetivos das antigas confrarias. Contudo, segundo os autores, têm-se como diferença radical entre esses dois tipos de organização o fato de que nas confrarias, em função do seu princípio corporativo, encontravam-se organizados, lado a lado, patrão e empregados. Já nas mutualistas, a organização era iniciativa dos empregados, que estavam na origem do socorro mútuo, que iria se desenvolver nas décadas de 1850-80. Além das associações mutualistas, várias sociedades abolicionistas surgiram em 1860, nas quais trabalhadores livres das cidades tiveram, certamente, segundo os autores, sua presença. Em Salvador, foram criadas, em 1869, a Sociedade Libertadora 7 de setembro e a Sociedade Humanitária Abolicionista, conjuntamente com a Sociedade Protetora dos Desvalidos, formada em 1832.

Os autores ressaltam que o mutualismo, apesar de ter surgido por iniciativa dos trabalhadores brasileiros, nem sempre foi uma criação original. Na Europa, o mutualismo constituiu-se numa das primeiras tendências organizadas pelo movimento operário internacional, diretamente impulsionada pelo projeto político do socialista utópico Proudhon. Os proudhonianos e mutualistas estiveram, inclusive, entre os grupos articuladores da Associação Internacional dos Trabalhadores, em 1864.

A partir dos anos de 1870, começaram a surgir associações de um novo tipo: as ligas operárias. Estas se propunham a organizar a resistência dos trabalhadores contra o patronato, sendo, portanto, também conhecidas como associações de resistência. Não tratava-se mais de ajudar-se mutuamente para sobreviver, mas reivindicar, tornando-se uma das novas formas de atuação a greve. Segundo os autores, algumas associações mutualistas, a partir de certo tempo, passaram a cumprir um papel semelhante, não se restringindo ao mero socorro mútuo. Tais associações coexistiram ao longo de todo o século XIX. Eles apontam, que, do mesmo modo que o mutualismo, o aparecimento das ligas de resistência no Brasil esteve relacionada à evolução das tendências do movimento operário europeu, em particular na sua vertente anarquista vinculada aos seguidores de Bakunin.

De acordo com os autores, a primeira greve operária de que se tem notícia foi realizada pelos gráficos dos três jornais do Rio de Janeiro, em 1858: C*orreio Mercantil*,

Jornal do Comércio e *Diário do Rio de Janeiro*. Na época, trabalhava-se quinze horas por dia nas oficinas desses jornais, e a iluminação a gás era precária prejudicando a visão dos que trabalhavam noite adentro. Em dezembro de 1855, o custo de vida havia aumentado muito, data do último aumento de salário dos gráficos. Em 1857, eles pedem novo aumento, que é negado e no dia 9 de janeiro os trabalhadores dos três jornais paralisam totalmente as oficinas e exigem aumento de dez tostões diários. A não ser o pequeno jornal dos tipógrafos, explicando à população os motivos da greve, nenhum jornal circulou nas ruas do Rio de Janeiro. Os patrões solicitam “medidas enérgicas" por parte da polícia e o ministro da Fazenda à época, Souza Franco, disponibiliza as oficinas da Imprensa Nacional aos proprietários dos três jornais, contudo os gráficos que trabalhavam lá, em solidariedade aos grevistas, se recusaram a imprimi-los. Somente após a eclosão do conflito, é que a Imperial Associação Tipográfica Fluminense, uma mutualista fundada em 1853, foi contactada pelos grevistas, tendo o seu presidente tentado uma negociação junto aos patrões, sem êxito.

Os autores também apontam, tentativas de greves em 1857, por parte dos acendedores de lampião, também no Rio de Janeiro; bem como uma tentativa de greve dos colonos da fazenda Ibicaba, em 1856, localizada no atual município de Limeira, em São Paulo.

Também assinalam, que em 1791, já se registrara uma paralisação coletiva de trabalho no Brasil, realizada por escravos (da Casa das Armas) e não por operários livres. No século XVIII e mesmo em períodos anteriores, sinalizam a ocorrência de manifestações desse tipo no Porto de Salvador, contudo referem-se a formas de resistência anteriores ao aparecimento, no Brasil, do proletariado industrial.

Sinalizam ainda uma greve dos ferroviários em 1863, no Rio de Janeiro, e uma dos estivadores, em Santos, em 1877. Em relação ao movimento grevista dos ferroviários, colocam que ele ocorreu na Estrada de Ferro Pedro II e recebeu a adesão dos operários que trabalhavam na construção desta ferrovia, em Barra do Piraí. Foi de tal amplitude que o governo foi obrigado a enviar para a cidade um reforço de quatrocentos soldados da Guarda Nacional.

Nesse período, os autores assinalam, o início de um número considerável de jornais operários, dentre os quais: *O Echo dos Artistas* (1861), no Rio de Janeiro; *Revista dos Tipógrafos* (1864), no Rio de Janeiro; *O Tipógrafo* (1865), em Fortaleza;

O Operário (1869), em São Paulo; *A Locomotiva* (1872), em Recife; *Gazeta dos Operários* (1875), no Rio de Janeiro; e *O Proletário* (1878), no Rio de Janeiro. Tais jornais tinham tiragem e vida reduzida, porém, o papel desempenhado por esta pequena imprensa operária não pode ser negligenciado, no processo de formação do proletariado como classe.

Os autores também sinalizam, que foi nesse longo período anterior a 1888 que surgiram as primeiras ideias socialistas no Brasil. No início, estavam quase sempre desvinculadas do proletariado, sendo propagandeadas por certos intelectuais e não chegaram a se enraizar junto aos trabalhadores.

Em 1888, têm-se como marco histórico, duplamente importantes, o fim do regime de trabalho escravista e a organização racional de um mercado de trabalho assalariado, condições básicas para que as relações capitalistas pudessem dominar plenamente a economia brasileira. Nesse contexto, segundo Leonardi e Hardman, além de organizar o mercado de trabalho, o capital tentava esboçar um sistema de formação profissional, buscando preparar o trabalho de menores aos requisitos da produção, artesanal e fabril.

Em relação às condições de trabalho, os autores vão apontar que se reproduziram, desde os primórdios da indústria brasileira, a combinação de um modo agudo a produção de mais-valia absoluta (via prolongamento máximo das jornadas de trabalho e aumento direto do valor excedente criado pelos operários) e de mais-valia relativa (via utilização generalizada de métodos de redução de tempo de trabalho necessário à produção do valor da força de trabalho e consequente aumento proporcional do trabalho excedente), tal como analisados exaustivamente por Marx em *O Capital*.

Aqui, é importante sinalizar a contribuição de Ruy Mauro Marini (2005, p. 334), por meio do seu conceito de superexploração do trabalho, para caracterizar os métodos de extração do trabalho excedente no capitalismo dependente brasileiro. Segundo o autor, a superexploração do trabalho é marcada pela

> intensificação do trabalho, a prolongação da jornada de trabalho e a expropriação de parte do trabalho necessário ao operário para repor sua força de trabalho — configuram um modo de produção fundado exclusivamente na maior exploração do trabalhador, e não no desenvolvimento de sua capacidade produtiva …nessas circunstâncias, a atividade produtiva baseia-se sobretudo no uso extensivo e intensivo da força de trabalho: isso permite baixar a composição-valor do capital, o que, aliado à intensificação do grau de exploração do trabalho, faz com que se elevem simultaneamente as taxas

> de mais-valia e de lucro…..a característica essencial está dada pelo fato de que são negadas ao trabalhador as condições necessárias para repor o desgaste de sua força de trabalho: nos dois primeiros casos, porque lhe é obrigado um dispêndio de força de trabalho superior ao que deveria proporcionar normalmente, provocando assim seu esgotamento prematuro; no último, porque lhe é retirada inclusive a possibilidade de consumo do estritamente indispensável para conservar sua força de trabalho em estado normal. Em termos capitalistas, esses mecanismos (que ademais podem se apresentar, e normalmente se apresentam, de forma combinada) significam que o trabalho é remunerado abaixo de seu valor[1] e correspondem, portanto, a uma superexploração do trabalho (MARINI, 2005, p. 334).

No Brasil, segundo Leonardi e Hardiman (1991), o aumento e a manutenção de jornadas de trabalho longas foram uma constante, mesmo após as vitórias parciais conseguidas pela classe trabalhadora, em particular com a greve geral pela jornada de trabalho de oito horas, em 1907. No setor têxtil, onde predominava a grande indústria era onde se encontravam, normalmente, os casos limites de jornadas mais extensas. Segundo os autores, agregavam-se a isso a utilização massiva e apropriação pelo capital da força de trabalho de mulheres e crianças, com a submissão por completo da família proletária à produção fabril. Tal procedimento combinava-se com um alto grau de mecanização das fábricas – energia a vapor e teares –, ampliando a produtividade do trabalho. Tal processo combinado ocasionava o crescimento do exército industrial de reserva e a desvalorização da força de trabalho, o que fazia com o que o setor têxtil apresentasse as taxas mais baixas de salário em relação aos ramos de vestuário, metalurgia e calçados, perdendo apenas, em 1919, para o setor de produtos alimentares.

Ainda segundo os autores, o aumento da produtividade do trabalho também era alcançado por meio da intensificação do ritmo das máquinas e pela coação extraeconômica e violência (castigos corporais, ameaças, dispensa do emprego, multas, rígida disciplina do trabalho etc.). Desse modo, os autores vão apontar que

> no Brasil, a autocracia do capital e do sistema de máquinas ganhava contornos extremamente primitivos e bárbaros, próprios de uma burguesia como a nossa, filha legítima do agrarismo escravagista, súdita menor da expansão imperialista dos monopólios" (LEONARDI; HARDIMAN, 1991, p. 136).

Os autores vão retratar as condições de trabalho na grande indústria têxtil, que representava à época o lado mais avançado das relações capitalistas de produção no Brasil, sendo o setor com os maiores índices de concentração de capital,

força de trabalho e força motriz por unidade de produção, bem como as maiores taxas de valor de produção, seja por fábrica ou setor.

> violências sexuais contra meninas e mulheres por parte de mestres e contramestres eram denunciados rotineiramente na imprensa operária. As prepotências e agressões físicas dos chefes e mestres contra menores eram a norma também no caso das indústrias de vidro, de pequeno e médio porte…..Além da violência física contra os menores, eram comuns as punições, o alcoolismo e doenças como tuberculose e a sífilis. Inexistia qualquer higiene nos locais de trabalho. As águas eram insalubres e a temperatura da fornalha chegava a um grau insuportável, dentro de um barracão de zinco sem janelas nem ventilação. O ar era totalmente poluído pela poeira de vidro, além dos cascos espalhados no chão (LEONARDI; HARDIMAN, 1991, p. 136).

Em contraste com a grande indústria têxtil, segundo os autores, existiam setores onde a separação entre o capital e trabalho não tinha plenamente se configurado, no qual havia um amplo e disperso setor de oficinas e pequenas empresas de base técnica artesanal. Por um lado, possuíam baixo grau de concentração de capital e de operários, mas por outro lado, era quantitativamente o setor mais representativo, no sentido de aglutinação de estabelecimentos industriais, no conjunto do país. Nele encontravam-se os ramos da construção civil – tipo de trabalho altamente qualificado na época, diferente da estrutura atual do ramo –, do mobiliário, gráfico, calçados etc. Nesse setor, predominava o uso de ferramentas e da habilidade de um ofício especializado.

De acordo com os autores, as condições de trabalho nessas pequenas empresas e oficinas eram, em geral, péssimas. No ano de 1917, o órgão da Associação Graphica, no Rio de Janeiro, exigia o cumprimento de dispositivos legais da Higiene Pública contra as condições ambientais das oficinas cariocas, nas quais os trabalhos dos gráficos se dava em locais escuros, mal iluminados, “casebres velhos, cheios de buracos, onde alguma ratazana dá o último suspiro, entrando em estado de putrefação e exalando um cheiro pestilento, que reclama os serviços da profilaxia”. (LEONARDI; HARDIMAN, 1991, p. 137-138). Até mesmo na antiga Imprensa Nacional, empresa estatal e uma das maiores do setor, em 1907, o diretor do Instituto de Assistência à Infância constatou que das quarenta e seis crianças ali empregadas, na faixa etária de 12 a 14 anos, apenas quinze não tinham tuberculose.

De acordo com os autores, no período referente a 1888 a 1920, era a ordem privada dos interesses particulares da burguesia industrial quem determinava o regime de trabalho fabril, visto que as poucas disposições legais e jurídicas estatais

sobre o assunto eram, na prática, letra morta, exemplificando o caso das leis sanitárias de 1911 e 1917, que jamais foram cumpridas pelas empresas; bem como a lei federal de 1891, que regulamenta o trabalho infantil nas fábricas.

Nesse sentido, Behring e Boschetti (2007, p. 79-80) apontam que até 1887 não se registra nenhuma legislação social no Brasil. Em 1888, há a criação de uma caixa de socorro para a burocracia pública, inaugurando uma dinâmica categorial na constituição de direitos que será a tônica da proteção brasileira até os anos 60 do século XX. Em 1889, os funcionários da Imprensa Nacional e os ferroviários conquistam o direito à pensão e às férias de 15 dias, o que se estenderá aos funcionários do Ministério da Fazenda no ano seguinte. Em 1891, é criada a primeira legislação para a assistência a Infância, que regulamenta o trabalho infantil, que, conforme apontado anteriormente por Leonardi e Hardiman (1991), jamais foi cumprida, e que segundo as autoras vai confirmar uma tendência da distância entre intenção e gesto no que se refere à legislação social brasileira. Em 1892, os funcionários da Marinha adquirem o direito à pensão.

Ainda segundo Behring e Boschetti (Op. cit., 2007), na passagem para o século XX vai ocorrer a formação dos primeiros sindicatos, inicialmente na agricultura e nas indústrias rurais a partir de 1903; e, dos demais trabalhadores urbanos a partir de 1907, momento em que se é reconhecido o direito de organização sindical. Tal processo, segundo as autoras, se dá sob a influência dos imigrantes que trouxeram as ideias do movimento anarquista e socialista europeu para o país. Essa presença no cenário político e social vai promover mudanças na correlação de forças, levando a que em 1911 seja legalmente reduzida a jornada de trabalho para 12 horas, mas que não foi assegurado Em 1919, é regulamentada a questão dos acidentes de trabalho no Brasil, contudo a mesma foi tratada via inquérito policial e com ênfase na responsabilidade individual em detrimento das condições coletivas do trabalho.

Segundo Matta, Cordeiro, Oliveira e Vasconcellos (2011, p. 176), o início da legislação previdenciária brasileira se dá após a Primeira Guerra Mundial, momento em que o Brasil torna-se signatário do Tratado de Versailles e integrante da OIT, assumindo o compromisso de adotar os preceitos de amparo ao trabalhador lá consagrados. Além disso, vai corresponder à conjuntura interna marcada pelo início das grandes manifestações operárias nos centros industriais no país, com a ocorrência de greves desde 1907, agravadas com a greve geral de 1917, que vai se

prolongar em sucessivos movimentos até 1920. Portanto, é nesse cenário de fortalecimento do movimento operário que, segundo os autores, será promulgada a primeira lei de acidentes de trabalho brasileira – à qual refere-se Behring e Boschetti (2007) anteriormente –, por meio do Decreto nº 3724, de 15 de janeiro de 1919.

Segundo os autores, essa lei vai instituir critérios indenizatórios para algumas atividades, bem como a obrigação de as empresas contribuírem para um seguro contra acidentes de trabalho, sob a responsabilidade de companhias privadas. Até a promulgação desta lei, era responsabilidade do acidentado recorrer à autoridade policial para a abertura do inquérito, a partir do qual seria apurada a responsabilidade do fato, dando início ao processo judicial “para definir a procedência da demanda e compulsoriedade ou não da indenização” (SANTOS apud MATTA; CORDEIRO; OLIVEIRA; VASCONCELLOS, 2011, p.177). O Código Civil de 1916 era quem servia de base legal para tal procedimento. Em seu artigo 159, dispunha que “aquele que por ação ou omissão voluntária, negligência, ou imprudência, violar direito, ou causar prejuízo a outrem, fica obrigado a reparar o dano" (MATTA; CORDEIRO; OLIVEIRA; VASCONCELLOS, 2011, p. 177). Segundo os autores, tal conceito de reparação do dano fundamenta-se na culpa subjetiva, que é individualizada e deve ser comprovada e referendada para a reparação do dano.

Desse modo, os autores vão sinalizar que, apesar de a lei ter significado algum avanço, visto inserir na pauta jurídica e política as relações saúde-trabalho, ela não ultrapassa de todo o princípio subjetivo ao definir como acidente de trabalho aquele produzido por causa súbita, violenta, interna e externa ao exercício laboral. Sendo assim, cabia à vítima, no caso o trabalhador, o ônus da prova da culpa do empregador. Assim, passava-se da comprovação da existência de culpa do empregador para a comprovação da ausência de culpa, pois a lei exclui da obrigatoriedade de indenização casos de força maior ou de dolo da própria vítima ou de estranhos. Portanto, na prática, não havia indenização.

Além disso, conforme enunciado na referida lei, para que houvesse a garantia da indenização, era necessário a admissão de causa única da morte ou dano provocado pelo acidente, contudo, via de regra, é que o acidente apresenta múltiplas causas. Sendo assim, os conflitos relativos aos acidentes de trabalho mantinham-se na esfera privada, apesar da existência de um instrumento legal que os

regulamentasse, visto que havia que provar causa, culpa ou ausência de culpa. (MATTA; CORDEIRO; OLIVEIRA; VASCONCELLOS, 2011, p. 177-178).

Em 1923, é criada a Lei Eloy Chaves, considerada um marco da previdência social brasileira, que cria as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), para algumas categorias estratégicas de trabalhadores, como os ferroviários e marítimos.

As CAPs eram sociedades civis e, portanto, a participação do setor público era mínima, sendo sua administração efetuada por um colegiado formado por empregados e empregadores. Seu financiamento era tripartite e os empregados contribuíam com um percentual sobre seus vencimentos, os empregadores sobre a parcela bruta da empresa e o Estado com recursos advindos de uma taxa adicional sobre o setor de negócios das empresas às quais pertenciam as CAPs. Sendo assim, não se constituía propriamente um política pública, visto sua fundação se dar no âmbito do mercado, sendo de caráter privativo nos quais envolvia as partes - patrões e empregados (MATTA; CORDEIRO; OLIVEIRA; VASCONCELLOS, 2011, p.177, p.179).

Pena e Gomes (2011, p. 114) sinalizam que, no período de 1911 a 1919, foram criados os primeiros serviços de medicina do trabalho, nas fábricas de São Paulo, com características curativas, havendo desconto de 2% sobre os salários para cobrir tais custos.

Segundo Iamamoto e Carvalho (1993, p. 134), em 1925 é criado o Conselho Nacional do Trabalho. A legislação do trabalho, em 1926, passa à alçada do Congresso Nacional, por meio de Emenda Constitucional, rompendo parcialmente com a ortodoxia liberal da primeira Constituição Republicana brasileira e abrindo caminho para que o Estado passasse a intervir sobre regulamentação afeta ao mercado de trabalho. Assim, conforme os autores, neste ano e no ano seguinte, são aprovadas leis que cobrem parcela importante da chamada “proteção ao trabalho”, como lei de férias, acidente de trabalho, código de menores, trabalho feminino, seguro-doença etc. Contudo, a precária aplicação dessa legislação restringia-se aos dois principais centro urbanos e a alguns setores, especialmente não industriais, como ferroviários, marítimos e portuários, de grande participação estatal, assim como referem-se a setores vitais à agroexportação, tornando aparente a diferenciação da ação integrativa a partir do Estado sob a hegemonia de setores voltados a essas atividades.

De acordo com os autores, no contexto da Primeira República (1889-1930), a principal resposta do Estado aos movimentos desencadeados pelo proletariado, mediante sua incapacidade em propor e implementar políticas sociais eficazes, se deu por meio da repressão policial. Assim, a violência do Estado será uma constante na trajetória das lutas do movimento operário “como o mais eficiente instrumento de manutenção da paz social necessária à acumulação capitalista”. (IAMAMOTO; CARVALHO, 1993, p. 135).

Behring e Boschetti (2007, p. 81) vão apontar que, do final do século XIX ao início do século XX, é necessário compreender que o nosso liberalismo à brasileira não comportava a questão dos direitos sociais, que foram incorporados sob a pressão dos trabalhadores e com enormes dificuldades para sua implementação e garantia efetiva. Tal situação somente começará a se alterar nos anos de 1920, com mudanças substanciais a partir de 1930.

2.1.2.1 E a Saúde no trabalho?

De acordo com Bravo (2013, p. 111), a saúde no século XVIII no Brasil, que ainda encontrava-se sob o estatuto colonial, era caracterizada pela predominância de doenças e pestilências, dentre as quais a varíola e a febre amarela; bem como por uma organização precária dos serviços de saúde, que em sua maioria, localizavam-se no Rio de Janeiro e cuja prática médica era baseada em conhecimentos tradicionais, não científicos.

Em relação à assistência médica, a autora assinala que ela era pautada nas formas de filantropia ou pela prática liberal. Coloca que a metrópole estimulou a criação das Santas Casas de Misericórdia, por meio de acordo, para o atendimento da população pobre, que possuíam caráter religioso e não tinham finalidade lucrativa.

Nessa época, a autora aponta para o aumento do número de alunos matriculados no curso de medicina da Universidade de Coimbra, visto não haver educação superior no país. Por outro lado, surge o interesse pelo estudo da nossa flora, o que levou vários médicos portugueses a virem para o Brasil, a fim de exercerem atividades profissionais e de pesquisa. Nesse período, a medicina não era

concebida como prática específica e um poder especializado com responsabilidade sobre a situação dos indivíduos e da população, de modo a atuar sobre suas condições naturais e sociais.

Em relação à questão da saúde no trabalho, no período colonial e imperial, conforme já apontado, predominava no Brasil a força de trabalho escrava, sendo esta caracterizada pelos escravistas, segundo Pena e Gomes (2011, p. 90), como plantéis para as atividades agrícolas, nas minas e de serviços. Nas relações de produção das sociedades escravistas não havia relação de compra e venda de trabalho e, portanto, o escravo não era proprietário nem do seu corpo nem mesmo da sua liberdade de viver, sendo os senhores escravistas proprietários, tanto dos meios de produção quanto dos corpos dos trabalhadores. Quanto aos trabalhadores doentes e escravizados, utilizava-se o modelo de prática médica veterinária, a cargo de simples praticantes.

Segundo os autores, a gestão do trabalho escravo era efetuada por meio das mais violentas técnicas de contenção no trabalho e nos alojamentos-cativeiros, cuja principal estratégia de aprisionamento era a senzala. As formas de punição variavam de acordo com os senhores de escravos e respectivos feitores. Tal modo de vida exigia uma reorganização social e cultural para adaptação e acomodação ao regime de cativeiro que se dava pela imposição do medo e do terror por meio de punições, castigos, mutilações, que podiam chegar à castração, retirada dos seios, mortes em rituais públicos, e até mesmo morte por esquartejamento, com o intuito de semear o terror e fazê-los se submeterem a tal “regime típico de animais de carga” (PENA; GOMES, ibidem, 2011, p. 92-93).

Os castigos, conforme os autores, podiam ser individuais ou coletivos e hierarquizados por severidade, podendo chegar ao exílio definitivo, através da venda para regiões longínquas ou a morte.

Diferentemente do mercado da força de trabalho no modo capitalista industrial, o mercado de escravos se organizou, como em qualquer exposição de comércio de animais, expondo os negros aos compradores conforme a idade, o sexo e a força física, com a melhor aparência possível, com vista à valorização do patrimônio. Os compradores avaliavam por meio de inspeções da situação física do escravo, dentição, existência ou não de deformidades e outras indicações de higidez, de acordo com a proposição de uso do trabalho escravo.

Ainda segundo os autores, nesse contexto de violência extrema, as doenças do trabalho eram invisíveis. Segundo as informações disponíveis na literatura, elas se expressavam por meio de desastre epidêmico, alta taxa de mortalidade e constrangimento moral extremo. De modo geral, a violência e o castigo levavam à morte, contudo as altas taxas de mortalidade iniciavam com o transporte nos navios negreiros, em que o escravo não era nem passageiro nem tripulante, e sim carga viva semelhante aos animais transportados. Não à toa, os navios negreiros praticavam o extermínio dos escravos doentes jogando-os no mar. Assim como podiam também ser sacrificados ou lançados ao mar, em casos de tempestades, de modo a reduzir o peso da embarcação, ou, ainda, quando da aproximação de navios de guerra ingleses após a proibição do tráfico internacional de escravos. Nessas longas viagens, os autores colocam que nos porões dos navios, em virtude das péssimas condições de higiene, os escravos ficavam expostos à ocorrência de diarreia ou outras doenças. Muitos desidratavam pela escassez de água, pela desnutrição, pela escassez de alimentos. Segundo os autores, as estatísticas da época apontam que somente metade desses escravos sobreviviam às viagens, bem como as violências infringidas se refletiam na esperança de vida, que em média era de sete anos.

Os escravos morriam com a violência imposta pelos castigos, suplícios, e por doenças como escorbuto, diarreia, doenças pestilenciais e outras endêmicas. O tratamento das doenças era imposto, cuja justificativa estava no fato de serem um valor patrimonial. Caso não houvesse interesse pelo escravo doente ou idoso, em virtude da sua desvalorização enquanto mercadoria, ele podia ser sacrificado ou substituído por outro hígido, adquirido no mercado de escravos. Se houvesse interesse por parte do proprietário, a doença era tratada com terapias aplicadas ao animal de criação. Na luta para manter o cuidado do seu corpo, os escravos utilizavam a medicina tradicional dos povos africanos.

Os autores sinalizam como técnica forçada para manter a saúde do escravo a máscara de ferro ou couro, que era utilizada para impor uma violenta abstinência aos que desenvolviam dependência ao álcool ou para controlar a dieta, impedindo a ingestão de alimento em excesso ou de terra. Além disso, ela também era utilizada como castigo político contra os líderes de revoltas.

Segundo os autores, o banzo – saudades da África – consistia em uma grave depressão, podendo representar a primeira grande epidemia de doença mental relacionada ao trabalho.

Assim, os autores consideram que a origem da medicina de trabalho no Brasil se configura na medicina da força de trabalho escrava, no qual a assistência à saúde se dava por meio de práticas pré-científicas de medicina veterinária aplicadas aos seres humanos em cativeiros.

Em relação às leis referentes ao trabalho escravo e saúde, sintetizam concepções predominantes em pelo menos dois períodos da história do Brasil: Colonial e Imperial, este já sob a influência do movimento abolicionista e a proibição do tráfico de escravos pela Inglaterra.

Na primeira etapa, apontam três marcos regulatórios característicos. O primeiro baseava-se na concepção do escravo enquanto propriedade doméstica do seu senhor e, portanto, o Estado, por princípio, não deveria intervir. Sendo assim, inexistiam leis sobre as condições do trabalho escravo, mas havia uma legislação adequada para a afirmação no Brasil, bem como nas Américas, acerca do cuidado à saúde que legitimava a forma de prática de medicina veterinária para o escravo, que era semelhante ao do escravismo da era antiga.

O segundo aspecto refere-se a uma legislação fazendária de mercado de escravos, que situava o fornecimento de escravos como matéria-prima agrícola, ou seja, enquanto mercadoria e também fonte de impostos para o Estado. Sendo assim, existiam algumas leis destinadas à melhoria das condições dos navios negreiros para aumentar os sobreviventes das viagens e, assim, aumentar a arrecadação de impostos.

A terceira vertente era a predominância de um modo de governo cristão dos escravos, no qual as Monarquias portuguesa e espanhola deixavam nas mãos dos jesuítas orientações não contraditórias com os dois princípios anteriores.

Sob o regime imperial no Brasil, no século XIX, segundo os autores, as leis começaram a amenizar as práticas extremamente violentas da escravidão, em virtude das pressões internacionais. Inicialmente, a intervenção estatal era incipiente e se concentrava na limitação das punições e na melhoria de algumas condições de trabalho e saúde. Com o crescimento do movimento abolicionista, as leis foram, gradativamente, diminuindo o regime escravista, por meio da ampliação das formas

de alforrias, libertando escravos e idosos. Por fim, em 1888 é decretada a abolição da escravatura. Com isso, as práticas de saúde da medicina veterinária aplicada aos seres humanos escravizados também passam para a ilegalidade.

No século XIX, segundo Bravo (2013, p. 112), especialmente a partir de 1850 – período que, conforme já apontamos, começam a surgir as primeiras fábricas brasileiras –, vão ocorrer algumas modificações no âmbito da medicina, inaugurando duas de suas características: penetração na sociedade brasileira e apoio científico indispensável ao poder do Estado. Tal fato relaciona-se a um novo tipo de indivíduo e de população, necessários à existência da sociedade capitalista, que, segundo a autora, está intrinsecamente ligada ao novo tipo de prática médica.

Em meados do século XIX, a situação da saúde era péssima, com alta taxa de mortalidade e a presença de diversas doenças, com destaque para a hepatite, lepra, bouba, febre amarela e escorbuto. Quanto à organização da saúde pública, segundo a autora, foram estabelecidas normas para a vigilância do exercício profissional e realização de campanhas limitadas. Em 1850, é criada uma Junta de Higiene Pública, responsável pela conservação da salubridade, que incorporava os estabelecimentos de Inspeção de Saúde dos Portos do Rio de Janeiro e do Instituto Vacínico. Também, é criada a Comissão de Engenheiros, responsável pelas melhorias sanitárias da Cidade. Em 1851, são criadas Comissões de Higiene Pública em cinco províncias e provedores de Saúde Pública nas demais províncias.

Três correntes de pensamento influenciaram o movimento operário, de 1850 a 1920: o anarquismo, o socialismo reformista e o trabalhismo (BRAVO, 2013, p. 115). Com a Proclamação da República, existe um marco de referência para a organização dos trabalhadores, especialmente nos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia e Rio Grande do Sul, com a participação ativa dos imigrantes.

O trabalhismo predominou na última década do século XIX, tendo como características a conquista de alguns direitos operários.

O socialismo reformista surgiu no último quartel do século XIX, tendo pequena penetração nos meios populares, estando presente em torno de questões intelectuais nos círculos socialistas e suas publicações.

O anarquismo consolidou-se no movimento operário a partir de 1906, com o 1º Congresso Operário Brasileiro, momento em que o anarcossindicalismo torna-se a linha ideológica predominante no movimento operário, após disputa com o movimento

trabalhista. O anarcossindicalismo enfatiza o papel do sindicato não somente como órgão de luta, mas também como núcleo básico da sociedade do futuro, sendo a principal tática a greve geral.

Em relação à saúde, Bravo (2013, p. 115-116) aponta como cada uma dessas correntes do movimento, principalmente o trabalhismo e o anarcossindicalismo, abordou a questão.

Os trabalhistas pleiteavam a assistência médica por meio da reivindicação ao Estado para a construção de hospitais, e a adoção de medidas previdenciárias, com vistas à melhoria da situação de saúde dos trabalhadores. Diversos projetos de leis foram criados com vistas a garantir direitos mínimos à classe trabalhadora. Tal corrente teve como principal marco o 4º Congresso Operário, realizado em 1912 no Rio de Janeiro, tendo sido considerado pelos anarquistas como “congresso pelego”.

Os anarquistas, ao analisarem a Saúde, identificavam nas más condições sociais a razão para as doenças dos trabalhadores e reivindicavam melhores condições de trabalho e de vida. Eles se opunham a utilização da força de trabalho infantil nas fábricas, assim como questionavam a mortalidade precoce dos trabalhadores, os acidentes de trabalho e a ausência de segurança nos empregos. Negavam o Estado, propondo profundas mudanças no sistema social. Repudiavam o cooperativismo, o mutualismo e as sociedades beneficentes – normalmente utilizadas pelos sindicatos e associações vinculadas à corrente trabalhista –, visto desvincularem os sindicatos da sua finalidade de resistência e serem consideradas soluções paliativas e amortecedoras dos problemas sociais. Nos três Congressos Operários ocorridos em 1906, 1913 e 1920, no Rio de Janeiro, foram discutidas as principais questões referentes aos trabalhadores, cujas proposições tiveram a impressão da direção desta corrente no movimento social. Os seguidores dessa corrente eram, em grande maioria, trabalhadores imigrantes.

Ainda segundo Bravo (2013, p. 116), as duas correntes sinalizadas divergiam profundamente na forma de perceber a Saúde e, especialmente, nas formas de encaminhamento das ações reivindicatórias. A trabalhista invocava o direito, a lei, a ética e a consciência humanitária dos representantes do capital. Já a anarcossindicalista recusava a lei, negava o Estado e seus representantes e pregava o confronto direto entre operários e patrões. A luta pela redução da jornada de trabalho, uma das mais antigas reivindicações do movimento operário, era defendida

pelas duas correntes, que consideravam que sua diminuição resultaria em melhoria das condições de saúde e conforto para o trabalhador.

Segundo a autora, em finais do século XIX e início do século XX, vão ocorrer na Saúde a importação e o desenvolvimento de novas técnicas de combate às doenças, fundamentadas nas novas descobertas da bacteriologia, que serão incorporadas às atividades médico-sanitárias. Assim, serão características marcantes deste período a queda dos coeficientes de mortalidade de algumas doenças; o aparecimento das “doenças de massa”; a expansão e reorganização das atividades sanitárias e sua centralização decisória; a penetração progressiva dos novos conceitos de medicina científica; a criação de institutos de pesquisa; e a instalação de novas escolas médicas, que coincide com a influência americana na prática médica brasileira, que até então era influenciada pelos países europeus.

Segundo Lacaz (1996, p. 33), nesse momento os interiores das fábricas e oficinas ainda não eram objeto de intervenção estatal, visto serem considerados espaços privados. Sendo assim, predominavam as ações sobre as condições gerais de vida, visto a precariedade da vida operária, com um perfil de morbimortalidade configurado pelas chamadas “doenças dos trabalhadores”.

Desse modo, somente anos depois, sob a influência dessa “visão bacteriológica”, que as relações trabalho-saúde-doença passam a ser associadas à exposição em determinadas ocupações a agentes químicos, físicos e biológicos, passando a ser objeto sob duas perspectivas: da Medicina legal e da Higiene.

A Medicina Legal vai ocupar-se dos nexos causais entre doenças e riscos inerentes à ocupação dos indivíduos, possibilitando a compreensão entre doenças e acidentes específicos, configurando-se mais tarde na infortunística do trabalho.

A Higiene vai ocupar-se das causas e da prevenção dos seus efeitos e que, aplicada à fábrica constitui-se na higiene do trabalho, ou, com o surgimento da produção em escala, na higiene industrial.

Desse modo, o pensamento norte-americano na saúde vai concretizar-se nos anos de 1920 e 1930, com a ida de sanitaristas brasileiros, financiados pela Fundação Rockfeller para estudarem em escolas de saúde pública de prestígio nos Estados Unidos (EUA), como Johns Hopkins e Harvard, que retornam com o intuito de desenvolver a higiene industrial no país.

Com a Reforma Carlos Chagas, em 1923, no nível do governo federal, as ações referentes à higiene do trabalho passaram a ser atribuição da saúde pública, sendo institucionalmente alocadas no Departamento Nacional de Saúde Pública, órgão vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Tal atribuição, contudo, foi interrompida com a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, em 1930, que passou a assumir essa tarefa e com isso, somente com a Carta Constitucional de 1988 e regulamentação da Lei 8080, a saúde pública consegue resgatar seu papel de intervir no campo do trabalho.

Conforme Bravo (2013, p. 118), é a partir do início do século XX que a Saúde passa a emergir enquanto “questão social” no Brasil, no contexto da economia capitalista exportadora cafeeira, com a expansão do trabalho assalariado adquirindo a forma embrionária característica de uma política social.

Segundo a autora, tais medidas de saúde pública restringiam-se a soluções dos agudos problemas que poderiam comprometer o processo de acumulação na cafeicultura, ou tentativas para responder aos quadros calamitosos de epidemia, que ameaçavam a população em geral e provocavam pressões políticas. Dentre tais medidas, destacam-se as campanhas contra a febre amarela, peste bubônica, varíola, bem como as notificações de doenças, a vacinação obrigatória e a vigilância epidemiológica.

Tal quadro inscrevia-se no jogo de forças existentes no início do século, que modifica-se a partir de 1910, com o desenvolvimento do movimento operário e as características do poder central, que partilhava seu poder com os Estados da Federação, que possuíam relativa autonomia no controle de suas administrações, cabendo ao poder central os socorros médicos e de higiene em casos de calamidade pública.

De acordo com a autora, o período de 1910 a 1920, em virtude da Primeira Grande Guerra mundial (1914-1918) com repercussões no Brasil, será marcado por grandes mudanças. Ocorre vasto crescimento na economia, a partir de 1910, paralelo à deterioração das condições de vida da população, com aumento do desemprego, elevação do preço dos gêneros de primeira necessidade, o que acarretou o aumento das taxas de mortalidade por tuberculose e mortalidade infantil.

No período de 1909 a 1912, há um certo declínio do movimento grevista dos trabalhadores, ocasionado pela repressão policial e a deportação em massa de

estrangeiros, em 1907, além do desemprego urbano que se instalou a partir de 1908. Em 1917, há uma retomada do movimento operário, ocorrendo diversas greves e o surgimento das ligas operárias em São Paulo, ocasionado pela insatisfação popular face ao agravamento das condições de vida.

Conforme Gaze, Leão e Vasconcellos (2011, p. 295), em maio de 1917, reivindicando, especialmente o aumento salarial, trabalhadores têxteis de diversas cidades brasileiras entram em greve contra a "carestia de vida", acompanhados de 20 mil trabalhadores do Cotonifício Crespi, em São Paulo, incluindo na pauta de reivindicação mudanças relativas ao regime de trabalho. Um sapateiro anarquista, José Martinez, é assassinado pela polícia no início da greve, em 9 de julho, cujo enterro transforma-se num dos acontecimentos simbólicos da época, sensibilizando ainda mais o operariado. É criado o Comitê de Defesa Operária (CDP), por editores de jornais anarquistas, dentre os quais *A Plebe*, militantes socialistas e representantes de ligas operárias, decidem organizar uma manifestação no dia do enterro, que reuniu 10 mil trabalhadores que cantavam o hino "A Internacional".

Segundo os autores, tal episódio leva a ampliação da greve para toda a cidade com as seguintes reivindicações: aumento salarial, jornada de oito horas, implementação da semana inglesa (meio período livre aos sábados), direito à organização, remuneração de horas extras e suspensão do trabalho noturno de mulheres e crianças. Após 35 dias de paralisação e a tomada de controle de São Paulo pelo CDP, o governo vê-se obrigado a abandonar a cidade e a negociar com os grevistas, que conquistam 20% de acréscimo salarial e a promessa de redução da jornada para oito horas, mas que não foi efetivada.

A "greve de 1917", de acordo com os autores, resultou em um movimento que se prolongou por três anos, se alastrando por todo o país. Em algumas cidades, como Porto Alegre, os comandos de greve interceptavam cargas de alimentos e redistribuíam entre as famílias e era comum a instalação de barricadas e enfrentamentos contra a repressão.

Segundo Batalha (2000), uma corrente ideológica presente no movimento operário desde finais do século XIX nos principais centros urbanos do país era a corrente católica, que se baseava na doutrina social da Igreja Católica – expressa na Encíclica Rerum Novarum, criada em 1891 pelo Papa Leão XIII –, que buscava subtrair a influência dos anarquistas e socialistas no movimento operário. Tal corrente

defendia posições de defesa do catolicismo, o entendimento entre patrões e trabalhadores e era contrária às greves, fazia tímida denúncia aos males da industrialização e a um virulento antissocialismo. Essa corrente parece adquirir um nítido aumento das suas atividades na década de 1920, em resposta à onda grevista de 1917 até 1919, contudo é somente a partir de 1930 que o autor vai apontar que a corrente passa a assumir uma postura mais militante na disputa pelo movimento sindical.

Em 1918, irrompe no meio militar o Movimento Tenentista, que vai percorrer toda a década de 1920 – com destaque para a Coluna Prestes – Miguel Costa – e incidir nos desdobramentos da Aliança Liberal, expressando o ideário reformista de amplos segmentos pequeno-burgueses urbanos.

A partir de 1920, vai ocorrer um arrefecimento das atividades mobilizatórias do movimento operário, entre elas a greve, pelo menos até o final do governo de Arthur Bernardes, caracterizado pelo estado de sítio e violentíssima repressão às organizações operárias. Sob o estado de sítio, haverá fechamento de sindicatos, prisões de operários e expulsões de líderes estrangeiros,

Em 1922, é fundado o Partido Comunista Brasileiro (PCB), que meses após sua criação é lançado na ilegalidade. Segundo Hardman e Leonardi (1991), o PCB “nasceria da crise do anarquismo, formado pela unificação de cerca de setenta militantes, quase todos oriundos do anarcossindicalismo”. Inclusive, apontam que nos anos iniciais da formação do PCB várias das concepções dos anarcossindicalistas podiam ser encontradas, visto que seu primeiro Comitê Central fora constituído, em sua quase totalidade, de quadros egressos daquela tendência. Isso não significa, que seguindo a tendência Internacional, após a Revolução Russa, não tenha ocorrido no Brasil, uma divisão entre anarquistas e comunistas, sendo este um dos motivos do enfraquecimento do movimento operário nesta década.

O PCB, poucos meses após sua fundação, é lançado na ilegalidade, em virtude de uma medida de exceção que foi prorrogada diversas vezes. Em 1927, retorna à legalidade e lança candidatos próprios, um programa de reivindicações e de luta e mecanismos de divulgação. Também defendia a formação de um bloco operário, no qual diferentes organizações tivessem plataforma unitária, de modo que o proletariado pudesse disputar as eleições como força independente.

Em seu III Congresso, realizado em 1921, o PCB adota a tática da frente única operária estabelecida pela Internacional Comunista. No referente à ação sindical, organiza o Congresso Sindical no Rio de Janeiro, em 1927, com o objetivo de agrupar e unificar as forças dispersas dos trabalhadores. Em 1929, é realizado no Rio de Janeiro o Congresso Nacional do Trabalho, cujo objetivo era analisar o movimento operário e criar a Central Geral do Trabalho do Brasil (CGTB). Tentam ampliar suas bases com a formação da juventude comunista e suas alianças transformando o Bloco Operário em Bloco Operário e Camponês, buscando contato com a Coluna Prestes, que exilara na Bolívia, em 1927 (BRAVO, 2013, p. 120-121).

Assim, segundo Gaze, Leão e Vasconcellos (2011, p. 298), entre 1922 e 1927, a burguesia e a OIT decididas a evitar novas resoluções, como a Revolução Russa, fizeram com que o Brasil vivesse praticamente sob estado de sítio, com a repressão atingindo os trabalhadores e as classes populares, agora consideradas como “classes perigosas”. É nesse contexto, visando a combater a União Soviética, considerada inimiga universal do capitalismo, que vão se realizar iniciativas pontuais com vistas a conciliar dissídio entre patrões e empregados, sendo exemplos a criação dos “Tribunais Rurais”, em São Paulo, em 1922, e do Conselho Nacional do Trabalho em 1923, assim como para atender demandas específicas instituem as CAPs, por meio da Lei Eloy Chaves.

2.1.2.2 De 1930 a 1964

A passagem da década de 1920 para 1930 será marcada, no cenário internacional, pela primeira grande crise do capital, com a “Grande Depressão”, conhecida como “Crise de 1929”, que se estendeu por quase toda a década de 1930, marcada por uma queda abrupta da taxa de lucros, desvalorização de ações nas bolsas de valores, inflação, diminuição do Produto Interno Bruto (PIB), falências de indústrias e altíssimas taxas de desemprego. Somam-se a isto a ocorrência, durante a Primeira Guerra Mundial, da Revolução Russa em 1917, e a consequente “Guerra Fria” no segundo pós-guerra, que vai dividir o mundo – econômica, política

militarmente – em dois grandes blocos de influência: EUA e União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2010, p. 191).

Tal crise vai repercutir no Brasil com uma mudança na correlação de forças no interior das classes dominantes, com a chamada “Revolução de 1930”.

A “revolução de 1930”, na realidade, conforme apontam Behring e Boschetti (2007, p. 105), não deve ser vista como uma revolução, mas como

> uma espécie de quartelada, com um afastamento não muito contundente da oligarquia cafeeira, a qual, por seu peso econômico, era o setor com capital acumulado para investir em outros produtos e impulsionar a diversificação da economia brasileira (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 105).

Coutinho (2006) considera a “Revolução de 1930” como a forma mais emblemática de revolução passiva, via-prussiana e modernização conservadora da história do nosso país. Nela, os setores da oligarquia agrária, não ligados diretamente ao mercado externo, vão deslocar a oligarquia cafeeira da sua posição de fração hegemônica do bloco no poder, cooptam alguns segmentos da oposição da classe média (que se expressavam no movimento tenentista) e empreendem processos de transformação que vai se consolidar a partir de 1937 com a implantação da ditadura do Estado Novo, momento em que se promove, sob a égide do Estado, um intenso e rápido processo de industrialização pelo alto. Ou seja, foi o Estado o principal protagonista da nossa industrialização, por meio de políticas cambiais e de crédito que beneficiavam a indústria, bem como pela criação direta de empresas estatais, sobretudo nos setores energéticos e siderurgia. Portanto, é a partir de 1930 que vai se dar definitivamente a consolidação e generalização das relações capitalistas no país, com a expansão da indústria, que Marx considerava como o “modo de produção especificamente capitalista”.

Conforme apontam Iamamoto e Carvalho (1993, p. 152-153), a crise mundial de 1929 serviu para acelerar o surgimento das condições objetivas e subjetivas que possibilitaram o fim da supremacia da oligarquia cafeeira. A manutenção de uma rígida política de equilíbrio financeiro, que obrigava o abandono a política de defesa dos preços e de subsídios aos produtores (compra de estoques e cancelamento de dívida, etc.), vai gerar um desencontro entre a classe e seus representantes políticos, que vai possibilitar a aglutinação de oligarquias regionais não vinculadas às oligarquias cafeeiras, de setores do aparelho de Estado – principalmente de seu prolongamento militar – e de fração majoritária das classes médias urbanas. Desse

modo, vai se formar uma coalizão extremamente heterogênea que defendia a pauta da diversificação do aparato produtivo e da reforma política, desencadeando o movimento político-militar que dará fim à República Velha, marcando o início da Era Vargas.

Cabe destacar que a “Revolução de 1930” não significou a substituição imediata do acesso ao poder de uma classe para outra, nem se constituiu um novo bloco hegemônico qualitativamente diversificado do anterior, visto que, naquele momento, não havia nenhuma classe ou fração de classe capaz de legitimar-se no domínio exclusivo do aparato estatal ou de traçar um projeto que pudesse integrar ou articular em torno de seus interesses os demais setores sociais por meio de uma política consensual. Assim, segundo os autores, vai abrir-se uma crise de hegemonia, que vai estabelecer o chamado “Estado de Compromisso”, que, mediante uma situação de depressão econômica, deverá tomar iniciativas de modo a garantir a reprodução do capital e as taxas de acumulação das diversas frações burguesas, integrar os setores da classe média urbana, de modo a ampliar as bases de sua participação política e econômica, e estabelecer mecanismos de controle e desorganização do movimento popular em crescimento.

Em termos de política econômica – além de preservar a economia cafeeira que ainda é o eixo principal de acumulação –, ela será orientada de modo a favorecer o sistema produtivo voltado para o mercado interno e para a diversificação da pauta de exportações. Contudo, esse “Estado de Compromissos”, que pressupõe uma autonomia relativa do aparelho do Estado, o qual canaliza para o seu interior as contradições econômicas e sociais do desenvolvimento do capitalismo assumindo um caráter arbitral, não poderá abandonar os interesses globais de fortalecimento de um novo polo hegemônico e de uma redefinição da sua inserção na economia global. Assim, segundo os autores, esse “Estado de Compromissos” estará vinculado, de forma contraditória, “a aplainar o caminho às formas de produção e acumulação que têm por centro a realização interna, especialmente o setor industrial”.

Nesse aspecto, a divisão internacional do trabalho vai impor limites à industrialização, tornando inviável a consolidação de um setor de bens de produção, o que não se constituirá num entrave à sua acumulação, cuja importação de equipamentos modernos para a agroindústria e, especialmente, para a indústria de

transformação vai permitir a rápida expansão e acumulação acelerada de diversos ramos e setores.

Por outro lado, os autores vão apontar que a redefinição da política econômica com vistas a promover medidas para garantir a acumulação vai coincidir com uma conjuntura de acirramento das contradições das oligarquias regionais, mobilização dos setores médios urbanos e a ascensão da organização política e sindical do proletariado. Sendo assim, apesar da existência de correntes no interior do movimento de 1930, que reivindicavam a bandeira da reforma política e o retorno ao estatuto liberal, aparecerá, progressivamente, a incompatibilidade da reordenação econômica com a existência de um sistema aberto a essas tensões.

Nesse contexto, o Estado vai passar a assumir a forma de um corporativismo de Estado, como mecanismo de dominação política, que será a marca da política social formulada pelo novo regime, que se expressará na legislação sindical e trabalhista. Assim, a política social será desenvolvida no pós-1930, cuja novidade não estava apenas na sua intensidade e generalização – inaugurando o momento em que a "questão social" deixa de ser um caso de polícia para tornar-se um caso de política –, mas na sua vinculação a uma estrutura corporativa.

Sendo assim, o Estado vai assumir, paulatinamente, uma organização corporativa[23], trazendo para si os interesses divergentes que vão surgir das contradições entre as diferentes frações dominantes e as reivindicações dos setores populares, para, em nome da harmonia social e da colaboração de classes, repolitizá-las e discipliná-las, a fim de transformá-las num poderoso instrumento de expansão da acumulação capitalista.

Desse modo, os autores vão apontar que a ampliação e generalização do reconhecimento da cidadania do proletariado irão se dar dentro de uma redefinição das relações do Estado com as diferentes classes sociais, o que será acompanhado de mecanismos que objetivam a integração dos interesses do proletariado por meio de canais dependentes e controlados.

---

[23] Coutinho (2006) vai chamar atenção para o fato de que esse modelo corporativo assumido pelo Estado, a partir de 1930, também se dará no modo de representação dos interesses da burguesia brasileira, cuja representação será incorporada ao Estado, por meio de sindicatos análogos ao dos trabalhadores, mas também por meio da criação de diversas câmaras setoriais, exemplificados no Instituto do Açúcar e do Álcool, do Cacau, do Café etc; e que esse tipo de representação se manteve no governo de Juscelino Kubitschek, por meio dos grupos executivos, prosseguindo durante a ditadura militar, mediante ao que Fernando Henrique Cardoso (FHC) chamou de "anéis burocráticos".

É necessário esclarecer, que o fato de o Estado passar a reconhecer a “questão social” como caso de política não significa que ele prescindiu da repressão. Inclusive, os autores vão sinalizar que com exceção parcial dos anos de 1934 e 1935, em função da conjuntura política existente, a repressão à mobilização do proletariado e à sua organização autônoma será constante e aparecerá até mesmo com maior intensidade do que no período anterior. Contudo, ela será acompanhada e complementada por um projeto de integração fundado numa ampla campanha ideológica. Isso demonstra o que Gramsci já nos alertava acerca do Estado-classe: o fato de que ele não pode se reduzir à formação do consenso e a hegemonia tem de ser couraçada de coerção.

Sendo assim, os autores apontam que serão as duas faces desse projeto de integração e de desorganização do movimento operário, a repressão às organizações autônomas e a vinculação dos “direitos do trabalho” à aceitação do sindicalismo controlado.

A ofensiva ideológica contra a organização autônoma do proletariado será uma constante durante todo o período, buscando isolar a classe de sua vanguarda organizada e afirmar o mito do Estado benfeitor, da concessão da legislação protetora do trabalho, o mito do Estado acima das classes e que representa os interesses gerais da sociedade e da harmonia social.

O Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) foi criado em 1930, sendo um dos primeiros decretos do Governo Provisório de Getúlio Vargas, chamado de “Ministério da Revolução”, da modernização e justiça social. Na estruturação deste ministério, o primeiro titular da pasta, Lindolfo Collor, contou com a colaboração de organizações sindicais e de empresários, configurando-se numa estrutura tripartite (GAZE; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011, p. 300-301).

Segundo Mattos (2003, p. 12-13), a criação do MTIC vai marcar a primeira fase das relações entre o Estado e os trabalhadores no primeiro governo Vargas, que compreende o período de 1930-1934, da qual vão originar a quase totalidade das leis, que em 1943, serão reunidas e sistematizadas na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

O MTIC foi responsável pelo novo modelo de sindicato oficial, reconhecido mas tutelado, que inicialmente enfrentou a competição das organizações sindicais autônomas construídas ao longo das três primeiras décadas do século. Tais sindicatos

oficiais tinham objetivos claros que eram o de servir de interlocutores dos trabalhadores junto ao governo e vice-versa, funcionando por dentro do Estado, enquanto órgãos públicos e, portanto, também submetidos às diretrizes das demais instâncias governamentais. Contudo, parcela expressiva do setor organizado da classe trabalhadora não estava disposta a submeter suas tradicionais entidades de classe pelos sindicatos oficiais controlados pelo MTIC, com exceção daqueles que sempre defenderam a adesão ao Estado ou ao patronato, assim como os setores sem qualquer tradição sindical. Com vistas a estimular a criação de sindicatos oficiais, geralmente com pouca representatividade, o Ministério adotou como uma das estratégias para angariar adesões “voluntárias” ao seu modelo de sindicato a estratégia de vincular a concessão dos benefícios das novas leis trabalhistas à representação por sindicatos reconhecidos, deixando que as lideranças mais combativas sofressem a pressão de suas bases para buscarem o reconhecimento do Ministério, sedentos para usufruírem dos benefícios da legislação.

O processo de reconhecimento dos sindicatos, segundo o autor, foi progressivo, contudo os sindicatos sob a influência dos comunistas e trotskistas (primeira das dissidências do PC) e dos poucos anarquistas que restaram resistiram à “Carta Sindical” – nome dado ao registro que oficializava a entidade junto ao MTIC. Entretanto, em 1934, em virtude da pressão das bases somada à possibilidade da participação na Assembleia Nacional Constituinte, levou muitos dos sindicalistas mais combativos a considerarem a possibilidade de estrategicamente buscarem o registro. Isso porque a Assembleia Constituinte, seguindo a visão corporativa do governo, previa, além dos representantes eleitos pelo voto direto, a participação de um grupo menor constituído por deputados escolhidos apenas por associados dos sindicatos oficiais de trabalhadores e empresários, a chamada “bancada classista”.

Contudo, segundo o autor, apesar de um aumento substancial dos registros sindicais, que naquele ano correspondeu a 111 registros, dos 350 sindicatos oficializados na época das eleições constituintes, somente 106 estavam localizados no Rio de Janeiro (capital) e São Paulo, significando que nas áreas de maior concentração do operariado fabril e tradição sindical mais forte a resistência ao enquadramento sindical mantinha-se firme.

De acordo com o autor, na Constituinte, os deputados classistas comprometidos com os sindicatos mais combativos lutaram pela garantia de uma

legislação sindical que assegurasse a liberdade de organização sindical. Contudo, apesar de esses deputados defenderem a unidade sindical e o reconhecimento legal dos sindicatos, eram contrários ao controle do MTIC expresso na lei do sindicato único. Assim, combinando as restrições dos empresários e da Igreja com a luta dos sindicalistas pelo sindicato único, fez com que fosse incluída na Carta Constitucional um dispositivo assegurando a liberdade sindical, mas regulamentações posteriores do preceito constitucional retomaram o caminho da imposição do sindicato oficial. Também, a Constituição vai criar a Justiça do Trabalho, que somente será regulamentada em 1941 (GAZE; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011, p. 301).

Segundo Bravo (2013, p. 128), a Carta Constitucional de 1934 possui caráter liberal-democrático, havendo várias semelhanças com a Constituição de 1891, mas sem extinguir mecanismos que limitassem sua proposta. Preservou o regime federativo, mas garantiu a centralização do poder no governo federal, retirando a excessiva autonomia financeira dos Estados, vigentes na República Velha. Garantiu as eleições por sufrágio universal e direto para todos os cargos executivos e possui teor razoavelmente avançado no capítulo referente aos direitos e garantias individuais, com total liberdade de crença, reunião, associação política e imprensa. Assim, segundo a autora, preparava o caminho para a centralização política que vigiria com o Estado Novo.

Iamamoto e Carvalho (1993, p. 156) vão apontar que neste período, logo após a criação do MTIC, dentre outras medidas, será criada a “Lei dos dois terços”, que torna obrigatória a empresa contar com ao menos dois terços de empregados brasileiros. Tal lei busca, por um lado, recuperar a velha campanha contra a liderança anarquista do movimento operário, que identificava sua mobilização com tumulto provocado por estrangeiros, cuja ação desenvolvida nada tinha haver com a índole dos brasileiros. Por outro lado, buscou acelerar a renovação da força do trabalho por meio da inversão do fluxo migratório, que desde a década de 1920 em virtude do desenvolvimento capitalista da agricultura, este setor passou a “liberar” crescentes fluxos de trabalhadores “livres” para os centros urbanos, engrossando enormemente o exército industrial de reserva.

Esta medida, segundo os autores, além do fato de provocar o evidente rebaixamento do preço da força de trabalho, vai tornar notória uma das principais características do projeto de subordinação do movimento operário, que é a ação do

Estado orientada para a integração desses elementos mais recentes do operariado, oriundos do campo e mais passíveis à retórica paternalista e assistencial.

Neste período, em 1932, foi criada a Carteira de Trabalho, que passa a ser o documento da cidadania no Brasil – garantindo o caráter corporativo e fragmentado do Estado social brasileira –, no qual alguns direitos somente eram garantidos para aqueles que dispunham de emprego registrado em carteira, configurando o que Santos denominou de “cidadania regulada”. Também, nesse período, foi institucionalizado o seguro de acidentes de trabalho e as indenizações por demissão sem justa causa nos setores de indústria e comércio. (GAZE; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011, p. 302).

Em relação à legislação previdenciária, nesse período o poder público substitui as CAPs, limitadas às empresas, especialmente a algumas de maior porte, pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), organizados por categorias profissionais e abrangendo todo o território nacional, adotando, segundo Matta, Cordeiro, Oliveira e Vasconcellos (Ibidem, 2011, p. 180), a via bismarckiana enquanto modelo previdenciário e de disciplinamento do operariado no Brasil. Com a criação do primeiro IAP, em 1933, o IAPM (IAP dos Marítimos) teve início o ciclo de expansão de um modelo previdenciário de corte corporativo e contributivo no país, que se estendeu para a instauração de diversos outros institutos, como o dos bancários (IAPB) e comerciários (IAPC), em 1934 e industriários, em 1938 (IAPI).

Segundo os autores, o modelo de organização das CAPs – que continuou coexistindo com os IAPs – manteve o financiamento tripartite, assim como a finalidade dos institutos continuou a ser o de oferecer benefícios como aposentadorias, pensões e, de forma secundária, a assistência médica. A novidade presente no IAP estava na sua forma de administração, no qual continuava existir um órgão colegiado, constituído de empregadores e empregados, mas agora a indicação e nomeação da presidência do IAP cabia ao poder público.

Os autores apontam dois aspectos em relação aos IAPs. O primeiro refere-se a utilização pelo governo dos recursos da previdência social com vistas à aplicação em investimentos diretos em diversos setores da economia, transformando-a numa das principais forças financeiras propulsoras do projeto de industrialização. Esse modelo de usurpação de recursos rubricados com objetivo claro, direto e específico

se manteve durante as décadas seguintes, tendo seu apogeu no período da ditadura militar, entre 1964 e 1985.

O segundo aspecto apontado pelos autores em relação aos IAPs refere-se ao fato de o sistema ter gerado uma disparidade entre as categorias profissionais, reforçando a diferenciação entre os institutos quanto à qualidade, ao volume de benefícios (aposentadorias e pensões) e aos tipos de serviços prestados (assistência médica, hospitalar e farmacêutica).

Mattos (2003), vai apontar como sendo a segunda fase da relação entre o Estado e os trabalhadores no primeiro governo de Vargas, o período referente à Constituição de 1934, que vai inaugurar um breve período de normalidade institucional, até o segundo semestre de 1935. É o momento das maiores mobilizações sindicais, com o crescimento de greves e engajamento dos trabalhadores organizados na luta pela democratização do país, representada pela Aliança Nacional Libertadora (ANL).

A ANL, criada em 1935, constituiu-se como uma frente popular antifascista e, consequentemente, como combate ao Integralismo – movimento político brasileiro, criado em 1932, de inspirações fascistas, cujo líder era Plínio Salgado –, com forte influência do PCB e dos tenentes de esquerda, cujo presidente de honra era Luiz Carlos Prestes.

A ANL, conforme Mattos, contava com uma participação expressiva dos sindicatos, cujo nível de agitação operária nessa fase pode ser medido pela criação, em 1934, de uma Frente Única Sindical (FUS), liderada pelos comunistas, que em maio de 1935 realizarão um Congresso Sindical Nacional, criando a Confederação Sindical Unitária do Brasil (CSUB). Entretanto, o autor vai apontar que essa e outras organizações sindicais com propostas mais combativas tiveram vida efêmera, pois o avanço das lutas sindicais levou o patronato a abandonar a proposta de autonomia sindical, mas mantendo a autonomia dos seus órgãos de representação tradicionais (associações comerciais e centros industriais), graças ao espaço ocupado no aparelho de Estado. Assim, o empresariado apoia o retorno do controle do MTIC sobre os sindicatos, mas agora com uma violência repressiva devastadora.

Em 1935, os comunistas tentam chegar ao poder por meio das armas, supondo, conforme Bravo (2013, p. 130), uma falsa “situação revolucionária”, conhecida como Intentona Comunista. Sob o pretexto de reprimir o levante da ANL, o

Estado decretou a Lei de Segurança Nacional e implementou o estado de exceção, ao criar mecanismos e tribunais especiais para os presos políticos. As lideranças sindicais mais combativas foram os principais alvos dessa legislação sendo efetuadas o afastamento desses dos sindicatos, por meio da cassação de direitos, prisão ou eliminação física, como a principal garantia para a desmobilização subsequente do movimento sindical. (MATTOS, 2003, p. 18). Contudo não foram apenas as lideranças sindicais os alvos. Para reprimir as manifestações populares, foram efetuadas diversas prisões, torturas, fossem elas anarquistas, comunistas, ativistas sindicais ou opositores do governo.

Entre 1935 e 1942, de acordo com Mattos, inicia-se a fase de completa desmobilização sindical. Dirigentes totalmente submissos às orientações do MTIC assumem a direção dos sindicatos – resultado da intervenção do governo –, não havendo greves por categoria, e a participação das bases nas atividades profissionais é reduzida a quase nada.

Em novembro de 1937, é instaurada a ditadura do Estado Novo (1937-1945), que teve o apoio dos integralistas, do Exército, de setores da Igreja Católica e da elite. O governo fecha o Congresso e suspende as eleições previstas para 1938 e impõe uma nova Carta Constitucional de matriz fascista, fortalece o MTIC, criando, em 1939 uma nova legislação sindical (Lei Orgânica de Sindicalização Profissional) com vistas ao controle dos trabalhadores, por meio de uma organização sindical verticalizada, que reunia trabalhadores por categoria profissional, com estatutos e regimentos padronizados pelo MTIC, e a instituição da contribuição compulsória da contribuição sindical. Em contrapartida, os sindicatos tinham de garantir serviços assistenciais (jurídicos, hospitalares, cooperativas de consumo e de crédito e escolas profissionais). Sendo assim, conforme Gaze, Leão e Vasconcellos (2011, p. 303), os sindicatos do Estado Novo, aos poucos, são acorrentados e cooptados, tornando-se ministerialistas e pelegos.

Em primeiro de maio de 1941, o governo inaugurou a Justiça do Trabalho.

Mattos aponta o período de 1942 a 1945 como o período em que se inicia uma nova fase da relação do Estado com os trabalhadores, no qual é forjado o discurso político trabalhista, que enfatiza a ideia do Estado (e de Vargas) como protetor dos trabalhadores, criando novas e mais amplas bases de apoio. Nesse discurso, apresentava a legislação social como concessão aos trabalhadores e os sindicatos

criados pela clarividência do governante, buscando apagar da memória coletiva dos trabalhadores a tradição de luta do movimento sindical da República Velha.

O autor faz uma crítica às interpretações referentes a essa época, que apontam que, nesse período, teria havido um pacto entre trabalhadores e Estado, no qual os trabalhadores teriam aberto mão da autonomia e combatividade dos sindicatos em prol dos benefícios materiais concedidos pela legislação social. Assim, tomando como base a análise sobre as fases do primeiro governo Vargas, expostas anteriormente, ele vai chamar atenção para duas questões. Primeiro, é o fato de que, entre 1930 e 1935, grande parte da legislação social já havia sido criada e mesmo assim, os trabalhadores e lideranças sindicais mais combativas continuaram a resistir ao modelo de sindicato tutelado pelo Estado. Também, quando na conjuntura da Constituinte muitas organizações sindicais autônomas foram buscar o enquadramento do modelo sindical oficial, isso não significou uma paralisia, mas ao contrário, os primeiros meses de 1935 foram marcados por uma vigorosa mobilização sindical, com grande número de movimentos grevistas, sendo necessário o aniquilamento de lideranças combativas pela violenta repressão para que o conformismo dos “pelegos” fosse instaurado.

A segunda questão apontada pelo autor refere-se à necessidade de se relativizar, as interpretações que afirmam os ganhos materiais adquiridos pelos trabalhadores na conjuntura da sistematização das legislações sociais no contexto do Estado Novo.

Nesse sentido, o autor vai apontar que, especialmente, a partir do esforço de guerra, referindo-se à II Guerra Mundial e à entrada do Brasil nela em 1942, as restrições “temporárias” à legislação trabalhista, com a suspensão de direitos como férias, aumento autorizado da jornada de trabalho, mobilidade de emprego etc., criaram uma intensa exploração operária. Além disso, a alta do custo dos gêneros alimentícios e o desabastecimento geraram um aumento da carestia. Em relação aos salários, os “soldados da produção” – como eram chamados os operários no tempo da guerra –, amargaram um arrocho salarial dos mais severos. Em virtude das restrições da legislação social e do arrocho salarial, principalmente a partir de 1942, surgiram diversos movimentos grevistas, quase sempre organizadas por empresas, e organizadas por comissões de fábrica ou a elas dando origem, indo na contramão dos sindicatos oficiais e enfrentando resistências desses órgãos atrelados ao MTIC e da

própria polícia política. Assim, ele considera que tal processo não deve ser buscado meramente na questão da barganha material, mas deve-se considerar todo o investimento, de cunho cultural, do Estado, por meio do discurso trabalhista e via máquina dos sindicatos oficiais, em apresentar-se como responsável pela “doação” dos benefícios da legislação social, reconhecendo a importância do trabalhador para a nação.

2.1.2.2.1 Trabalho e Saúde na Era Vargas (1930-1945)

Bravo (2013, p. 132) vai apontar, que na década de 1930, identifica-se uma política de saúde de caráter nacional, que se organiza em dois subsetores: o de saúde pública, que será predominante até meados de 1960 e que se centralizou na criação de campanhas sanitárias mínimas para a população dos centros urbanos e, restritamente para o campo; e o de medicina previdenciária, que surgiu em 1930 com a criação dos IAPs e que só virá a se sobrepor ao de saúde pública a partir de 1966.

Segundo a autora, os problemas de saúde pública na época eram intensos e, apesar da criação de um aparelhamento estatal, foi insuficiente para dar conta das reais necessidades de saúde da população, visto que os gastos ainda eram limitados e o modelo sanitarista adotado era muito oneroso.

Em 1930, é criado o Ministério da Educação e Saúde, composto de dois departamentos nacionais: o de Educação e o de Saúde, denominado “Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico – Social”.

No período de 1930 a 1940, foram adotadas para a saúde pública, segundo Bravo, as seguintes alternativas:

a) ênfase nas campanhas sanitárias, que foram suspensas de 1930 a 1934, mas que a partir de 1935 passam a ser elemento central das ações em saúde pública no Brasil, com aspecto de vigilância, combate, utilizando-se de estratégias militares semelhantes à “polícia médica” dos séculos XVIII e XIX;

b) em 1937, o Departamento Nacional de Saúde passa a coordenar os serviços estaduais de saúde dos estados com frágil poder político e econômico;
c) interiorização das ações para as áreas de endemia rural, a partir de 1937, em virtude dos fluxos migratórios de mão de obra para as cidades;
d) criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, em 1937; Serviço de Malária do Nordeste, em 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense (RJ), em 1940; sendo os dois primeiros financiados pela Fundação Rockefeller);
e) reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que passa a assumir diversos serviços de combate às endemias e o controle da formação de técnicos em saúde pública.

É importante ressaltar, que Carvalho (1995, p. 32) aponta que, em 1937, vamos encontrar o antecedente mais remoto dos conselhos de saúde, com a criação da Lei 378, de 13 de janeiro, que institui o Conselho Nacional de Saúde, na estrutura do Ministério da Educação e Saúde, cuja atribuição é o de, junto com o Conselho Nacional de Educação, “assistir” ao Ministério.

Segundo o autor, a existência de órgãos colegiados setoriais vinculados ao Executivo não é uma novidade no terreno das políticas sociais no Brasil, nem exclusivo dessa área. Com composição variada, o autor aponta que tais órgãos, geralmente são denominados de conselhos, sinalizando que o primeiro, que surgiu no período anterior à 1964, no contexto do Estado populista, caracterizou-se pela participação de setores da sociedade nos órgãos de gestão da Previdência Social, constituídos por sindicalistas, patrões e burocratas, dando como exemplo as Comissões de Gestão dos IAPs.

Quanto às ações relativas ao trabalho e saúde, Lacaz (1996, p. 14) vai apontar que a partir de 1930 as ações de controle dos agravos relacionados ao trabalho nas fábricas e oficinas, passam a ser de atribuição do MTIC – conforme sinalizado anteriormente –, sob a influência do paradigma da “organização científica do trabalho”[24]. Tal paradigma assumia naquela época o caráter de paradigma universal

[24] Sugere-se para o aprofundamento do tema as seguintes leituras: BRAVERMAN, Harry. *Trabalho e capital monopolista* – A degradação do trabalho no século XX. Tradução de Nathanael C. Caixeiro. Terceira edição. Rio de Janeiro: LTC, 2015; FLEURY, Afonso; VARGAS, Nilton. Aspectos conceituais. In: FLEURY, Afonso Carlos Correia Fleury; VARGAS, Nilton. (Orgs). *Organização do trabalho:* Uma

– inclusive em países como a URSS –, colocando o aumento da produtividade em "bases científicas", e, mais do que isso, diria que aperfeiçoando o modo de dominação produtiva do capital sobre o trabalho, lapidando a divisão técnica do trabalho visando ao aumento do padrão de acumulação do capital. Nesse contexto, as doenças profissionais e acidentes de trabalho passam a ser objeto da Medicina Legal e considerados infortúnios do trabalho.

Assim, passa a vigorar uma visão instaurada no sentido de privilegiar a ação a partir do espaço privado da fábrica, visto dirigir-se a indivíduos que se adaptem melhor às exigências da produtividade comandada pela "organização científica do trabalho" numa perspectiva de gerenciamento da força de trabalho no âmbito das relações industriais, que terá a contribuição fundamental da Higiene Industrial, cuja atribuição institucional passar a ser do MTIC, por meio da Inspetoria de Hygiene e Segurança do Trabalho do Departamento Nacional do Trabalho, cuja metodologia de ação baseava-se nas inspeções do trabalho, característica do setor trabalho na área até os dias atuais. Contudo, segundo o autor, tais ações do Estado teriam caráter limitado, visto que os principais problemas seriam objeto de ação do "Centro de Saúde da Indústria", lócus privilegiado de atuação.

No ano de 1934, quando é criada a Inspetoria de Higiene e Segurança do Trabalho, são nomeados pelo Ministro do Trabalho os primeiros inspetores médicos do trabalho, com o objetivo de realizarem a inspeção higiênica nos locais de trabalho e realizarem estudos sobre acidentes de trabalho e doenças profissionais, sob a influência do "modelo francês" de inspeção médica do trabalho e das normas advindas da OIT.

Em 1943, Getúlio Vargas criou a CLT, que, conforme aponta Vasconcellos (2011, p.138), "pretendia servir como um conjunto normativo unificador e coerente sobre as questões do direito trabalhista de caráter protetor da força de trabalho".

Segundo o autor, a CLT, já na sua versão original, colocou as questões de saúde no capítulo referente à "Higiene e Segurança do Trabalho", como expressão

---

abordagem interdisciplinar. Sete estudos sobre a realidade brasileira. São Paulo: Atlas, 1983. p. 17-48; e PINTO, Geraldo Augusto. Origens da expressão organização do trabalho. In: *A organização do trabalho no século 20* – Taylorismo, Fordismo e Toyotismo. São Paulo: Expressão Popular, 2007. p. 19-48.

das abordagens teóricas e políticas da época. Este capítulo dividia-se em quatro seções: Introdução, Higiene do Trabalho, Segurança do Trabalho e Penalidades. Para ele, a separação entre a higiene do trabalho e a segurança do trabalho apontam para uma visão fragmentada acerca da saúde dos trabalhadores.

Ao analisar a questão relativa à cisão entre higiene do trabalho e segurança do trabalho, o autor vai apontar algumas razões que podem ter levado a essa distinção.

A primeira possibilidade é a de que a OIT tenha exercido uma influência substancial no que se refere à cisão entre higiene do trabalho e segurança do trabalho na CLT, visto que ela trata da segurança e saúde, de modo separado, em suas convenções.

Além disso, o autor considera que pode ter havido pressões corporativas, visando à demarcação de campo de intervenção, bem como a possibilidade de ter havido uma intenção em manter o campo da higiene industrial (originalmente, mais próxima da saúde pública) com uma atuação mais restrita, distanciando o campo da segurança da saúde e mantendo-a mais próxima do campo trabalhista.

Por outro lado, além das disputas corporativas entre representantes do campo da saúde e de outros campos, o autor considera, e lhe parece ser a razão mais evidente, a decisão de cunho político de tornar a questão da saúde no trabalho como um problema econômico e não sanitário, o que justifica mantê-la sob a rédea do contrato de trabalho os problemas relativos ao comprometimento da vida e da saúde dos trabalhadores em virtude do trabalho. Tal compreensão predomina até hoje e se expressa nos conflitos de competência entre as áreas técnicas, políticas e estatais de saúde e trabalho, mesmo após inclusão do campo da saúde do trabalhador, atribuição do SUS, a partir da Constituição Federal de 1988.

O autor aponta que a CLT, sob o prisma do direito do trabalho, com a força disciplinadora da lei sobre determinadas situações de conflito entre o capital e o trabalho, é um instrumento robusto e diversificado que se pretende harmônico. Sua permanente revisão conferiu-lhe um status sólido de resistência às diversas Constituições brasileiras, inclusive a atual (1988). Seu status de legitimação social atribuiu-lhe, inclusive, uma delegação do Estado à área trabalhista para legislar sobre suas questões.

2.1.2.2.2 De 1945 a 1964

De acordo com Behring e Boschetti (2007, p. 83), a primeira grande crise do capital, com a depressão de 1929-1932, seguida dos efeitos da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), vai trazer mudanças substanciais para o desenvolvimento das políticas sociais nos países capitalistas da Europa Ocidental, consolidando a convicção da necessidade da regulação estatal, tendo no liberalismo heterodoxo de Keynes e seus seguidores a expressão intelectual para a saída da profunda crise, que se combinou com as mudanças no mundo do trabalho com o fordismo, que também vai se generalizar no pós-II Guerra, com novos produtos e processos de produção, assim como por meio da indústria bélica, no contexto da Guerra Fria. Por outro lado, apontam como base subjetiva para a ocorrência do chamado “anos de ouro” do capitalismo a força dos trabalhadores e o novo paradigma socialista que se expandia no leste europeu, gerando um grande pacto social entre os segmentos do capital e do trabalho do setor monopolista, coordenado e sustentado pelo Estado, com governos social-democratas na Europa Ocidental.

Assim, conforme apontam Montanõ e Duriguetto (2010, p. 150),

> Num contexto de aumento acelerado do processo de monopolização do capital, a crise devia ser combatida pelo capital por meio de profundas alterações nos padrões de acumulação e regulação, enfrentando e revertendo a queda da taxa de lucro e combatendo e minimizando a conflitividade social das lutas de classes; os objetivos eram ampliar a acumulação capitalista e legitimar a ordem social vigente.

Conforme Behring e Boschetti (2007, p.9 2), o chamado “consenso do pós-guerra” possibilitou uma aliança entre classes, que só se tornou possível, em virtude do abandono de parte da classe trabalhadora do projeto de socialização da economia. A aliança entre partidos de esquerda e de direita também vai garantir o estabelecimento de acordos e compromissos o que possibilitou a aprovação de diversas legislações sociais e a expansão do chamado Welfare State[25].

[25] Cabe destacar que o termo Welfare State origina-se na Inglaterra e, geralmente, é utilizado na literatura anglo-saxônica. Contudo, existem outras designações, que, segundo Behring e Boschetti (2007, p.96-97), nem sempre referem-se ao mesmo fenômeno e, portanto, não devem ser tratados como sinônimo de Welfare State. É o caso do termo Etat-Providence (Estado – Providência), cuja origem é o Estado Social da França e que assim o designa; assim como Sozialstaat, cujo termo é

Ainda segundo as autoras, a materialização desse “consenso” vai se dar por meio da assunção ao poder dos partidos social-democratas, o que possibilitou a institucionalização de políticas abrangentes e mais universalizadas, baseadas na cidadania, no compromisso governamental através do aumento de recursos destinados à expansão de benefícios sociais, de consenso político a favor da economia mista e um amplo sistema de bem-estar e de compromisso estatal com o crescimento econômico e o pleno emprego. Com base em Pierson, as autoras vão apontar três elementos que caracterizam esse período como “idade de ouro” das políticas sociais: o crescimento do orçamento social em todos os países da Europa pertencentes à Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE); o crescimento incremental de mudança demográfica com o aumento da população idosa nos países capitalistas centrais, o que levou à ampliação dos gastos com aposentadoria e saúde, e pelo aumento da taxa da população economicamente ativa o que mudou a relação contribuinte (ativo) e usuário das pensões (inativo); e, por último, o crescimento sequencial de programas sociais no período.

É importante sinalizar que a origem das políticas sociais – conforme apontamos ao longo deste trabalho – tem sua origem nas reivindicações da classe trabalhadora durante o século XIX, contudo elas foram ampliadas no “consenso pós-guerra”, principalmente pela influência do Plano Beveridge, publicado na Inglaterra em 1942 e que propunha uma nova lógica para a organização das políticas sociais, a partir da crítica aos seguros sociais bismarckianos.

O modelo beveridgiano, segundo Behring e Boschetti (2007, p. 97), criado na Inglaterra objetivando a luta contra a pobreza, é caracterizado por um sistema de proteção social cujos direitos sociais são universais, dirigidos a todos os cidadãos incondicionalmente ou submetidos a condições de recursos (testes de meio), e o Estado deve garantir mínimos sociais a todos em condições de necessidade. O financiamento é advindo dos impostos fiscais (e não da contribuição direta de empregados e empregadores) e a gestão é pública, estatal. São princípios fundamentais desse sistema, a unificação institucional e a uniformização dos benefícios.

---

originário da Alemanha, sendo sua tradução literal Estado Social. Além disso, as autoras sinalizam que os argumentos e a abrangência do Welfare State são permeadas de polêmicas e divergências, inclusive quanto a utilização do termo para designar realidades históricas, sociais e econômicas particulares.

Harvey (apud MONTANÕ; DURIGUETTO, 2010, p. 138) vai denominar de Regime de Acumulação Fordista/Keynesiano o período entre o segundo pós-guerra (1945) até a nova fase de crise capitalista (1973-1974), marcado

> por um conjunto de práticas no processo de produção (taylorismo e fordismo), de controle do trabalho (gerência científica), de novas tecnologias (2ª Revolução Tecnológica), de hábitos de consumo (em massa) e das configurações do poder político-econômico (keynesianismo, Estado Providência, ou de 'Bem-Estar Social').

Montaño e Duriguetto (2010, p. 161) vão sinalizar que o novo padrão de acumulação instaurado no pós-guerra é acompanhado por um novo regime de regulação, que é: sustentado pela relação de trabalho assalariado, nos direitos políticos, sociais e trabalhistas, no estímulo ao consumo de massa, no reinvestimento produtivo do capital, nos sistemas de crédito e juros baixos, com vistas a estimular a produção e o consumo, na institucionalização das lutas de classes e, particularmente, nas funções e tipos de intervenção estatais. Desse modo,

> Processa-se, assim, uma articulação entre o fordismo e o keynesianismo: se Ford implantou a jornada de oito horas e cinco dólares, Keynes desenvolveu as teses de pleno emprego; se Ford enviou, em 1916, "um exército de assistentes sociais aos lares dos seus trabalhadores 'privilegiados'", logo Keynes organizou o sistema previdenciário, os serviços e as assistências sociais, os "salários indiretos". E para isso, torna-se imprescindível atribuir novas funções ao Estado, combinando políticas fiscais e monetárias, e dirigindo essas políticas para o investimento público necessário ao desenvolvimento da sociedade industrial monopolista (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2010, p. 161).

No Brasil, a ditadura do Estado Novo, no período entre 1943 a 1945, começa a entrar em declínio, em virtude das suas opções oscilantes de alinhamento durante a guerra, que num primeiro momento demonstrou simpatias com o nazifascismo. Contudo, por pressão norte-americana e em função das condições geopolíticas e econômicas brasileiras, bem como por pressão de segmentos da sociedade no país, acabou por entrar na guerra em 1942 ao lado dos aliados (EUA, França, Inglaterra, URSS, dentre outros). Entretanto, Behring e Boschetti (2007, p. 109) vão considerar como fatores fundamentais para a decadência do regime a sua incapacidade de coordenar as frações burguesas, mais diferenciadas e heterogêneas após o processo de modernização conservadora desencadeado por Vargas, assim como a nova situação dos "de baixo", e as lutas da classe trabalhadora do campo e da cidade. Além disso, Bravo (2013, p. 136) vai sinalizar que contribuiu para o declínio da ditadura do

Estado Novo a situação dos últimos anos da Segunda Guerra Mundial, com derrotas do nazifascismo, o que vai recolocar para a humanidade a pauta da democracia.

Nesse contexto, Bravo (2013, p. 136) vai sinalizar a ocorrência do crescimento das oposições, com o surgimento de diversos partidos nacionais, instituições de cima para baixo e alguns de dentro para fora do Estado. Em 1944, é criada a União Democrática Nacional (UDN), cuja formação contou com a participação de grupos democráticos, liberais e inclusive socialistas, mas acabou predominando elementos extremamente conservadores. Em 1945, surge o Partido Social Democrático (PSD), predominantemente oligárquico, formado com base na estrutura burocrática do Estado Novo. Sendo assim, segundo a autora, Vargas vai precisar estimular a formação de um partido de "oposição" com forças do centro, em virtude da crise existente, momento em que é criado, em 1945, o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), baseado numa coalização dos sindicatos influenciados pelo governo e forças progressistas, cujas bases eram os operários urbanos e teve forte influência do próprio Vargas. Desse modo, Vargas acaba por participar na criação de duas organizações partidárias, que nunca foram totalmente excludentes.

Segundo Mattos (2003, p. 26), após a entrada do Brasil na guerra, em 1942, Vargas, mediante o aumento das oposições à ditadura, vai promover em 1945 uma série de reformas liberalizantes, com o reconhecimento de diversos partidos – inclusive retirando o PCB da ilegalidade –, a anistia de presos políticos e a convocação de eleições para a Constituinte. Entretanto, o autor aponta que as eleições presidenciais foram colocadas em dúvida, em virtude do crescimento do movimento pró-constituinte com Getúlio na presidência, intitulado "queremismo". Nesse momento, os mesmos grupos de militares que apoiaram o golpe do Estado Novo em 1937 depuseram Vargas em 1945. Dois deles, segundo o autor, disputaram as eleições: o brigadeiro Eduardo Gomes, pela UDN, em oposição a Getúlio Vargas; e o general Dutra, pelo PSD, partido criado pelos governistas, que, mediante o fim da alternativa queremista, acaba recebendo o apoio do PTB na última hora, sob orientação do próprio Vargas, garantindo assim a sua vitória.

Desse modo, conforme destacado por Bravo (2013, p. 136), o processo de restauração democrática em 1945 não significou uma substituição radical dos grupos no poder, embora exigisse uma reformulação político-institucional. Assim, mesmo com a deposição de Vargas, a liderança do processo de redemocratização manteve-se

com a mesma elite política que comandava o antigo regime, que promoveu as primeiras eleições nacionais e a formulação da Carta Constitucional de 1946.

Aqui, mais uma vez, as transformações políticas e a modernização econômico-social no Brasil se constituíram por meio de uma “via prussiana”, por meio de conciliações entre as frações de classes dominantes, realizadas de cima para baixo, conservando-se as relações de produção atrasadas (o latifúndio) e a reprodução ampliada da dependência ao capitalismo internacional. Coutinho (apud BRAVO, ibidem, 2013, p.137) vai considerar, que mesmo nos períodos no qual vivenciamos sob regimes formalmente liberais, como no caso do período de 1945 a 1964, os partidos políticos e os organismos de massa tenderam a quase sempre atuarem como “correias de transmissão” do Estado, através da cooptação do Poder Executivo de seus burocratas e encaminhar a conciliação “pelo alto”. Desse modo, segundo o autor, as tendências à auto-organização popular, quando não eram reprimidas, sofriam a concorrência do Estado que se intitulava como “benfeitor”, que se relacionava diretamente com indivíduos atomizados e não com organizações coletivas.

Com a deposição de Getúlio Vargas, depois de 15 anos no poder, abriu-se um novo período no país, marcado por intensas turbulências políticas, econômicas e sociais, visto que o Brasil havia se tornado um país mais urbanizado, com uma indústria de base significativa, mesmo mantendo sua vocação agroexportadora forte, e um movimento popular e operário mais maduro e concentrado, com uma agenda de reivindicações extensas.

Behring e Boschetti (2007, p. 109) sinalizam que o período de 1946 a 1964 será marcado por uma forte disputa de projetos e pela intensificação da luta de classes. A burguesia encontrava-se fragmentada no que se expressava nas suas organizações político-partidárias, divididas entre a UDN, o PSD e o PTB. A UDN representava mais autenticamente os interesses da burguesia industrial e financeira, com um projeto de desenvolvimento associado ao capital estrangeiro, sendo sua maior liderança o jornalista e deputado Carlos Lacerda. O PSD reunia os grupos agrários tradicionais e alguns segmentos da burguesia industrial que não se identificavam diretamente com os udenistas, mas que com eles faziam alianças pontuais, bem como, eventualmente, com o PTB. Este último, que representava o fiel da balança, constituiu-se como partido centrista e defendia um projeto nacionalista de

desenvolvimento, tendo como inspiração a liderança populista e carismática de Getúlio Vargas, e reunia industriais e segmentos operários e populares nacionalistas. Jânio Quadros apresentava-se como o principal expoente político do PTB. No campo operário, o PCB era a maior organização político-partidária na época, cujo período de legalidade foi brevíssimo e que forjava alianças com o PTB durante os processos eleitorais, com vistas a estimular um projeto nacional de desenvolvimento capitalista como antessala da revolução socialista.

Mattos (2003, p. 31-32) vai apontar que o PCB no contexto do final da Segunda Guerra Mundial, seguindo uma orientação mais geral, buscava aliança política preferencial com forças que derrotaram o fascismo europeu (no caso brasileiro, a própria ditadura de Vargas) e esforçava-se por priorizar a transição política para um regime democrático constitucional, chegando a afirmar-se como o "esteio da ordem". Assim, como diretriz do partido para os sindicatos, solicitava evitar greves, visando à "união nacional" em torno da transição democrática, o que foi explicitado, em 1945, pelo próprio Luís Carlos Prestes, que afirmava a subordinação da tarefa de mobilização popular ao objetivo político de garantir a transição democrática "sem maiores choques e atritos". Diante da passividade dos dirigentes pelegos e da orientação de contenção dos ativistas comunistas, muitas greves surgiram à margem dos sindicatos, por meio das comissões por local de trabalho. Porém, algumas lideranças sindicalistas pecebistas e comunistas, pressionados para manter uma identidade com as categorias que representavam, acabaram por capitanear grandes movimentos grevistas, dentre os quais o dos portuários de Santos, dos ferroviários em várias de suas greves, os têxteis paulistas, ou a grande greve nacional dos bancários, que paralisaram o trabalho por duas semanas, exatamente no momento de posse de Dutra.

O autor vai apontar como sinais do declínio do Estado Novo e de redemocratização do país o fato de que o recém-reorganizado PCB teve um desempenho surpreendente nas eleições para a constituinte, com votação de 5%; e para Presidência da República, cujo candidato, Iedo Fiúza, foi o terceiro colocado na disputa com 10% dos votos. Além disso, aponta como outro sinal, a retomada efetiva das atividades sindicais, cujos índices de criação de novos sindicatos e o nível de sindicalização no período não deixam desmentir. Em 1945, foram criados 873 sindicatos e, em 1946, surgiram mais 66 novos sindicatos. Quanto à taxa de

sindicalização, aponta que em 1945 os trabalhadores sindicalizados somavam 474.943, o que passou a contar 797.691 já em 1946. Entretanto, Mattos vai colocar que várias instituições, mecanismos e propostas do Estado resistiram ao período de redemocratização, sendo a mais significativa herança da ditadura, a manter-se no período democrático, impondo limites à própria democracia, a estrutura sindical.

Em agosto de 1945, é criado o Movimento de Unificação dos Trabalhadores (MUT), por lideranças comunistas que buscaram aliados fora das fileiras do PCB, com o objetivo de criar uma organização intersindical à revelia da legislação. Segundo Mattos (2003, p. 27), consta na edição do primeiro jornal da entidade o resumo dos seus objetivos: “A tarefa do MUT é desenvolver a educação democrática do proletariado, lutar pela liberdade sindical, estimular a sindicalização de todos os setores trabalhistas, apoiar as reivindicações gerais da classe operária e, principalmente, fazê-la compreender na prática as vantagens de sua unidade”.

O MUT, segundo Mattos, propunha a criação de organismos intersindicais regionais, assim como estimulavam uma outra prática, que entre algumas categorias já possuíam longa tradição, que eram as comissões de trabalhadores por local de trabalho. Tais comissões, conforme apontado anteriormente, tiveram papel de destaque em boa parte dos movimentos grevistas deflagrados nesse período.

Em setembro de 1946, ocorreu o Congresso Sindical dos trabalhadores do Brasil, realizado no Rio de Janeiro. Militantes comunistas e vinculados ao PTB, que atuavam em conjunto no MUT, defenderam no congresso uma maior autonomia dos sindicatos. Os grupos ministerialistas retiraram-se do congresso e exigiram do Ministério do Trabalho o seu fechamento. Contudo, os trabalhos continuaram em outro local e foi aprovada a criação da Confederação dos Trabalhadores do Brasil (CTB). Segundo Mattos, o congresso, seguindo formalmente uma linha de defesa da autonomia dos sindicatos frente ao MTIC, mas evitando a ruptura completa com as regras da CLT, em suas resoluções abordou diversos temas, como: estabilidade, direito de greve, participação nos lucros, segurança no trabalho, trabalho da mulher e do menor, seguro social, delegados sindicais e organizações intersindicais regionais, dentre outros.

No referente à liberdade e autonomia sindical, foram aprovadas no congresso resoluções visando à liberdade de organização interna (estatutos definidos autonomamente por seus associados); ao fim do poder de intervenção e restrição às

fiscalizações do MTIC; assim como ao direito de sindicalização à todos os trabalhadores, inclusive os funcionários públicos e trabalhadores rurais. Contudo, seja em razão dos limites dos avanços impostos pela conjuntura ou devido a concordar com as vantagens impostas por certas facetas da legislação (como o monopólio da representação), o fato é, que segundo Mattos, as lideranças mais combativas do sindicalismo de então não se arriscaram a articular um discurso e uma prática de confronto direto com a CLT.

Ao longo de 1946 e 1947, a conjuntura internacional começou a modificar-se lentamente, com impactos na conjuntura brasileira. O clima internacional de bipolarização da guerra fria passa a impregnar os discursos políticos dos governos dos países latino-americanos, especialmente naqueles mais alinhados com a diplomacia norte-americano, como é o caso do Brasil, iniciando uma onda repressiva, que teve início com a cassação do registro do PCB em 1947, que se seguiu do fechamento da CTB e das uniões sindicais estaduais, pelo governo Dutra. Além disso, Mattos sinaliza que o governo promoveu intervenções em mais de 400 entidades sindicais, dando início a mais uma fase de repressão aberta aos sindicatos mais combativos.

Nos anos seguintes do governo Dutra, o movimento operário vai vivenciar um processo de refluxo, caracterizado pelas intervenções do Ministério do Trabalho, pela repressão policial e pela aplicação da legislação que limitava na prática o direito de greve a situações excepcionais. Assim, com a realização de algumas greves isoladas, a retomada das ações grevistas só seria viável em 1951, com o retorno de Vargas ao poder.

Segundo Bravo (2013, p. 138), nesse período teve início no Brasil, o capitalismo monopolista, com a crescente intervenção do Estado na regulação e execução dos mecanismos de acumulação capitalista. O governo Dutra é marcado por representar os interesses da burguesia industrial, no qual foram adotadas diversas medidas de estímulo à expansão industrial. Contudo, segundo a autora, em 1950, em virtude da incapacidade da burguesia nacional em construir a sua hegemonia, Getúlio Vargas vence as eleições e retorna ao poder.

Ainda de acordo com Bravo, o período histórico compreendido entre 1930 até 1964, apesar da existência de diferentes subperíodos, conservou como unidade básica o populismo, com exceção do governo Dutra (1946-1950), marcado por uma

coalizão partidária conservadora, do PSD e da UDN, que tentou eliminar a prática populista. O populismo é a forma política utilizada pelos regimes de natureza burguesa com vistas a implantar seu projeto de poder, sustentado nas massas trabalhadoras. Assim, ela aponta que Getúlio Vargas, em 1950, passa a ter uma nova atitude populista, aproximando-se do proletariado de forma mais política do que paternalista, facilitando o desenvolvimento de um sindicalismo mais livre que veio a encontrar, no início do seu governo constitucional, uma conjuntura mais favorável, ao lado de novos desafios políticos.

Segundo Mattos (2003, p. 33), o arrocho salarial do Governo Dutra – em 1951 o salário mínimo chega ao seu menor patamar desde sua criação, com valor real inferior a 40% do estipulado dez anos antes – fez com que o seu sucessor herdasse uma pressão por reajustes substanciais. Além disso, a manutenção das intervenções gerava a reivindicação pela liberalização dos sindicatos, que se somava à palavra de ordem do direito à greve. As oposições não conseguiam espaço para atuar em virtude da exigência de um “atestado de ideologia” (ficha limpa na polícia política) para os cargos de direção sindical.

Para um governo como o de Vargas, cuja vitória eleitoral se deu com um discurso direcionado à grande massa de trabalhadores urbanos, com forte apelo nacionalista e trabalhista, tais pressões eram mais delicadas. Assim, segundo o autor, em seu segundo governo, Vargas vai destacar a continuidade da “política social” iniciada em 1930, e, para aprofundá-la, pedia o apoio dos trabalhadores. Contudo a época era outra e tanto o nível de mobilização operária quanto a força da pressão oposicionista indicavam que o discurso trabalhista tradicional necessitava de maior radicalidade não sua vinculação com os interesses e organizações dos trabalhadores.

Ainda segundo Mattos (Ibidem, p. 34), os comunistas, postos na ilegalidade em virtude do fechamento do PCB e afastados das direções sindicais, radicalizaram seu discurso pregando uma oposição sistemática, primeiro ao governo Dutra e depois ao de Vargas, denunciado como serviçal dos interesses imperialistas e latifundiários. Na prática sindical, negaram-se a estabelecer uma aliança com os trabalhistas, o que haviam exercitado no fim do Estado Novo, e defendiam a atuação paralela aos organismos sindicais, por meio das comissões de base dos trabalhadores nas empresas e de organismos intersindicais criados, apesar da legislação que os proibia.

Em 1953 acontece a “greve dos 300 mil”, que paralisa São Paulo, representando, segundo o autor, um marco da retomada das mobilizações operárias após seu declínio iniciado no governo Dutra, tendo em vista sua dimensão, pela organização dos trabalhadores nos locais de trabalho e pela criação de um organismo intersindical como seu desdobramento, dentre outros fatores. A atuação do Estado e do patronato – nada surpreendente – atua frente à greve por meio da repressão, contudo o saldo organizativo então alcançado teria repercussão duradoura. Como desdobramento da greve, foi criada a Comissão Intersindical (CIS), que resulta na criação do Pacto de Unidade Intersindical (PUI), utilizada enquanto tática para contornar o impedimento legal para a criação das centrais sindicais. (GAZE; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011, p. 307).

Conforme apontam Gaze, Leão e Vasconcellos (2011, p. 307), Getúlio Vargas se debatia entre duas correntes políticas: a de direita (UDN), que, pressionada pelos EUA, exigia a adoção de uma política liberal no Brasil; e da esquerda, de intelectuais e sindicatos vinculados ao PTB e ao PCB, que defendiam a manutenção de uma política nacional desenvolvimentista. Pressionado, em 1954, Getúlio Vargas se suicida, marcando o fim da Era Vargas. O povo em comoção ataca os jornais de direita e sedes do PCB.

Segundo Mattos (2003, p. 36), o suicídio de Vargas reverteria a força da oposição (UDN), garantindo a vitória eleitoral de Juscelino Kubitschek (JK) pelos mesmos partidos criados por Getúlio Vargas, o PSD e o PTB, assim como restauraria a sua aura de “pai dos pobres” junto aos trabalhadores urbanos. Nesse ínterim, as lideranças comunistas foram obrigadas a rever seu isolamento e buscar alianças. No campo sindical, isto significou a aproximação de comunistas e trabalhistas de esquerda na conquista das direções dos sindicatos e órgãos de cúpula da estrutura sindical, assim como o clima de relativa liberdade democrática que marcaria o governo de JK, abrindo espaço para a fase de mais ampla mobilização sindical conhecida até então.

Em 1956, JK vai assumir a Presidência da República, segundo Mattos, em um contexto em que o Brasil vivenciava uma profunda transformação econômica, o que o governo, por meio de instrumentos de planejamento econômico, vai aprofundar de forma rápida e violenta. Com o lema “50 anos em 5”, ele inaugura os anos JK, mudando, mais uma vez, a face do proletariado brasileiro. Com o crescimento rápido

dos setores metalúrgicos e petroquímicos, assim como a construção de uma nova sede para a capital federal (Brasília), em Goiás, inaugura-se uma acelerada migração campo-cidade, no qual milhares de nordestinos, refugiando-se da fome e do desemprego e buscando melhores condições de vida e trabalho, inicialmente nas cidades da Região Sudeste, passam agora também a irem em direção de Brasília.

A política de industrialização do governo de JK foi marcada pelo favorecimento aos grandes capitais estrangeiros, no qual, mais do que um deslocamento do controle dos empresários nacionais em benefício dos estrangeiros, segundo Bravo (2013, p.140), ocorreu uma verdadeira modificação na estrutura da economia industrial, com o surgimento de um centro hegemônico ligado ao grande capital e à indústria pesada. Tal reorientação da economia, segundo a autora, vai repercutir no sistema político, iniciando um processo de divergências entre as bases sociais e políticas que sustentavam o regime populista e os setores que controlavam as forças produtivas. Por volta da metade do governo JK, vai se constituir uma aliança política postulada pelos nacionalistas, que reuniu a burguesia nacional, políticos populistas e sindicatos em geral sob o controle comunista. Contudo, segundo a autora, tal aliança foi desfeita logo depois, mas influenciou decisivamente os rumos assumidos pelo movimento sindical no país.

Bravo (2013, p. 141) com base em Vieira, vai sinalizar que o programa político de JK, pautava-se na conservação da ordem legal da época e na confiança de um futuro de grandeza nacional para o país, com a adição dos seguintes pressupostos: consolidação do regime democrático, alinhamento com o chamado “mundo livre”, a inevitabilidade do auxílio do capital estrangeiro ao país e o desenvolvimentismo. A política econômica fundada no capital estrangeiro acabou por restringir o espaço de atuação do pequeno empresário e, com o avanço do grande capital, no plano político acabou por gerar um desgaste com a base de sustentação do governo, mantida entre o PSD e o PTB.

As contradições desse modelo de desenvolvimento logo se fizeram sentir. O rápido desenvolvimento sem base de reservas econômicas para garanti-lo, levou ao crescimento da inflação e os trabalhadores continuaram a realizar greves com vistas a repor suas perdas salariais. Segundo Mattos (2003, p. 38), nos primeiros anos do governo de JK o salário mínimo atingiria o mais alto patamar da sua história, mas sobre uma queda em 1960 e cairia ainda mais nos anos subsequentes. Tal fato,

segundo o autor, tinha como principal causa a inflação, em virtude do aumento das emissões monetárias e do endividamento do Estado (interno e externo) necessário para a sustentação dos altos investimentos públicos previstos no Plano de Metas. Por outro lado, o autor aponta que o crescimento econômico gerou uma maior desigualdade social, apresentando dados que mostram que em 1960 os 70% mais pobres da população detinham apenas 20% da renda nacional, contra os 6% mais ricos que detinham 40%.

Segundo Gaze, Leão e Vasconcellos (2011, p. 308), devido à inflação progressiva, os empresários reduziram o ritmo de crescimento, levando a um aumento do desemprego e iniciando uma estagnação da economia. Frente a este cenário, a partir de 1959, os sindicatos sob a liderança dos comunistas propunham as “reformas de base” na estrutura da sociedade.

Segundo os autores, o desenvolvimento econômico brasileiro, com a eclosão das greves operárias sob o comando do PCB, fez os EUA atuarem diretamente no movimento sindical, por meio do Instituto Americano para o Desenvolvimento do Sindicalismo Livre (Iadesil), órgão da Confederação Internacional das Organizações Sindicais Livres (CIOSL). Esse órgão, segundo os autores, treinou 30.000 dirigentes sindicais em cursos de formação sindical, mas que, na realidade, preparava-os para a adesão ao futuro golpe militar de 1964. De acordo com os autores, a estratégia se expressou na cisão do movimento sindical, resultando em três blocos de sindicalistas com as seguintes formações, origens e ideologias: 1)Vermelhos – constituídos pelo PCB e a ala de esquerda do PTB, mesmo grupo que criou o Comando Geral dos Trabalhadores (CGT); eram nacionalistas e defendiam as reformas de base e lideraram as greves até 1964; 2) Os Ministerialistas – vinculados ao MTIC e à central norte-americana American Federation of Labor and Congress of Industrial Organizations (AFL-CIO), que eram em números menores e menos influentes nas fábricas; 3) Democráticos ou renovadores – formados pelo conjunto de conservadores, católicos, militantes da esquerda não alinhados ao PCB e vinculados à CIOSL norte americana. Tinham por objetivo combater os vermelhos e, após o golpe de 1964; desse grupo vão sair os interventores dos sindicatos cassados.

Bravo (2013, p. 142) vai sinalizar que, no governo JK, também entraram na cena política outras organizações populares, com destaque para as Ligas

Camponesas, que rejeitavam a arcaica situação agrária, fundada no latifúndio e na exploração do trabalho rural.

Em 1961, inicia o governo Jânio Quadros, apoiado por uma coligação conservadora (UDN, PL, PTN e PDC), apesar de se apresentar como independente, um homem do povo, extrapolando as fronteiras partidárias. Segundo Bravo (Idem, 2013, p. 142), sua vitória representou um triunfo pessoal do candidato e a derrota dos partidos em geral. Seu programa político centrava-se em alguns temas como a moralização e a austeridade da vida pública, o aperfeiçoamento da democracia, o desenvolvimento econômico de forma equilibrada, independência da política externa, o nacionalismo, a soberania nacional. Também, considerava a necessidade de uma série de reformas, dentre as quais, a reforma agrária, contudo, sempre que questionado sobre o assunto protelava, dizendo que as reformas precisavam de prudência e firmeza.

Conforme a autora, sua curta gestão foi marcada por uma contradição insolúvel: “a austeridade fá-lo-ia agir contra as massas, tendo como aliados a burguesia e outras forças ligadas ao imperialismo e o desenvolvimento político consequente”, e a política externa independente só seria viável se contrapondo aos seus aliados e com a ajuda da classe trabalhadora. Assim, em virtude de seu comportamento considerado como de um líder autoritário acima das classes e partidos, a saída para os seus dilemas foi encontrada na renúncia. Tal atitude levou a um impasse político-militar, no qual diversas forças se posicionaram contrárias à posse de seu vice João Goulart (Jango), dentre as quais os estratos superiores das forças armadas. Sua posse só foi possível devido ao apoio do movimento sindical, pela mobilização liderada pelo então governador do Rio Grande do Sul (Leonel Brizola), pelo esforço de setores democráticos do Congresso e pela sustentação militar do Comando do III Exército.

De acordo com Bravo (Ibidem, 2013, p. 143) o governo de Jango teve como principais metas o desenvolvimentismo, a emancipação econômica, o aumento das exportações, a valorização da agricultura, a realização das reformas de base, o combate à política externa de produção e ao armamento. Ele formulou o primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento (Plano Trienal), visando a identificar os fatores responsáveis pelos problemas econômicos, caracterizando as necessidades da

população. Sua política econômica, segundo a autora, foi conturbada na tentativa de associar a ideologia nacionalista com o capitalismo brasileiro.

De acordo com Gaze, Leão e Vasconcellos (2011, p. 309-310), Jango em 1962, ao lado dos sindicalistas que haviam garantido a sua posse, vai apoiar os vermelhos na disputa eleitoral para a Confederação Nacional dos Trabalhadores da Indústria (CNTI), que sai vitoriosa. A chapa vitoriosa pede como retribuição ao presidente a realização de uma reforma ministerial e combinam uma greve com vistas a pressionar a democratização dos ministérios e a substituição dos seus titulares por aliados dos trabalhadores. Tal greve sai vitoriosa, e, após um mês, o Congresso aprova o 13º salário; e em seguida o Comando Geral de Greve, por decisão do 4º Congresso Nacional dos Sindicatos, transforma-se no Comando Geral dos Trabalhadores (CGT).

O CGT, segundo os autores, de caráter nitidamente político, era constituído por diversas organizações sindicais, inclusive pela Confederação Nacional dos Trabalhadores da Indústria (CNTI), e seu poder de mobilização advinha da aliança com o governo e militares progressistas e não das suas bases sindicais. Seu programa reivindicava a democratização, o controle do capital estrangeiro, a participação do Estado na economia, a reforma agrária e outras reformas de base. Com o apoio de alguns setores das Forças Armadas, organizou uma greve visando à antecipação do plebiscito sobre a instituição do regime presidencialista ou parlamentarista.

Segundo Mattos (2003, p. 45), a carreira política de Jango será marcada pela proximidade com lideranças sindicais do PTB e seus aliados, sendo considerado dentre os presidentes do período de 1945-1964, o que mais abriu espaços políticos para a discussão das propostas do sindicalismo, especialmente nos últimos meses do seu governo, quando pareciam fracassar suas tentativas de conciliação política com os setores da ala mais à direita no espectro político. Contudo, o autor chama atenção para o fato de que isto não significava que o seu comportamento evitasse a tradicional concepção trabalhista do controle sobre as mobilizações operárias. Assim, quando as pressões da CGT tornaram-se mais fortes pela realização das “reformas de base” – o grande tema político da época –, com frequente ameaças de greves gerais e grandes mobilizações populares, o mesmo Jango tratou de esvaziar a CGT, prestigiando a União Sindical dos Trabalhadores (UST), recém-criado organismo da cúpula de lideranças reconhecidamente pelegas, e apoiando a chapa de oposição PTB-PCB nas

eleições da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Indústria (CNTI), em janeiro de 1964.

Em 1962, as Ligas Camponesas e a organização sindical rural são legalizadas, e em 1963 é criada a Confederação Nacional dos Trabalhadores Agrícolas (CONTAG), o que torna as lutas no campo mais expressivas e ocorre uma aproximação com os trabalhadores urbanos, e a CONTAG passa a integrar o CGT. (GAZE; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011, p. 311).

Segundo Bravo (2013, p. 143), em 1963, Jango, em virtude da falta de apoio político parlamentar, buscou o apoio direto das classes trabalhadoras, para seu programa de libertação nacional com a realização de uma série de comícios. Tal programa, segundo a autora, tinha como pontos centrais: a limitação da remessa de lucros para o exterior, a nacionalização de empresas estrangeiras de serviço público, a extensão do monopólio estatal do petróleo ao refino e à distribuição, a reforma agrária e o direito político igual para todos brasileiros, inclusive para os analfabetos. A mobilização popular acabou por intensificar os conflitos políticos ainda mais e aumentou o número de conspiradores na oposição.

Mattos (2003, p. 46) aponta que, com a radicalização política dos primeiros meses de 1964, as lideranças sindicais apostaram no apoio ao governo constitucional de Jango, contudo pressionando-o para a realização das reformas de base. Já eram percebidas as agitações golpistas e em todo mês de março a CGT articulou estratégias de resistência a um movimento militar para a derrubada de Jango. Para tanto, contavam com uma greve geral que se somava a força dos militares de baixa patente, que se mobilizaram em torno de melhores condições de trabalho nas três Forças Armadas e por direitos políticos, e do “dispositivo militar” de Jango, sendo considerada boa da oficialidade superior fiel ao presidente; com vistas a impedir o avança de qualquer tentativa do movimento golpista.

Assim, segundo Gaze, Leão e Vasconcellos (2011, p.311), no dia 13 de março de 1964, a esquerda, confiante do seu poder (em virtude da greve geral de outubro de 1963, onde conseguiram um aumento salarial de 80%, com a “Revolta dos Sargentos” cujas reivindicações também foram atendidas, e uma longa greve dos bancários, além de outras vitórias), resolve organizar junto com o presidente da República, uma grande manifestação popular, que ficou conhecida como o Comício da Central do Brasil, que reuniu cerca de 150 mil pessoas, no qual Jango anunciou a

estatização das refinarias de petróleo e o encaminhamento ao Congresso Nacional do decreto exigindo as reformas de base (reformas agrária, bancária, tributária, urbana, política, universitária e administrativa). Alguns dias depois, a direita, por meio da mídia, convoca a “Marcha da Família com Deus pela Liberdade”, ocorrida em São Paulo e que reuniu 500 mil pessoas, sob a bandeira do anticomunismo e pela defesa da propriedade privada e da religião católica. E, em 31 de março de 1964, os trabalhadores são esmagados por um novo golpe militar, com a tomada de poder por uma ditadura que duraria 20 anos.

Mattos (2003, p.47-48) assinala que aqueles acontecimentos demonstraram um dos limites do sindicalismo à época, que foi o fato de eles terem se lançado com vigor em uma pauta política de reformas comandadas por um segmento da classe dominante brasileira comprometido com a proposta de conciliação de classes e que, por isso, foi incapaz de liderar um processo de resistência popular efetiva à quebra da constitucionalidade e à ditadura. Além disso, aponta que a ditadura utilizou dos recursos previstos na legislação sindical para reprimir os movimentos, o que esclarece um outro limite, que é o que foi imposto por uma estrutura oficial que procurou se adequar aos interesses dos trabalhadores, mas contra a qual lutou-se pouco. Tais fatos, contudo, segundo o autor, não impede que seja realizada uma avaliação da importância e da representatividade das lutas travadas pelos trabalhadores no início dos anos de 1960, o qual não passou despercebido pelos articuladores do golpe e que instalaram a ditadura.

Conforme Bravo (2013, p. 143), estavam postas em 1963 e 1964 duas opções políticas e econômicas, que evidenciaram interesses e perspectivas conflitantes entre as classes sociais, que se contrapunham enquanto projetos de hegemonia: a nacional-desenvolvimentista e a internacional- modernizadora. Com o golpe militar, a opção pela segunda alternativa representou a rearticulação da burguesia em torno do seu padrão de dominação, no qual houve a exclusão de todo o aparato nacional populista.

2.1.2.2.3 Trabalho e Saúde no período de 1945-1964

De acordo com Behring e Boschetti (2007, p. 110), as políticas sociais, nesse contexto, tiveram uma expansão lenta e seletiva, sendo caracterizada por alguns aperfeiçoamentos institucionais, como no caso da separação entre os Ministérios da Saúde e Educação em 1953, e pela criação de novos IAPs. Segundo as autoras, a disputa de projetos resultou numa certa paralisia no campo da política social, fazendo com que propostas que se encontravam em pauta desde o final da ditadura de Vargas, a exemplo da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) e da previdência rural, só viessem a ser aprovadas no Congresso, respectivamente, em 1960 e 1963. A instabilidade institucional do período – suicídio de Vargas (1954), renúncia de Jânio Quadros (1961) e o golpe militar (1964), com a deposição de Jango – dificultou consenso em torno de um projeto nacional, no qual se incluía um formato de política social. Assim, o período foi marcado pela expansão lenta dos direitos, mantendo-se o formato corporativista e fragmentado da era Vargas.

Em relação à Política Nacional de Saúde, Bravo (2013, p. 145), vai apontar que o modelo que vinha se desenhando desde 1930 se consolidou nesse período. Durante a Segunda Guerra Mundial, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em convênio com o governo americano e patrocinado pela Fundação Rockefeller, com o objetivo principal de controlar a malária e a febre amarela, tendo em vista as prioridades do esforço de guerra configuradas na produção da borracha na Amazônia e do manganês no Vale do Rio Doce. Em 1948, com o Plano Salte, a saúde foi posta como uma de suas finalidades principais, ao lado da Alimentação, Transporte e Energia, com previsões de investimento de 1949 a 1953, contudo não foi implementada.

Na década de 1950, ainda segundo a autora, em virtude do reaparelhamento do Estado, a saúde pública ampliou-se em termos de extensão relativa dos atendimentos e pela sofisticação da estrutura do aparelho estatal, com maior centralização.

Em 1953, conforme sinalizado anteriormente, é criado o Ministério da Saúde, que anteriormente fazia parte do órgão ministerial responsável pela Educação. Bravo (2013, p. 145) observa que o novo ministério vai manter basicamente a estrutura do extinto Departamento Nacional de Saúde, havendo ampliação do atendimento das enfermidades (ancilostomose, bócio, bouba, brucelose, doença de chagas, esquistossomose, filariose, leishmaniose, tracoma). Contudo, segundo a autora, o

setor vai ficar uma fração menor do orçamento. O SESP vai ampliar suas atividades nesta década, priorizando a assistência médica, educação sanitária, saneamento, combate à malária, controle de doenças transmissíveis e o desenvolvimento de pesquisas em “medicina tropical”. Em 1956, é criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais, que passa a centralizar os serviços de combate às enfermidades endêmicas.

Segundo Bravo (2013, p. 145), Braga vai apontar algumas questões relacionadas ao padrão da Política Nacional de Saúde elaborada no período, que tinha como características gerais a “racionalização” administrativa e atribuição de maior “status” burocrático às campanhas sanitárias. Um aspecto apontado por Braga, conforme a autora, refere-se às restrições financeiras do Estado para atender à saúde da população, agravado pelo modelo sanitário gestado no país, que exigia requisitos técnicos e financeiros relativamente altos, dissonantes da realidade econômico-social brasileira. Sendo assim, o SESP, que buscou reproduzir a mesma estrutura existente nos países centrais e gastar os mesmos recursos para atingir o nível de saúde dos países capitalistas avançados, posição que era defendida pelos norte-americanos que influenciaram a sua atuação, acabou por criar unidades-sanitárias-modelos, incompatíveis com a estrutura brasileira e possibilidades financeiras. Contudo, havia sanitaristas que defendiam um caminho nacionalista para a área, com uma prática que fosse compatível com a realidade brasileira, com menos complexidade e tecnificação. Tal proposta articulava-se com a defesa da soberania nacional de outros setores. Entretanto, vigorou a proposta pautada na experiência internacional.

Segundo Bravo (2013, p. 146), outro aspecto destacado por Braga refere-se à estrutura administrativa, cujo debate centrava-se entre centralização ou descentralização da estrutura sanitária. Alguns sanitaristas defendiam a municipalização dos serviços de saúde, comandados pela comunidade, pois acreditavam que a estrutura centralizadora era dispendiosa e desvinculada das organizações estaduais e municipais. No entanto, conforme já sinalizamos, a centralização estava inscrita no cerne das transformações ocorridas desde o Estado Novo, ultrapassando, assim, o setor da saúde.

Ainda segundo Bravo (2013), a década de 1950 foi caracterizada pela ideologia “desenvolvimentista”, na qual compreendia-se que desenvolvimento econômico, necessariamente, ocasionaria um aumento no nível de saúde da

população. Entretanto, tal compreensão trouxe alterações para o sistema sanitário, visto que a ideologia “desenvolvimentista” tendia à valorização da política econômica em detrimento da política social, o que se pode identificar no governo JK e que aparece em seu Plano de Metas, no qual as despesas federais com a saúde pública foram reduzidas de 5,45% para 4,62% no conjunto dos gastos da União.

De acordo com a autora, o governo de Jânio Quadros pouco realizou em termos de saúde pública. No período Jango, são concentrados esforços no setor, especialmente em 1963. Seu objetivo para a área da saúde, para além das medidas urgentes de saúde pública, era ampliar a assistência médica para os centros rurais, o controle e a erradicação de enfermidade endêmicas e a atenção especial à Campanha de Proteção e Assistência à Maternidade. Além disso, pretendia realizar o saneamento com novos serviços de água e esgoto, renovação do lixo e melhoria habitacional. Previa a articulação entre as instituições públicas, abordando a saúde de forma mais ampla. Entre 1960 e 1964, não foi definido um Plano Nacional de Saúde, mas existia um Programa Integrado de Saúde, contribuição da Aliança para o Progresso. Em relação ao SESP, ele continuava a apresentar programação inadequada.

Em 1963, é realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde, que, segundo Bravo (2013), combateu as propostas de campanhas sanitárias e defendeu a criação de serviços permanentes de saúde pública. Na abertura da Conferência, Jango defendeu a racionalização dos recursos e a prioridade para os serviços básicos, visto considerar altos os custos com os serviços especializados. Na Conferência, foi colocada a proposta de universalização da atenção médica. Assim, Luz (apud BRAVO, 2013, p.147) vai considerar esta Conferência como o evento mais importante da área no período de 1960-1964, visto ter conseguido definir uma ideologia de saúde pautada no desenvolvimento econômico, na racionalização do planejamento, submetida à produtividade e à distribuição da riqueza, vistas como fontes de saúde.

Segundo Bravo (2013, p. 148), o último ministro da saúde do governo Jango, Wilson Fadul se posicionava favorável ao setor público, defendendo o direito do doente à assistência, assim como a necessidade de fiscalização dos preços dos medicamentos, de modo a disciplinar as manobras das indústrias farmacêuticas. Em oposição a tais propostas, encontrava-se a Associação Médica Brasileira (AMB), que em 1964 se posicionou contrária a estatização da saúde e defendeu a prática médica

liberal sob a alegação de que o paciente tem direito à livre escolha do médico. Além disso, esta entidade foi em defesa das indústrias farmacêuticas, colocando-se em oposição às propostas governamentais.

De acordo com a autora, na década de 1960, ocorreu a ascensão do discurso desenvolvimentista na saúde, predominando no subperíodo de 1963-1964, o projeto de desenvolvimento nacional. Entretanto, mediante os impasses da sua proposta de valorização da ação sanitária e preventiva em detrimento da perspectiva assistencial, não conseguiu ser colocada em prática pelo aparelho estatal, acabando por predominar as práticas sanitaristas campanhistas, herança da década de 1950, numa rotina burocratizada, herdada da década de 1940.

Assim, a Política de Saúde manteve sua organização em dois subsetores: saúde pública e medicina previdenciária. A medicina previdenciária, conforme já citado neste trabalho, somente irá se sobrepor à saúde pública a partir de 1966, contudo Bravo coloca que ela já apresentava esta tendência desde o início da década de 1960. Tal fato, segundo a autora, decorre da intensa urbanização ocorrida nos anos de 1940 e 1950 e, principalmente, devido à mudança do padrão de acumulação a partir de 1956, conforme sinalizado nos apontamentos referentes ao governo JK. Desse modo, a medicina previdenciária torna-se um aspecto importante para o processo de trabalho, visto as péssimas condições de trabalho e a baixa remuneração dos trabalhadores assalariados, tornando-se a previdência um complemento indispensável para a sua renda. O crescimento da medicina previdenciária ocorreu num período em que os problemas de saúde pública continuavam intensos, com incidência de endemias, sendo a própria medicina previdenciária incapaz de responder as demandas por assistência médica individual.

Com base em Oliveira e Fleury, Bravo (2013, p. 149) vai apontar que, no pós-1945, ocorreu um rápido crescimento relativo dos gastos da Previdência Social, após certa estabilização no final do período anterior. O modelo de “capitalização”, criado no período anterior, começa a ser desmontado.

Quanto à legislação previdenciária, a autora aponta, que no pós-45, foi caracterizado por uma progressiva desmontagem das medidas contencionistas impostas no período anterior. Tal desmontagem ocorreu de modo gradativo e casuístico, característico do contexto democrático-populista, que responde de forma ambígua às pressões e interesses de pequenos grupos. Em 1953, ocorreu uma

tentativa por parte do Estado, de uniformizar os regimes previdenciários, contudo pressões contrárias fizeram com que o projeto fosse abandonado em 1954-1955. Com a instituição da LOPS, em 1960, houve uma uniformização dos benefícios no padrão dos melhores institutos, para todos os trabalhadores assalariados regidos pela CLT, com exceção dos trabalhadores rurais, empregados domésticos e servidores civis e militares da União, dos estados, municípios e territórios, assim como as respectivas autarquias que estivessem sujeitas a regimes próprios de previdência.

Segundo Matta, Cordeiro, Oliveira e Vasconcellos (2011, p. 184), o advento da LOPS representou o fim de uma etapa na história previdenciária do país, que foi gestada em processo marcado pelas contradições de uma tentativa de construção de um projeto nacional desenvolvimentista, que apresentava ora um viés autoritário (Estado Novo), ora uma faceta democrática (pós-1945), contudo marcados pelas práticas populistas de poder.

Bravo (2013, p. 150-151) coloca que, a partir da LOPS, a assistência médica passa a ser vista como questão essencial e não provisória ou complementar como no período anterior. A autora considera que a lei representou uma conquista dos trabalhadores, contudo ela contava com divergências entre lideranças do IAPs mais fortes, que sentiam-se ameaçados pela possibilidade de serem nivelados por baixo e pela perda do poder político representada pela centralização, passo seguinte à uniformização.

De acordo com a autora, algumas frações do movimento operário, após a LOPS, manteve a reivindicação da gestão do sistema previdenciário pelos sindicatos e a regulamentação da lei, que não foi conseguida, sendo mantida a diferenciação interna entre os institutos em relação aos benefícios previdenciários. A partir de 1960, todos os institutos foram obrigados a aumentar seus gastos com a assistência médica, contudo as respostas foram distintas a depender da força de pressão sindical de cada categoria profissional. Segundo a autora, algumas realizaram greves, mobilizações, quebra-quebra de hospitais municipais e postos de saúde, reivindicando a melhoria dos padrões de atendimento. Entretanto, ela aponta, que o movimento operário não foi capaz de desenvolver uma luta integrada que demonstrasse clareza no enfrentamento da questão da saúde, diferente das classes dominantes que perceberam a importância econômica e política das políticas sociais no âmbito da previdência e saúde. Considera que o capitalismo monopolista, com vistas às medidas

de políticas sociais, objetiva a fragmentação das classes trabalhadoras, dificultando o estabelecimento de laços de solidariedade entre as suas diversas frações.

Em 1960, ocorre um agravamento das dificuldades financeiras da previdência, visto que os benefícios foram ampliados, sem, contudo, tocar na causa da crise, que, segundo Bravo (2013, p. 151), estava relacionada ao fato de que o Estado não arcava com o ônus financeiro sob sua responsabilidade na concessão dos benefícios, e a contribuição dos empregadores era mais simbólica que real. Sendo assim, o trabalhador tornava-se a principal fonte de recursos.

Em relação à estrutura hospitalar de caráter privado, com fins lucrativos, neste período, segundo a autora, ela já estava montada. Esta situação teve início a partir de 1950 e apontava para a direção das empresas médicas, sendo a corporação médica vinculada aos interesses capitalistas do setor a mais organizada, no período, e que pressionava o financiamento pelo Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização. Contudo, apesar das pressões, a assistência médica era mantida, basicamente, pelos serviços prestados pelos próprios institutos, sendo as formas de compra dos serviços médicos a terceiros, uma prática minoritária e pouco expressiva no quadro geral da prestação de assistência médica dos institutos, fato que sofrerá uma mudança significativa no regime instaurado no pós-1964.

Quanto à relação trabalho e saúde, segundo Mendes e Dias (1991, p. 343), durante os anos da II Guerra Mundial, os trabalhadores pagaram um preço alto por permanecerem nas indústrias em condições extremamente adversas e em trabalhos extenuantes de forma intensa, sendo para algumas categorias tão pesado e doloroso quanto a própria guerra. Assim, segundo os autores, no contexto econômico e político, durante e no pós-guerra, o custo da perda de vidas, em decorrência de acidentes de trabalho, bem como por doenças do trabalho, passa a ser também sentido pelos empregadores (ávidos por mão de obra produtiva), assim como pelas companhias de seguro, que passavam a pagar pesadas indenizações por incapacidade provocada pelo trabalho.

Além disso, em decorrência da evolução gradativa dos processos e ambientes de trabalho, por meio da incorporação de novas tecnologias e métodos, passa-se a exigir regras mais complexas, inclusive no referente à preservação da saúde no trabalho. Sendo assim, visando a suprir o enfoque restrito da medicina do trabalho clássica surge a saúde ocupacional, no contexto do pós II Guerra Mundial,

principalmente dentro das grandes empresas, cuja resposta vai se traduzir na ampliação da atuação médica direcionada ao trabalhador, para a intervenção sobre o ambiente, com enfoque multiprofissional e interdisciplinar, com ênfase na higiene industrial. (MENDES; DIAS, 1991, p. 143).

Segundo Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997, p. 23), a Saúde Ocupacional, com base na Higiene Industrial, vai incorporar a teoria da multicausalidade, que considera que a produção da doença se dá por um conjunto de fatores de riscos, avaliada por meio da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito. Fundamenta-se no modelo da História Natural da Doença, entendendo-a, em indivíduos ou grupos, como derivada da interação constante entre o agente, o hospedeiro e o ambiente, significando um aprimoramento da multicausalidade simples. Entretanto, os autores sinalizam que, a partir do momento em que os agentes/riscos continuam a ser naturalizados, e os objetos e meios de trabalho, descontextualizados das razões que se originam, acabam repetindo, na prática, as limitações da Medicina do Trabalho, fazendo com que as medidas, que deveriam garantir a saúde do trabalhador numa perspectiva mais ampla, mantenham-se restritas a intervenções pontuais acerca dos riscos mais evidentes. Assim, vão pontuar que a Saúde Ocupacional enfatiza a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI), em detrimento dos equipamentos de proteção coletiva (EPC); e normatiza formas de trabalho consideradas seguras, que em determinadas circunstâncias, vai conformar um quadro de prevenção simbólica. Sendo assim, aos trabalhadores é imputado o ônus pelos acidentes e doenças, considerados como resultado da ignorância ou negligência deles, caracterizando uma dupla penalização.

Vasconcellos (2011, p. 406) vai definir a Saúde Ocupacional enquanto um campo multiprofissional complexo, contudo restrito, visto sua vinculação com as relações econômicas regidas pelo contrato de trabalho. Sendo assim, a Saúde Ocupacional, mediada pelo aparelho de estado, vai promover políticas públicas privativas de caráter contributivo, portanto não universalistas, que têm seu foco de ação subordinado ao interesse econômico.

Conforme aponta Vasconcellos (2011, p. 404), no período que vai do surgimento dos Estados de bem-estar social – metade do século XX – até o advento das políticas neoliberais, especialmente após os anos de 1980, a tendência era de uma maior expansão das regras protecionistas do trabalho do que sua retração, em

virtude do contexto da Guerra Fria e em resposta aos movimentos dos trabalhadores identificados com as ideologias de esquerda. Neste contexto, as regras de proteção à saúde no trabalho se ampliaram e se aprimoraram, seguindo a tendência das políticas de bem-estar social e sob a chancela da OIT.

Segundo Lacaz (1996, p. 34), a partir de 1945, com a redemocratização do Brasil, tentava-se superar o paternalismo estatal e o corporativismo, período em que entram em cena outros atores e ocorre um declínio da atuação do “braço político” do Estado Novo, o MTIC.

Por outro lado, o autor vai apontar o discurso empresarial que retoma a ideia da criação de órgãos de assessoria técnica, tal como ocorrera nos anos de 1930, momento em que foi criado o Serviço Social da Indústria (SESI) e a Associação Brasileira de Prevenção de Acidentes (ABPA) e, ao nível das fábricas, vai identificar a proliferação de Serviços Médicos de Empresa sob forte influência do SESP, já apontado anteriormente. Com isso, vai passar a ter hegemonia no Brasil o modelo dos EUA de Higiene Industrial e Saúde Ocupacional.

Ainda segundo o autor, nos anos de 1950, intensificam-se os contatos com os “experts” norte-americanos na área da Higiene Industrial e é fundado o Serviço de Higiene Industrial do SESI, com o concurso de médicos e engenheiros sanitaristas, em sua maioria formados nos finais dos anos de 1940 e inícios de 1950 nas escolas de Saúde Pública dos EUA, inseridas no projeto de cooperação técnico-científica com as Fundações Rockefeller e Ford, cujo intercâmbio foi iniciado nos anos de 1910. Não é à toa que isso vai ocorrer no contexto em que o Brasil vivenciava um novo “surto industrial”, com a criação de indústrias de bens de consumo duráveis, no qual o “carro-chefe” era representado pelas indústrias automobilísticas.

Ainda nos anos de 1950 e 1960, tem início o ensino formal de Medicina do Trabalho, nos cursos de graduação de medicina, em particular no Estado de São Paulo, na Faculdade de Medicina de Sorocaba, da Pontifícia Universidade Católica, sob a coordenação dos professores Joaquim Augusto Junqueira e Antônio Ferreira Cesarino Jr, que cumprirão importante papel, posteriormente, sendo o primeiro como diretor da ABPA, e o segundo, na criação da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), em 1966.

Sendo assim, segundo o autor, é nos anos de 1950, no contexto de surto industrial inserido na política do desenvolvimentismo, materializando-se como uma

estratégia a organização e a utilização de serviços médicos, que, em paralelo a uma atuação no atendimento individual-clínico, também vão assumir atividades relacionadas à medicina do trabalho, tendo um importante papel ao aliar o estudo das causas do absenteísmo à seleção de pessoal e à análise dos acidentes e doenças ocupacionais.

É importante sinalizar que, nesse contexto, em nível internacional, passa a haver uma preocupação em prover serviços médicos aos trabalhadores, o que também passará a fazer parte da agenda da OIT. Sendo assim, em 1953, por meio da Recomendação 97 que trata sobre a “Proteção da Saúde dos Trabalhadores”, a Conferência Internacional do Trabalho insta aos Estados-Membros, do qual o Brasil faz parte, a fomentar a formação de médicos do trabalho qualificados e o estudo da organização de “Serviços de Medicina do Trabalho”. Em 1954, a OIT convoca um grupo de especialistas, a fim de estudar as diretrizes gerais da organização de “Serviços Médicos do Trabalho”. Em 1958, o Conselho de Administração da OIT vai inscrever o tema na ordem do dia da Conferência Internacional do Trabalho, quando substitui a denominação de “Serviços Médicos do Trabalho” por “Serviços de Medicina do Trabalho”. Tais questões, com certeza, tiveram influência na criação dos cursos de formação em Medicina do Trabalho e na expansão dos Serviços de Medicina do Trabalho no Brasil.

Além disso, em 1959, a OIT vai aprovar na Conferência Internacional do Trabalho a Recomendação 112, que trata dos “Serviços de Medicina do Trabalho”, a partir da experiência dos países industrializados. Tal instrumento normativo, segundo Mendes e Dias (1991, p. 342), vai servir de referencial e paradigma para o estabelecimento de diplomas legais nacionais, inclusive a norma brasileira; bem como aborda aspectos relativos à sua definição, os métodos de aplicação da Recomendação, a organização dos serviços, suas funções, pessoal e instalações e meios de ação. Nessa recomendação, vai constar que a “expressão ‘Serviço de Medicina do Trabalho’ designa um serviço organizado nos locais de trabalho ou em suas imediações”, responsável por: garantir a proteção dos trabalhadores contra todo risco que prejudique a sua saúde e que venha a resultar do seu trabalho ou das condições sob as quais ele se efetue; contribuir para adaptação física e mental dos trabalhadores particularmente na adequação do trabalho e sua colocação em locais de trabalho que correspondam às suas aptidões; e contribuir para o estabelecimento

e manutenção do bem estar físico e mental dos trabalhadores, em seu nível mais elevado possível.

Segundo Mendes e Dias (Ibidem, p. 344), a adoção e o desenvolvimento da saúde ocupacional no Brasil ocorreram tardiamente e estenderam-se nas direções acadêmicas, nas instituições e na legislação.

Na vertente acadêmica, os autores vão destacar a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que vai criar uma “área de Saúde Ocupacional”, dentro do Departamento de Saúde Ambiental, tornando-se um centro irradiador do conhecimento, por meio da criação de cursos de especialização e, principalmente, via cursos de pós-graduação (mestrado e doutorado). Tal modelo foi reproduzido em outras instituições de ensino e pesquisa, especialmente em alguns departamentos de medicina social e preventiva de escolas de medicina.

Nas instituições, a marca mais característica vai se expressar na criação da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), que será uma versão nacional dos modelos de “Institutos” de Saúde Ocupacional desenvolvido em alguns países do exterior, a partir dos anos 50.

Na legislação, vai se expressar na regulamentação do Capítulo V da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que sofreu reforma na década de 1970, principalmente nas normas relacionadas à obrigatoriedade das equipes técnicas multiprofissionais nos locais de trabalho; na adoção de “limites de tolerância” nas avaliações dos riscos ambientais. Apesar das modificações na legislação trabalhista, no que se refere à legislação previdenciária, foram mantidas as características básicas de práticas medicalizadas, de cunho individual e direcionado aos trabalhadores do setor formal de trabalho.

2.2 O Movimento Operário Italiano (MOI) e o Surgimento da Saúde do Trabalhador (ST)

Segundo Paiva e Vasconcellos (2011), a origem do MOI remonta ao processo histórico de constituição da organização operária no mundo industrializado europeu do século XIX e, principalmente, à formação de um movimento operário no contexto

da industrialização italiana, influenciado pelo Partido Comunista Italiano (PCI), que, nas décadas de 1950 e 1960, ostentava uma força político-partidária, o que favoreceu a constituição de uma força operária pujante no encaminhamento das suas lutas, que passou a ter como prioridade a “saúde nas fábricas”.

O MOI foi o ápice de um movimento iniciado na década de 1950, no qual diversos debates sobre a saúde nas fábricas foram promovidos por sindicatos e partidos políticos, o que levou a CGIL em 1954, a introduzir o tema do “retorno às fábricas”, com vistas à discussão junto aos sindicatos afiliados, na tentativa de negociar todos os aspectos das relações de trabalho. Tal questão era resultado do aumento nos acidentes de trabalho desde 1949 com a ascensão da Democracia Cristã na Itália.

Assim, conforme aponta Laurell (1984), a questão da luta pela saúde dos trabalhadores na Itália está relacionada com as grandes mudanças nas condições objetivas da classe trabalhadora, que vão revelar conexões anteriormente ocultas entre trabalho e saúde, abrindo possibilidade para uma nova prática. A transformação das abordagens da saúde deve-se assim, segundo a autora, às características da classe trabalhadora que se molda no processo econômico e sociopolítico da Itália do pós-guerra. Contudo, tais abordagens teóricas e práticas que se gestaram durante os anos de 1960, apesar da sua riqueza, só vieram a se socializar e consolidar, com as gigantescas mobilizações e lutas operárias de 1968 e, especialmente, as de 1969, chamadas de “outono quente”, protagonizadas por milhões de trabalhadores, submetidos ao longo de duas décadas à intensa exploração nas fábricas metalúrgicas e mecânicas e à insegurança no trabalho marcada pela alta rotatividade combinada com um grande aumento de produtividade do trabalho.

Ainda segundo Laurell, tais lutas tiveram como características fundamentais o fato de, por um lado, terem sido geradas a partir dos centros de trabalho e assumirem a forma de uma rebelião contra a organização do trabalho capitalista e, por outro lado, terem gerado formas de democracia operária direta através de Assembleia, Delegados e Conselhos de Fábrica decorrentes da ação unitária entre trabalhadores sindicalizados das diferentes organizações e trabalhadores não sindicalizados.

Sendo assim, conforme ressaltam Stotz e Pina (2017, p.6), é na experiência das lutas do chamado “outono quente” que o MOI generaliza-se para superar, de um

lado, a divisão ideológica do movimento operário italiano e estabelecer, de outro, uma posição política a partir da qual poderiam avançar conquistas de um ponto de vista de classe. É a própria Laurell (1984) quem pontua esse “salto” de um movimento de baixo para cima, da base para as direções sindicais e da luta econômica para a política. Não à toa, Oddone e colaboradores (2020, p. 90-91), vão apontar que

> Não se pode entender a história da luta de classe e da luta sindical das últimas duas décadas se não se entende e não se admite o valor da renovação política representada pela centralidade reivindicativa da fábrica, da ‘especificidade reivindicativa' da seção, da empresa, e da categoria, sem a qual não existiriam nenhum ataque ao modelo de desenvolvimento e à organização capitalista do trabalho e à organização da sociedade….Com a Conferência Nacional de Rimini sobre ‘A defesa da saúde nos locais de trabalho’, o sindicato assume, nos seus elementos concretos, o valor da centralidade da fábrica na luta pela mudança, no sentido de que, na fábrica, e particularmente na grande fábrica, está o potencial político e cultural decisivo dos trabalhadores, a maior possibilidade de formação de quadros, a forma mais avançada de democracia, a sede do confronto e do combate direto.

Assim, conforme apontam Stotz e Pina (2017, p. 6), a saúde dos trabalhadores torna-se um tema central do movimento operário italiano, na medida em que está centrada em torno da organização capitalista do trabalho. Sua importância estratégica vai se expressar na lei conhecida como Estatuto dos Trabalhadores de 1970, que favorece a realização de milhares de estudos destinados a concretizar o direito à transformação da organização do trabalho e sua ratificação na Conferência sobre a proteção da saúde nos centros de trabalho, realizada em Rimini em 1972. As resoluções dessa conferência vão incorporar, do ponto de vista sindical, as orientações advindas da experiência operária iniciada na Fiat Mirafiori sob a coordenação de Oddone: a saúde não se vende, sendo imperioso conquistar mudanças reais no ambiente e na organização do trabalho; a iniciativa sindical deve basear-se na ação reivindicatória que se sustenta nos locais de trabalho organizados nos grupos homogêneos, nos delegados, nos conselhos de fábrica. A não delegação e a ação operária são definidos como princípios metodológicos centrais. A passagem da luta pela saúde na fábrica à sociedade vai expressar-se na proposta da Reforma Sanitária.

De acordo com Laurell e Noriega (1989, p.83), o MOI, distinguindo-se de outros modelos de estudo sobre a relação trabalho-saúde, “se apresenta, antes de mais nada, como um método de produção do conhecimento para a ação operária,

dentro de um campo reconhecido explicitamente como de confrontação e conflito de classe".

Segundo Alonso (2007, p.17), é característica fundamental deste modelo o fato de que ele logo se converteu em uma referência metodológica para a própria comunidade científica e médica. Ou seja, pela primeira vez na história da saúde laboral, um modelo sistematizado que nasce entre as bases operárias, é incorporado à cultura e estratégias sindicais e, posteriormente, toma parte dos congressos e debates do saber técnico.

O MOI apresenta como características essenciais:

1) Definição do ambiente como sendo o conjunto das condições de produção, nas quais a força de trabalho e o capital são transformados em mercadoria e lucro. Ou seja, enquanto expressão concreta – ou o meio – do processo de valorização do capital. (LAURELL;NORIEGA, op. cit, 1989, p. 83-84).

A partir desta definição de ambiente, agrupam-se quatro grandes grupos aos seus elementos, considerados nocivos à saúde.

O primeiro grupo vai abranger os fatores que definem o ambiente fora e dentro da fábrica (temperatura, iluminação, ruído, umidade e ventilação. O segundo grupo constitui-se dos fatores de risco característicos da fábrica (poeiras, gases, vapores, fumaças e substâncias químicas, sólidas ou líquidas). O terceiro grupo refere-se à fadiga ocasionada pelo esforço físico. O quarto grupo se constitui dos demais fatores que causam fadiga (ritmos de trabalho, a monotonia e a repetitividade, as posições incômodas, a tensão nervosa e a responsabilidade inadequada).

Com base na informação coletada, elabora-se um mapa de riscos, que é a representação gráfica do processo de trabalho com seus riscos e danos para a saúde.

A partir do conhecimento gerado e expresso no mapa de riscos, o grupo homogêneo (grupo de operários que compartilham as mesmas condições de trabalho e possuem laços orgânicos entre si) constrói sua plataforma de reivindicação, que será validada consensualmente (técnicos e trabalhadores), traçando estratégia de luta para sua transformação.

2) Protagonismo dos trabalhadores individual e coletivamente, na produção do conhecimento, que parte da observação espontânea realizada pelos operários, das condições de trabalho e os seus efeitos sobre a saúde. Tal observação existe no grupo como experiência primária acumulada, mas não estruturada. Para sistematizar a

experiência e convertê-la num patrimônio comum consciente, realiza-se uma pesquisa baseada no esquema dos quatro grupos de fatores de risco, que vai se concretizar coletivamente por um grupo homogêneo.

3) Autonomia do conhecimento como base para uma intervenção coletiva: “conhecer para intervir, intervir para transformar”.

4) A não monetarização dos riscos laborais, que representa uma ruptura com a larga tradição de monetarismo e intercâmbio da saúde por dinheiro, por parte dos trabalhadores e suas organizações. Assim, o slogan “A saúde não se vende, não se delega, se defende” vai passar a orientar as negociações coletivas, substituindo os adicionais de penosidade, toxicidade e periculosidade pela eliminação dos riscos, bem como pela redução da jornada de trabalho.

Segundo Laurell (1984), um aspecto importante subjacente à consigna “A saúde não se vende” refere-se ao fato de ela também significar uma rebelião contra a ideia de imutabilidade da organização capitalista do trabalho, expresso no processo de trabalho. levantando a necessidade e a possibilidade de transformar as condições de produção que desgastam e mutilam os trabalhadores.

5) Crítica à concepção de neutralidade da Ciência e da técnica, sublinhando os determinantes sociais na produção do conhecimento.

6) O princípio da não delegação, que é a recusa em transferir para os técnicos ou profissionais, bem como aos representantes sindicais e às instituições públicas e privadas, a tarefa de sistematização do conhecimento, tendo em vista a compreensão de que os sujeitos são os operários, enquanto depositários de um saber emanado da experiência e sujeitos essenciais quando o objetivo é uma ação transformadora.

É importante sinalizar que o conceito da não delegação não significa uma desvalorização do conhecimento científico, mas a importância da produção compartilhada do conhecimento como fundamental para o enfrentamento da nocividade do trabalho, colocando em discussão a relação entre Ciência e sociedade.

Nesse sentido, estabelece-se uma relação dialética entre o conhecimento técnico e o conhecimento profano, baseado no princípio do consenso entre ambos, que é a validação consensual. Sendo assim, o critério de aceitação ou não de determinadas situações de risco e as medidas de prevenção a serem aplicadas devem ser consensuados, não havendo privilégio da opinião de um técnico sobre o do grupo de trabalhadores ou vice-versa.

Tal questão vai se expressar na proposta da comunidade científica ampliada, que é uma parceria epistemológica e política entre técnicos e operários, que se reúnem para discutir situações concretas e formas de fazer pesquisa. Conforme aponta Re e Lacomblez (2020, p.20), trata-se de uma comunidade, visto ser um coletivo que realiza pesquisas não tradicionais e não disciplinares; ampliada por que os trabalhadores fazem parte dela, conservando sua linguagem e seu papel; e é científica, porque não abdica do método.

Conforme Alonso (2007, p. 19), a autonomia do conhecimento e a validação consensual são os passos prévios para o princípio da não delegação, convertendo tal princípio no eixo central do modelo. Desse modo, a participação direta dos trabalhadores passa a ser um elemento chave, visto não haver prevenção sem participação.

Laurell e Noriega (1989, p. 85-86), ao analisarem a concepção teórica da relação trabalho-saúde subjacente ao MOI, irão identificar certa ambiguidade, que também vai se manifestar no modo como os conceitos abordados vão se desenvolvendo. Tal ambiguidade se reflete no fato de que, apesar de haver uma definição explícita das condições de trabalho enquanto expressão concreta do processo de valorização do capital, tal noção não se traduz empiricamente nos elementos estudados. Além disso, não se vê refletida com clareza uma concepção problematizadora da saúde do operário. Ou seja, a concepção de saúde e sua relação com o trabalho contida nos grupos de riscos não vai se distinguir - com exceção ao do grupo quatro, que se refere aos outros fatores causadores de fadiga – da teorização da medicina do trabalho e da ergonomia dominantes.

Sendo assim, os autores apontam que a principal inovação do MOI não reside numa reconceituação da problemática, mas no reordenamento dos fatores de risco, que coincidem com a experiência operária direta na fábrica.

Tal ausência de uma reconceituação da relação trabalho-saúde, segundo Laurell e Noriega (Ibidem, 1989, p. 87), vai se confirmar na insistência da necessidade dos operários se “reapropriarem dos modelos técnicos” dos médicos, ergonomistas ou engenheiros industriais, revelando uma visão instrumentalista da ciência, no qual o seu conteúdo é neutro, importando apenas quem controla o seu uso social. Tal concepção de ciência se contrapõe à expressa pelo MOI relativa às tecnologias, cuja premissa é a de que as opções tecnológicas são opções de classe. Desse modo,

desvirtua a proposta metodológica, pois, ao mesmo tempo que enfatiza a potencialidade da subjetividade-experiência operária de revelar a realidade sob um ponto de vista diferente da ciência formal, ordena a experiência no mesmo molde dessa.

Sendo assim, a inovação do MOI encontra-se na mudança da lógica do processo de produção do conhecimento da relação trabalho-saúde. O sujeito que conduz o processo de investigação não é o cientista, mas o grupo operário homogêneo auxiliado pelos especialistas. Portanto, a principal fonte de conhecimento passa a ser a experiência operária coletiva. Com isso, delineia-se um vínculo imediato entre o conhecer e o transformar, visto ser a busca de soluções a razão que impulsiona a busca do conhecimento dos problemas.

Os autores ainda apontam que a concepção do MOI aborda uma série de problemas relativos à produção do conhecimento e à relação teoria e prática, que tem como central a subjetividade operária e a não delegação. Neste sentido, colocam como uma primeira questão a impressão relativa do que se entende por subjetividade, que se apresenta desde uma concepção mais restrita – enquanto vivência individual subjetiva de uma situação – até uma mais complexa – enquanto sujeito coletivo com capacidade para transformar a realidade. Identificam como sendo a concepção mais claramente expressa nos textos, a que se refere a subjetividade-experiência operária enquanto conhecimento latente acumulado, resultado de um viver e atuar numa determinada realidade, do qual é portador o grupo homogêneo, que é a coletividade que compartilha desta realidade. Não existe espontaneamente, assumindo esta forma por meio da recuperação da experiência, por meio da explicitação e confrontação das vivências individuais realizadas pelo grupo homogêneo, que vai resultar num conhecimento validado consensualmente.

Outra vertente do processo de produção do conhecimento é dada pela “reapropriação dos modelos técnicos”, que é o modo pelo qual eles têm acesso ao conhecimento científico formal, a partir do que a experiência operária considera importante. Da confrontação e fusão entre eles, vai surgir uma síntese, que é o novo conhecimento.

Segundo os autores, o MOI contém dois pressupostos que definem o seu futuro, enquanto processo de produção do conhecimento. Por um lado, está implícita a suposição de que a experiência do grupo homogêneo expressa imediatamente e

sem mediação a experiência de classe. Existe uma ideia de equivalência direta entre o geral e o particular, ou, alternativamente, a concepção de que o geral é a soma de situações particulares, o que torna desnecessário o processo de extração do geral do particular, ou seja, a ciência ou a teoria. Por outro lado, como face de um mesmo problema, coloca que o vivido é o real, o que significa que a experiência operária é imediatamente reveladora da essência da realidade. Tal concepção os autores apontam como sendo empirista, que vai novamente eliminar a teoria enquanto momento necessário para a produção do conhecimento.

Sendo assim, os autores concluem que a falta de precisão, tanto na formulação teórica quanto nos conceitos, é o que confere certa ambiguidade ao MOI enquanto método. Tal fato é expressão de que nos estudos concretos são recolhidas problemáticas variadas, que obedecem a uma situação política concreta sob a qual foram realizados. Desse modo, o condicionante do conjunto político concreto vai expressar o caráter de instrumento operário do Modelo, na confrontação de classe. Sendo assim, a mera análise do texto original do MOI é insuficiente para dar uma ideia clara dos seus alcances e limitações. Para tanto, torna-se necessária a revisão dos estudos concretos, visto que, apesar da utilização da mesma abordagem metodológica, são impressas ênfases diferentes, que resultam de uma análise diferente da realidade.

A partir de 1975, identifica-se um declínio do modelo. Segundo Laurell (1984), tal fato se dá em virtude da orientação geral da política sindical, potencializado pelos efeitos da reestruturação produtiva e mudanças tecnológicas, que se articulam a uma orientação ambientalista das abordagens a respeito da saúde operária. Essa combinação, segundo a autora, delineia uma tendência regressiva na luta em dois aspectos. Por um lado, fortalece a delegação técnica do estudo da problemática dos riscos ambientais e, por outro, a saúde operária será posta como uma questão a mais na lista de reivindicações e secundarizada na lista de prioridades.

Stotz e Pina (2017, p. 7) consideram que a derrota do movimento operário pode ser entendida enquanto derrota de um “ensaio radical”, que obrigou a direção dos partidos com influência na classe a questionar amplamente a gestão capitalista nas empresas. Contudo, a ofensiva burguesa, que passa a se delinear nos anos 1974-1975, destrói as experiências acumuladas, deixando evidente que qualquer conquista parcial – como o Estatuto dos Trabalhadores – será sempre parcial e, mais ainda,

provisória, trazendo como consequência uma retomada da influência da burocracia sindical na nova fase marcada pelo distanciamento entre o aparelho sindical e suas bases.

Desse modo, os autores apontam que foi aí que o MOI de luta pela saúde vai mostrar seus limites, ao se estruturar a partir do enfoque médico dominante baseado nos “grupos de riscos”, reduzindo a importância metodológica da experiência operária, conforme apontam Laurell (1984) e Laurell e Noriega (1989)

Storz e Pina (2017, p. 7), com base no pesquisador equatoriano Jaime Breilh, vão colocar que as características da gestão, organização e divisão do trabalho capitalista estão envolvidas na produtividade e, para o entendimento do processo saúde-doença dos trabalhadores, essas características não são apreendidas pela noção de “risco” ou “fatores de riscos”, “porque constitui um processo determinante de caráter necessário e permanente e não um simples perigo contingente ou provável”.

Desse modo, conforme os autores, a partir do final dos anos 1970, o enfoque nos riscos foi privilegiado para restringir a ação nos grupos de riscos e danos físico-químicos que poderiam ser negociados ponto a ponto nas empresas, inclusive com o retorno à monetização do risco, abandonando o ponto de partida da luta em torno da gestão e organização capitalista do trabalho. Assim, a ofensiva capitalista vai encontrar amparo, na antiga lógica sindical com a qual se volta a negociar a saúde.

Assim, conforme aponta Laurell (1984):

> Justo en el momento cuando las fuerzas del capital y el trabajo se confrontan respecto al control sobre el proceso de producción com proyectos globales claramente distintos, las iniciativas de lucha por la salud se desarrollan por una vía que pone em el centro, el ambiente de Trabajo e nun sentido restringido y no la organización capitalista del trabajo, que era supunto de partida. Esta opción tendrá implicaciones trascendentales, ya que la reduce, de hecho, a una cuestión secundaria, cuando se recrudece el ataque del capital sobre la classe obrera al desplegarse su estratégia com los efectos ya señalados sobre el desempleo, el salario y las condiciones de trabajo. Es una opción que abre la posibilidad, pues, de contraponer el empleo com la salud, el salario com la salud, la productividad com la salud, lo que tiende a relegarla a un segundo plano.

2.3 Da emergência à institucionalização da Saúde do Trabalhador no Brasil

Este item tem como objetivo traçar o panorama da saúde do trabalhador no Brasil, da ditadura civil-militar[26] até os anos 2000. Ele será estruturado a partir dos seguintes subitens: Trabalho e Saúde: 1964 a 1979; A Emergência da ST: O Novo Sindicalismo e a Criação do DIESAT; O Movimento de Reforma Sanitária e a Saúde do Trabalhador; A Implementação do SUS e a ST nos anos de 1990; A ST nos anos 2000: A RENAST e a PNSTT.

2.3.1. Trabalho e Saúde: 1964 a 1979

Com vistas a buscar os fundamentos sócio-históricos da constituição do campo da ST no Brasil, torna-se necessário, compreender as mudanças operadas com a instauração da ditadura civil-militar, a partir de 1964, momento em que serão impulsionadas as ações governamentais referentes à saúde no trabalho, tendo como base o modelo da SO, assim como a compreensão de que as formulações da ST se deram e foram amadurecidas no período de 1970-1980, momento em que se consubstanciam conhecimentos e práticas, que vão se contrapor às abordagens da SO, que demonstrava seu reducionismo e simplismo. Nesse sentido, o campo da ST incorporava abordagens desenvolvidas pelas Ciências Sociais, com contribuições da Medicina Social Latino-Americana (MSL) e da Saúde Coletiva. Desse modo, a

> Saúde do Trabalhador é campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque teórico-metodológico, no Brasil, emerge da Saúde Coletiva, buscando conhecer (e intervir) (n)as relações trabalho e saúde-doença, tendo como referência central o surgimento de um novo ator social: a classe operária industrial, numa sociedade que vive profundas mudanças políticas, econômicas, sociais. Ao contrapor-se aos conhecimentos e práticas da Saúde Ocupacional, objetiva superá-los, identificando-se partir de conceitos

[26] “O regime derivado do golpe do 1º de abril sempre haverá de contar, ao longo da sua vigência, com a tutela militar; mas constitui um grave erro caracterizá-lo tão somente como uma ditadura militar – se esta tutela é indiscutível, constituindo mesmo um de seus traços peculiares, é igualmente indiscutível que a ditadura instaurada no 1º de abril foi o regime político que melhor atendia aos interesses do grande capital: por isto, deve ser entendido como uma forma de autocracia burguesa (na interpretação de Florestan Fernandes) ou, ainda, como a ditadura do grande capital (conforme a análise de Octavio Ianni). O golpe não foi puramente um golpe militar, à moda de tantas quarteladas latino-americanas (os pronunciamentos dos “gorilas”) – foi um golpe civil-militar e o regime dele derivado, com a instrumentalização das Forças Armadas pelo grande capital e pelo latifúndio, configurou a solução que, para a crise do capitalismo no Brasil à época, interessava aos maiores empresários e banqueiros, aos latifundiários e às empresas estrangeiras (e seus gestores, “gringos” e brasileiros)” (NETTO apud MENEZES, 2016, p. 69).

> originários de um feixe de discursos dispersos formulados pela Medicina Social Latino-Americana, relativos à determinação social do processo saúde-doença; pela Saúde Pública em sua vertente programática e pela Saúde Coletiva ao abordar o sofrer, adoecer, morrer das classes e grupos sociais inseridos em processos produtivos. (LACAZ, 2007, p. 757-758).

O regime deflagrado em 1964, entendido como uma autocracia-burguesa – segundo Florestan Fernandes (2006) – ou ainda, como ditadura do grande capital – conforme Octavio Ianni (2019) – objetivava quebrar as barreiras políticas e sociais que pudessem impedir o desenvolvimento do projeto de internacionalização do capital. Para tanto, a ditadura civil-militar pôs em prática uma política de modernização conservadora que preservou e fortaleceu os laços de dependência econômica do país com os centros hegemônicos, ao mesmo tempo que, buscando construir as bases de um consenso passivo que pudesse legitimar o regime, quebrou a resistência organizada dos trabalhadores (MOTA, 1995)

Segundo Netto (1994, p. 16), a ditadura brasileira estava inserida num contexto que transcendia em muito as fronteiras do país, inscrita no cenário internacional, no qual ocorria uma sucessão de golpes de Estado, patrocinados pelos centros imperialistas, sob a égide norte-americana, no curso dos anos 1960, uma contrarrevolução preventiva conforme Florestan Fernandes – em escala planetária, cujos rebatimentos se davam principalmente no chamado Terceiro Mundo, onde se desenvolviam amplos movimentos de libertação nacional e social. Essa contrarrevolução preventiva tinha como objetivos: adequar os padrões de desenvolvimento nacionais e de grupos de países ao novo quadro de inter-relacionamento econômico capitalista, caracterizado por ritmo e profundidade maiores de internacionalização do capital; imobilizar os protagonistas sociopolíticos habilitados a resistir a esta reinserção mais subalterna no sistema capitalista; e, por fim, mobilizar as tendências contrárias à revolução e ao socialismo.

Entretanto, segundo o autor, além das determinações advindas do cenário internacional, é necessária a compreensão de que o golpe de 1964 tem sua significação na particularidade histórica brasileira. Ela foi a solução política, por meio de mecanismos repressivos, que, devastando o campo da democracia, inauguraram o que Florestan Fernandes (2006) qualificou de um “padrão compósito e articulado de dominação burguesa”, com vistas a beneficiar as classes proprietárias.

Conforme Bravo (1996, p.29), a ditadura militar expressou a derrota das forças democráticas, inviabilizando uma alternativa de desenvolvimento econômico-social e político via reformas democráticas e nacionais

Cabe ressaltar, que de acordo com Netto (apud MENEZES, 2016, p. 70) e, conforme já sinalizado na primeira parte deste capítulo, a burguesia brasileira não realizou uma revolução burguesa à moda “clássica”, eliminando o latifúndio e defendendo a soberania nacional. Duas são as características básicas da formação social brasileira. A primeira sinaliza que o desenvolvimento capitalista no Brasil se processou sem erradicar as formas econômico-sociais arcaicas (como o monopólio oligárquico da terra, o latifúndio). Dessa forma, o desenvolvimento do capitalismo no Brasil se deu sem realizar as reformas burguesas, como ocorreu nos países centrais. A segunda característica aponta para a sistemática exclusão do povo e das forças populares dos processos de decisão política. Assim, as classes dominantes sempre foram um adversário no processo de socialização da política no país – “daí a tradição antidemocrática (não apenas política, mas também sociocultural) que atravessa a história brasileira e os processos diretivos da nossa sociedade, que têm sido conduzidas ‘pelo alto’”.

Behring e Boschetti (2007, p. 134-135) vão apontar que, enquanto no plano internacional vivia-se um processo de reação burguesa à crise do capital no final dos anos de 1960, no Brasil, no contexto da ditadura militar pós-1964, vivia-se a expansão do “fordismo à brasileira”, por meio do chamado milagre econômico. Segundo as autoras, apesar dessa aparente falta de sincronia entre o tempo histórico brasileiro e os processos internacionais, na realidade o intenso salto econômico para adiante promovido pela ditadura está relacionado, conforme sinalizado anteriormente, com um projeto de intensa internacionalização da economia brasileira, tendo em vista a necessidade imperiosa do capital de restaurar as taxas de crescimento dos esgotados “anos de ouro”. Portanto, apesar do timing interno do país não ter acompanhado a dinâmica externa “ao pé da letra”, esteve sempre conectado a ela, assegurando a sua trajetória de heteronomia. Desse modo, a ditadura reeditou a modernização conservadora no Brasil, agora num contexto de clara natureza monopolista, configurando a questão social, que passa a ser enfrentada por meio do binômio repressão-assistência, com o objetivo de manter sob controle as forças de trabalho que despontavam. Não à toa, nesse período vai haver um forte incremento da política

social brasileira. Assim, conforme Faleiros (apud BEHRING E BOSCHETTI, 2007, p.136), as políticas sociais no contexto de perda das liberdades democráticas, censura, prisão e tortura para as vozes dissonantes farão com que o bloco militar-tecnocrático-empresarial busque a adesão e legitimidade, por meio da expansão e da modernização de políticas sociais.

Em 1966, ocorre a unificação dos IAPs num único órgão, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Segundo Bravo (1996, p. 30), a unificação da previdência social atendia a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, havendo a exclusão dos trabalhadores da gestão da previdência, tornando-os meros financiadores. A criação do INPS, segundo ela, significou a modernização da máquina estatal, aumentando seu poder regulatório sobre a sociedade, bem como representou um esforço de desmobilização das forças políticas estimuladas no período “populista”. Sendo assim, tratava-se de uma reorientação da relação do Estado com as classes trabalhadoras. Os programas de saúde e educação se desenvolveram baseados no privilegiamento do setor privado, reproduzindo na política de saúde as tendências da nova política econômica implantada.

Ainda segundo a autora, a elite dirigente tecnoburocrata, identificava, enquanto deficiências na saúde pública, a falta de planificação, falta de capacidade gerencial e pouca participação da iniciativa privada. Portanto, os problemas da saúde deveriam ser resolvidos pela tecnocracia, por meio da privatização dos serviços. O Ministério da Saúde era responsável pelas doenças que afetavam os grandes segmentos da população brasileira; enquanto que a saúde individual era de responsabilidade do setor previdenciário. A medicalização da vida social foi imposta, na saúde pública e na previdência social. O setor saúde necessitava adquirir feições capitalistas, incorporando modificações tecnológicas ocorridas no exterior. Com a reestruturação do setor em 1966, há um declínio da saúde pública em detrimento da expansão da medicina previdenciária. Desse modo, foi implantado um novo padrão de estrutura do setor saúde, cuja ênfase era a medicina previdenciária. Conforme a autora, vai se manter de modo acentuado a dicotomia entre saúde pública e saúde curativa.

Bravo (1996, p. 31) observa que Luz, ao analisar a questão da saúde no período de 1968 a 1974, vai destacar que não se pode dizer que houve um

planejamento ou planos de saúde, no sentido estrito do termo, nesse período, mas apenas uma integração de programas setoriais de atenção médica, sob a égide da previdência social, que, por meio de um conjunto de regulamentos, organizou o financiamento e o funcionamento desses programas. A partir de 1966, os departamentos de medicina preventiva vão ampliar em número e importância, expressando o discurso preventivista e a prática dele decorrentes, contudo tiveram de se subordinar às determinações políticas, de natureza assistencialista, na atenção médica. Quanto aos sanitaristas identificados com o projeto nacional-desenvolvimentista e, em consequência, com a prática preventiva e propostas inovadoras, oriundos do período anterior, foram menosprezados.

Conforme Oliveira e Teixeira (1989, p. 209), com a criação do INPS, assumindo o Estado a sua gestão, propiciou-se a implementação de uma política de saúde, que, ao atender aos interesses do capital internacional, possibilitou o desenvolvimento de um complexo médico-industrial, responsável por elevadas taxas de acumulação do capital das grandes empresas monopolistas internacionais, via produção de medicamentos e de equipamentos médicos. Desse modo, segundo os autores, a ênfase atribuída à assistência médica previdenciária vai implicar no delineamento de um padrão de organização dos serviços médicos na Previdência, em muitos aspectos diferente daquele implantado nas conjunturas que antecederam esse período. Trata-se da adoção de um modelo de privilegiamento do setor privado.

O modelo de privilegiamento do setor privado possuía cinco características marcantes: extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e rural; ênfase na medicina curativa, individual, assistencialista e especializada em detrimento da saúde pública; criação do complexo médico – industrial; interferência estatal na Previdência Social, com a organização do setor saúde sob a lógica da lucratividade, possibilitando a capitalização da medicina e o privilegiamento do produtor privado desses serviços; e a organização da prática médica, por meio da diferenciação do atendimento conforme a clientela.

Nesse modelo, o mecanismo de financiamento dos serviços contratados e conveniados variava conforme a complexidade e densidade tecnológica do ato médico, facilitando o processo de capitalização das empresas médicas e da incorporação tecnológica.

Por outro lado, segundo Mendes (1994, p. 23), conforme o sistema ampliava a cobertura do atendimento[27], iam se tornando mais claras as desigualdades no acesso, qualitativo e quantitativo, entre as diversas clientelas urbanas, e destas com as rurais. E, ao se ampliarem as clientelas da Previdência Social, com elas surgem diferentes modalidades assistenciais, assim como diferentes formas de contratação com o setor privado que começa a fracionar-se segundo interesses particularizados.

De acordo com Oliveira e Teixeira (1989, p.211), o processo que vai ocorrer em todos os setores econômicos, assim como na Previdência Social, é a subordinação crescente da atividade privada às instituições estatais, ao mesmo tempo que o Estado passa a regular tais atividades, propiciando o crescimento e a expansão da iniciativa privada. Assim, essa forma de organização do mercado, trazida pelo INPS, propiciou que a prática médica se tornasse uma atividade altamente lucrativa, ao mesmo tempo que os interesses econômicos da indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares passassem a se inserir na órbita da reprodução do capital.

No âmbito da saúde no trabalho, a estrutura do sistema de saúde brasileiro mostrou-se adequada ao desenvolvimento do modelo de Saúde Ocupacional (SO), com sua lógica privatista e vinculada às esferas trabalhista e previdenciária.

No âmbito dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, Lacaz (1996, p. 77) vai destacar que tal centralização política-administrativa dos IAPs, com a criação do INPS, acabou por trazer como “subprodutos” a possibilidade de organização das primeiras estatísticas de âmbito nacional de acidentes de trabalho, anteriormente dispersas e fragmentadas. Neste aspecto, considera que a Fundação Centro Nacional de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO) teve papel central no desenvolvimento das ações de treinamento e qualificação técnica para as campanhas e atuação contra os acidentes de trabalho, cuja ênfase era a política de SO, realizada por técnicos sem a participação dos trabalhadores e seu saber.

A Fundacentro (atual Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho), foi criada em 1966, contudo, segundo Lacaz (1996, p. 80) ela iniciou o seu funcionamento somente em 31/01/1969, após a edição do Ato “Inconstitucional” nº. 5, num contexto inviável à participação dos trabalhadores e suas

[27] É importante lembrar, que, em 1971, é instituído o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL); em 1972, são incluídos na Previdência Social os empregados autônomos e os domésticos.

organizações nas atividades e na Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho, instituída em caráter permanente pelo Decreto nº. 68.255 de 16/02/1971, sob a coordenação do Ministério do Trabalho e Previdência Social. Para o autor, esse organismo foi elemento fundamental na estratégia de legitimação do regime ditatorial junto aos empresários e trabalhadores.

É importante sinalizar que, em 1968, é divulgada, pela primeira vez no Brasil, por meio do INPS, as estatísticas oficiais de acidente de trabalho, que apresentou número alarmante sendo alvo de observações por parte de vários setores da sociedade, apesar da restrição à liberdade de Imprensa. Nos anos subsequentes, os índices de acidente de trabalho se mantiveram altíssimos, fazendo com que o país viesse a ganhar, em 1970, o título de "campeão mundial de acidentes de trabalho", e, apesar do silêncio imposto pelo regime à sociedade brasileira, não impediu que o número alarmante de acidentes de trabalho chegasse aos órgãos internacionais que lidavam com a questão e, segundo Vasconcellos (2011, p.145), o Banco Mundial teria pressionado o governo brasileiro ameaçando bloquear qualquer empréstimo caso o quadro permanecesse.

Segundo Vasconcellos (Ibidem, 2011, p. 145), tal fato vai ocorrer no contexto do chamado "milagre econômico"[28] (1969-1973), momento em que o crescimento do PIB oscilou 10% ao ano e houve a preocupação do governo ditatorial com sua imagem, querendo retirar a alcunha de irresponsabilidade quanto ao problema.

Em 1967, conforme aponta Vasconcellos (2011, p. 144), a CLT recebeu suas primeiras grandes alterações, por meio do Decreto-Lei 229, de 28 de fevereiro. No capítulo referente à saúde, o título do capítulo, foi invertido de "Higiene e Segurança do Trabalho" para "Segurança e Higiene do Trabalho". Na seção IV, "Medicina do Trabalho", no qual são tratados os exames médicos em seu artigo 167, o autor chama a atenção para o seu parágrafo 2ª, no qual coloca que "A Previdência Social colaborará, dentro das possibilidades dos seus serviços médicos, na realização dos exames previstos neste artigo" e, no parágrafo 3ª, observa que "Os exames médicos deverão ser orientados no sentido de investigar a capacidade física do empregado

[28] Segundo Souza (2009, p. 117), o modelo chamado "Milagre Econômico", de 1968-1973, foi sustentado, entre outros, pela intensificação das horas trabalhadas, pela diminuição dos salários e pela submissão do trabalhador aos ritmos das máquinas, representando o aumento do número de acidentes de trabalho, o que permitiu demonstrar sinais de fragilidade do sistema, numa conjuntura de crise econômica e de deflagração do processo de organização e articulação dos movimentos sociais, sindicais e populares.

para a função que exerça ou venha exercer". Com isso, segundo o autor, é aberta a possibilidade dos exames médicos laborais serem realizados no setor público da Previdência Social, retirando, assim, a responsabilidade do empregador.

Segundo Lacaz (1996, p. 78), os anos 1970 serão marcados por uma ação campanhista contra os acidentes de trabalho e a construção de uma Política Nacional de Segurança e Higiene no Trabalho, que terá nos serviços de segurança e medicina do trabalho a sua base, e o amparo do Ministério do Trabalho (MTb) e do seu "braço político-ideológico", a FUNDACENTRO, que se tornará o epicentro operacional do movimento campanhista, tendo papel central no desenvolvimento de campanhas a nível nacional.

Tal política, segundo o autor, baseava-se, fundamentalmente, na delegação às empresas da tutela da saúde dos trabalhadores.

Os Serviços Especializados em Segurança (Higiene) e Medicina do Trabalho (SESHMTS), calcados na Recomendação da OIT de 1959, estarão prescritos na Portaria nº 3237 de 27/07/1972, dentro do Plano Nacional de Valorização do Trabalhador, que, em sua meta IV, tratava da segurança e higiene do trabalho. A portaria previa a criação e a obrigatoriedade da implantação dos SESHMTS, semelhantes aos Serviços Médicos de Empresa até então existentes, a qual seria modificada por meio da Portaria do MTb, nº 3460 de 31/12/1975.

Assim, segundo Lacaz (1996, p. 85), a redução da frequência de acidentes de trabalho dar-se-ia através de medidas aparentemente técnicas, delegadas às empresas, sem qualquer participação dos trabalhadores. Desse modo, vai se consubstanciar com maior nitidez a atuação da medicina articulada à produtividade, que, nas décadas de 40 e 50, ainda se explicitava de forma tímida e apenas enunciada nos anos 30 pela higiene do trabalho e já implementado nos anos 60, quando inicia o estabelecimento do convênio do INPS com as empresas (sendo o primeiro iniciado em 1964 entre o IAPI da Volkswagen de São Bernardo do Campo), que recebem um "valor fixo" e passam a comprar serviços de empresas de assistência médica, as "Medicinas de Grupo[29]", que passam a assumir as funções de seleção da mão de obra, controle periódico de pessoal e absenteísmo.

[29] Oliveira e Teixeira (1989) vão tratar desse subsetor de credenciamento no INPS, no contexto de expansão do complexo previdenciário.

Em 1974, ocorre o esgotamento do “milagre econômico”, em virtude dos impactos da economia internacional, restringindo o fluxo de capitais, assim como por limites internos. Com isso, Bravo (1996, p. 40) vai apontar, que vai iniciar a implementação, pelo alto núcleo militar do regime, da sua estratégia de sobrevivência, autodenominada “processo de distensão”.

Nesse contexto, segundo Bravo (1996, p. 40), o Estado será caracterizado pela relação de forças, entre as frações do bloco de poder, e entre essas e as classes dominadas. A intervenção estatal sobre a questão social, vai explicitar uma crise em virtude da omissão ou inoperância do Estado frente aos problemas sociais no período pós-1964.

A crise econômica e de legitimação do regime, segundo Bravo, vai obrigar o governo a realizar algumas mudanças na área da saúde. Oliveira e Teixeira (1989, p. 236) vão caracterizar esse período, como de “crises e reformas” do complexo previdenciário, visto que tais modificações não significaram uma ruptura com o modelo adotado anteriormente, mas uma segunda fase de um mesmo período, no qual são mantidas as mesmas características do período como um todo e a contradição decorrente da expansão da cobertura via compra de serviços do setor privado.

A situação econômica das camadas médias urbanas e trabalhadoras vai se deteriorar a tal ponto que vai reduzir significativamente as bases de apoio ao governo. Além disso, a perda do poder aquisitivo do salário mínimo, associado a um processo de migração intensa e urbanização desordenada, com rebatimentos nas condições de vida das populações urbanas, vai levar a um aumento significativo da mortalidade infantil, e as epidemias de meningite, inicialmente em 1973, depois em 1974 e 1975, constituindo-se em um alerta ao governo e a população. Tratava-se de um quadro de crise sanitária, contudo dois grandes problemas políticos precisavam ser contornados: as defecções no seio das classes dominantes e a redução das tensões sociais entre o Estado e as classes trabalhadoras e entre essas e as classes dominantes.

Desse modo, a estratégia governamental foi tornar a questão social prioritária, com destaque para a previdência social. O II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), apesar das suas contradições, vai apontar como prioridades a implementação de uma política social que possibilitasse a redistribuição de rendas; contudo, segundo Bravo (1996, p. 41), até o seu final, tal prioridade se manteve somente no plano da retórica. Nesse período, diversas medidas legais e de caráter administrativo foram

tomadas. A primeira refere-se à Lei 6036, de 1974, que vai dividir o MTbPS (Ministério do Trabalho e Previdência Social) em Ministério do Trabalho (MTb) e Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Bravo (1996) vai apontar que o MPAS não veio a apresentar um plano global consistente, constituindo-se apenas numa junção de órgãos, incluindo duas fundações de caráter nacional: a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e a Fundação Nacional do Menor (FUNABEM), antes vinculadas à Presidência da República.

Em relação à saúde no trabalho, Lacaz (1996, p.74) vai apontar que a divisão do MTbPS fez com que a prevenção dos infortúnios[30] no trabalho permanecesse no MTb e o pagamento de benefícios às vítimas e a assistência médica com o novo MPAS. Em finais de 1974, é criado o Fundo de Apoio Social ao Desenvolvimento (FAS) que iria financiar os hospitais construídos pela iniciativa privada. Ainda em 1974, é criado o Plano de Pronto Ação (PPA), que vai universalizar o atendimento de urgências. Também, ele vai reorganizar as relações da previdência com os diferentes prestadores de serviços, a partir de formas de pagamento distintas: contratos e credenciamentos por meio de serviços prestados, e convênios por subsídios fixos. Mendes (1994, p. 24-25) vai sinalizar que foi a partir da criação do PPA – que previa a criação do chamado convênio-empresa – que vai se conformando de forma embrionária a modalidade assistencial da atenção médica supletiva que se torna hegemônica na década de 1980.

Em 1975, foi sancionada a Lei 6229, que vai tratar da organização do Sistema Nacional de Saúde (SNS), no qual vai ocorrer a divisão de competências. Ao Ministério da Saúde (MS), caberá o papel de reformulação da política de saúde e das ações de caráter coletivo; enquanto que ao MPAS caberá a assistência médica individual e ao MTb (Ministério do Trabalho), a atribuição de higiene e segurança no trabalho, com prioridade de ações preventivas, havendo, conforme Lacaz (1996, p. 74), uma dicotomia entre os órgãos e suas atividades.

Segundo Bravo (1996, p. 43-44), o projeto original do SNS criticava a filosofia liberal que impedia o Estado de assumir sua responsabilidade, assim como a ação

[30] A ideia de “infortúnio” desconsidera as condições e organização do trabalho e os acidentes de trabalho são compreendidos como fatalidades, infelicidade, falta de sorte e os riscos são vistos como inerentes à atividade profissional; “[...] tais noções naturalizam a ocorrência dos agravos à saúde no trabalho, aliando a fatalidade da propensão individual aos acidentes, com a do trabalho como algo inevitavelmente nocivo à saúde” (LACAZ, 1996, p. 16).

ampliada da iniciativa privada, propondo a formulação de um plano geral coordenado pelo setor estatal. Contudo, tal elaboração se deu em um momento de luta no interior do setor público entre os representantes do pensamento médico-social e os do setor privado. O primeiro grupo, constituído de sanitaristas progressistas, ocupoucargos no MS e recuperouo discurso desenvolvimentista, criticando o pensamento sanitarista campanhista representado pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Segundo a autora, este grupo venho a enfrentar hostilidades do grupo conservador dentro do próprio MS. Assim, as pressões políticas ao projeto original foram intensas, levando à sua alteração, sendo adotada uma solução pluralística para o sistema, não discriminando as regras mínimas de convivência entre a prática médica privada e empresarial.

Em 1976, é regulamentada a nova Lei de Acidentes de Trabalho, que, além de reduzir o valor dos benefícios, retirou a cobertura legal do seguro a muitas doenças e acidentes relacionados ao trabalho e, ainda, “[...] criou novas exigências absurdas, deixando inúmeras lesões sem qualquer proteção” (RIBEIRO; LACAZ spud SOUZA, 2009). Para Ribeiro e Lacaz (apud SOUZA, 2009), a nova Lei diminuiu a demanda para o seguro social, afastando a viabilidade de cerca de 90% das doenças ocupacionais.

Os autores expõem que a mudança na legislação de cobertura aos acidentes de trabalho também representou uma das estratégias do governo para diminuir as estatísticas. Tal fato é reforçado por Lacaz (1996, p. 75), que demonstra que o governo em uma aliança com os empresários não conseguiu inferir nas condições causadoras de acidentes de trabalho e diz que a meta de reduzir os acidentes foi “[...] alcançada com a propaganda oficial da queda do número absoluto de acidentes do trabalho, a partir de 1976, pouco importando se à custa de notória manipulação das estatísticas [...]”.

Na cadência da revisão dos marcos legais trabalhistas, visando a dar conta dos graves problemas, o governo ditatorial, promulga a Lei 6514, de 22 de dezembro de 1977, que modifica o Capítulo V do Título II da CLT, cujas diretrizes vão remeter a regulamentação das Normas Regulamentadoras (NRs).

Em 1978, em continuidade ao processo de institucionalização iniciado com o MPAS, é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), com vistas a reorganizar o sistema e racionalizar custos elevados com os gastos com

assistência médica. Ele será composto por novas autarquias: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS). Segundo Lacaz (1996, p.74), na prática, vai caber ao INPS o pagamento de benefícios e a reabilitação; a assistência médica individual ao trabalhador segurado vai caber ao recém-criado INAMPS e a arrecadação e controle da cobrança ao IAPAS.

Segundo Bravo (1996, p. 45), o SINPAS pode ser compreendido no processo crescente de universalização e adoção do modelo de seguridade ao invés do de seguro. Nesse sentido, considera a criação do INAMPS a expressão dessa tendência, ao aglutinar a assistência médica concedida a todos os órgãos, desvinculando a assistência médica dos benefícios. Contudo, a autora vai apontar que tal modificação não foi seguida de medidas de suporte financeiro, sendo mantida a contribuição dos segurados como esteio da previdência. Desse modo, as reformas implementadas foram incapazes de resolver a crise decorrente da contradição entre a tendência à universalização e a pouca flexibilidade da base financeira no referente ao sistema de contribuições e a impossibilidade de controle dos produtores privados de serviços médicos.

Em 1978, será emitida a Portaria 3214, que vai estabelecer as NRs, dentre as quais a que cria os Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), considerados por Lacaz (1996), como a “ponta de lança” para a política de prevenção dos acidentes de trabalho. Os SESMETs ficam a cargo das empresas e sua fiscalização no MTb. Seguindo essa dinâmica, a responsabilidade pela saúde dos trabalhadores é transferida para as empresas e os trabalhadores se subordinam cada vez mais aos requisitos de produtividade destas. Segundo o autor, esses serviços eram uma obrigatoriedade das empresas com mais de 100 funcionários, sendo uma falha à medida que nos pequenos e médios empreendimentos haviam elevado números de ocorrências.

Segundo Vasconcellos (2011, p.151-152), os SESMTs são aplicáveis apenas a algumas empresas de porte, e apresenta um dilema quanto à autonomia técnica, visto subordinar os profissionais técnicos ao contrato obrigatório com a empresa, tornando-os vulneráveis na tomada de decisões que contrariem os interesses da empresa. Segundo o autor, embora esse tema seja antigo e já tenha sido solucionado em alguns países, no Brasil, o contrato vinculante à empresa coloca uma camisa de

força na atuação técnica mais ostensiva na busca de soluções mais definitivas. Apesar da ratificação no Brasil da Convenção 161 da OIT, que trata dos Serviços de Saúde no Trabalho, que em seu artigo 10 propugna a “plena independência profissional” do pessoal desses serviços, não existem mecanismos garantidores, no qual o autor cita a proibição imotivada desses técnicos, o que resulta no descumprimento de parte da Convenção.

Conforme aponta Lacaz (2007, p. 758), a configuração do campo da ST constitui-se por três vetores: produção acadêmica; a programação em saúde na rede pública; o movimento dos trabalhadores, especialmente a partir dos anos de 1980, quando seu discurso vai assumir caráter mais propositivo junto ao Estado, ao “... vislumbrar a possibilidade das classes trabalhadoras influírem mais decididamente na esfera política, deixando de dizer apenas não, para também indicarem soluções para os problemas sociais, políticos e econômicos” (RODRIGUES apud LACAZ, ibidem, p. 758). Portanto, sua origem se dá quando da confluência desses vários atores, que situados em espaços e lugares sociais diferentes, questionam as concepções e as políticas de saúde até então vigentes.

Assim, conforme Lacaz (2007, p.763). para se entender a emergência do campo Saúde do Trabalhador, como prática teórica (geração de conhecimentos) e prática político-ideológica (superação de relações de poder e conscientização dos trabalhadores), é necessário salientar que ele emerge paralelamente ao amadurecimento do processo de industrialização e ao modo particular que assume na América Latina nos anos de 1970, com o surgimento de uma classe operária industrial urbana. Tal ator, que se conforma como força social e política, busca como aliados setores médios, particularmente intelectuais de fora e de dentro da universidade. Nesse aspecto, considera que as Semanas de Saúde do Trabalhador, realizadas a partir de 1979, refletem isso e resultam da ação conjunta de sindicatos de trabalhadores e de técnicos militantes.

Sendo assim, Tambellini, Almeida e Câmara (2013, p. 22-23), vão apontar o ano de 1969, como marco inicial do movimento de crítica ao modelo de saúde vigente no país. Este período inicial, segundo os autores, será marcado por dois momentos: o primeiro que vai de 1969 a 1979, no qual o acidente de trabalho era considerado no campo político como uma questão de segurança nacional e, no campo da saúde, havia tentativas persistentes de legitimação da área como parte da Saúde Coletiva. O

segundo momento, que vai de 1980 a 1988, trata-se do momento em que se torna evidente a articulação de forças em torno da defesa da democracia e contra a ditadura, no qual a presença e importância da relação trabalho e saúde tornam-se patentes nas discussões relativas à questão da saúde, bem como tal relação passa a ser elemento reconhecido nas articulações políticas do movimento de redemocratização do país, especialmente no que concerne à luta pela saúde do trabalhador, que veio a contribuir para a aproximação dos sindicatos dos trabalhadores com o Movimento de Reforma Sanitária.

Sendo assim, o discurso da saúde do trabalhador vai emergir na perspectiva acadêmica, política e institucional na saúde coletiva, em contraposição à base conceitual e prática da Saúde Ocupacional (SO) e Medicina do Trabalho (MT). Como parte integrante da saúde coletiva, buscava ultrapassar o caráter simplista e reducionista dessas abordagens, incorporando abordagens desenvolvidas pelas Ciências Sociais, e com a contribuição da MSL (Medicina Social Latino Americana), que vai introduzir a análise da determinação social do processo saúde-doença, tendo o trabalho como categoria central para explicá-lo.

Assim, a saúde do trabalhador é, em sua origem,

> [....].um corpo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, humanas – e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum. Essa perspectiva é resultante de todo um patrimônio acumulado no âmbito da Saúde Coletiva, com raízes no movimento da Medicina Social latino-americana e influenciado significativamente pela experiência italiana. (MINAYO-GÓMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p.25).

Segundo Mendes (apud LACAZ, 2007, p. 759), é da Medicina Preventiva que vão emergir as bases para o discurso da SO pela OIT/OMS, ao utilizar termos como prevenção, proteção, riscos, adaptação, na intervenção referente à saúde dos trabalhadores, que teve forte influência na política adotada pelo regime ditatorial, conforme já abordado. Nesse contexto, o paradigma da causalidade dos agravos à saúde dos trabalhadores é concebido a partir de uma visão das condições do trabalho de modo a-histórico e descontextualizado das relações econômicas, político-ideológicas e sociais, que exercem influência nos nexos entre trabalho e saúde-doença.

Sendo assim, a abordagem das relações trabalho e saúde-doença, de acordo com a SO, parte da idéia cartesiana do corpo como máquina, o qual expõe-se a

agentes/fatores de risco. Desse modo, as consequências do trabalho para a saúde resultam da interação do corpo (hospedeiro) com agentes/fatores (físicos, químicos, biológicos, mecânicos), existentes no meio (ambiente) de trabalho, que mantêm uma relação de externalidade aos trabalhadores. O trabalho é apreendido por meio de características empiricamente detectáveis através de instrumentos das ciências físicas e biológicas. Aqui, conforme Arouca (apud LACAZ, Ibidem, p.759), os "limites de tolerância" e "limites biológicos de exposição", emprestados da higiene industrial e toxicologia, sustentam a intervenção na realidade laboral, e, como consequência dessa compreensão, o controle da saúde preconizado pela SO vai se resumir à estratégia de adequar o ambiente de trabalho ao homem e cada homem ao seu trabalho, derivando daí a importância dos exames admissionais e periódicos, realizados pelos SESMTs, que visam a selecionar os mais hígidos, excluindo os que apresentem algum "desvio" da normalidade. Enfatiza-se a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) em detrimento da proteção coletiva, normatizando formas de trabalhar consideradas seguras, conformando, conforme Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997, p. 23), somente um quadro de prevenção simbólica, sendo imputado aos trabalhadores o ônus pelos acidentes e doenças, vistos como decorrentes da ignorância ou negligência dos mesmos, caracterizando uma dupla penalização.

Segundo Lacaz (2007, p. 759), os limites epistemológicos da abordagem da SO fazem com que escape a ela a possibilidade de considerar e apreender nexos mais complexos dessas relações, como aquelas configuradas pela organização-divisão do trabalho, tais como o ritmo; a duração da jornada; o trabalho em turnos; a hierarquia; a fragmentação/conteúdo das tarefas; o controle da produtividade, que trazem como consequências para a saúde doenças crônico-degenerativas e distúrbios mentais dos coletivos de trabalhadores, contribuindo muito pouco, visto atuar sobre indivíduos, privilegiando o diagnóstico e o tratamento dos problemas de natureza orgânica, a partir da perspectiva empirista e positivista advinda da clínica. Do ponto de vista disciplinar e profissional, vai abranger fundamentalmente as áreas da medicina e da engenharia de segurança, restringindo-se ao âmbito contratual das empresas.

Diferentemente, vai se dar a compreensão das relações trabalho e saúde-doença introduzida pela análise da determinação social, advinda da MSL, que terá

como categoria central o processo de trabalho, conceito recuperado nos anos de 1970 das ideias expostas por Marx em *O capital*. Sendo assim,

> Se, durante algum tempo predominou a abordagem dos nexos saúde-doença e trabalho a partir da visão ambientalista, derivada (…) da noção de contágio de forte influência positivista, (…) é através da ruptura promovida pela incorporação da categoria processo de trabalho, promovida pela MSL (…) que se inscreve o projeto contra-hegemônico (LACAZ apud LACAZ, 2005).

De acordo com a MSL, o processo de trabalho, enquanto categoria explicativa do processo saúde-doença, encontra-se inscrito nas relações sociais de produção estabelecidas entre capital e trabalho. Desse modo, o processo saúde-doença é não somente um processo biopsíquico, mas, antes de tudo, um processo social. Nesse sentido, Laurell (1982, p.10) vai dizer que

> el proceso salud enfermedad está determinado por el modo como el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado; apropiación que se realiza por medio del proceso de trabajo basado en determinado desarrollo de las fuerzas productivasy relaciones sociales de producción.

Os elementos básicos do processo de trabalho são o objeto de trabalho, os instrumentos de trabalho e o próprio trabalho. Conforme Laurell e Noriega (1989, p.106), sua análise possui duas vertentes: uma técnica e outra social. Isto significa dizer que é necessário não somente analisar os aspectos químicos, físicos e mecânicos do seu objeto de trabalho, mas também sua vertente social – o porquê e como chega a sê-lo. Também os instrumentos de trabalho e a tecnologia precisam, de um lado, ser compreendidos, no referente à sua conformação técnica, e, de outro, enquanto materialização de uma determinada relação entre capital e trabalho. E, por último, o trabalho deve ser entendido como processos corporais, mas também como expressão concreta da relação de exploração através de sua organização e divisão do trabalho. Assim, extraídas as características básicas de tais elementos, torna-se necessário analisar a relação entre eles para reconstruir a dinâmica do processo de trabalho.

> ...em que pese o caráter técnico do processo de trabalho, a chave para se entender como se constitui não reside na lógica tecnológica abstrata, mas na lógica concreta do processo de valorização, ou seja, na estratégia empregada pelo capital, num momento histórico específico, para extrair mais-valia. Desta forma, o processo de trabalho é a materialização do processo de valorização e divisão do trabalho, e somente decifrável a partir dele (LAURELL; NORIEGA, 1984, p.105).

Desse modo, a apropriação do conceito de processo de trabalho como instrumento de análise permite apreender a dimensão histórica e social do trabalho e da saúde-doença. Portanto, conforme Lacaz (2007, p. 759-760),

> Importa, então, desvendar a nocividade do processo de trabalho sob o capitalismo e suas implicações: alienação; sobrecarga e/ou subcarga; pela interação dinâmica de “cargas” sobre os corpos que trabalham, conformando um nexo biopsíquico que expressa o desgaste impeditivo da fluição das potencialidades e da criatividade.

Assim, a Saúde do Trabalhador é compreendida como um campo de saberes e práticas que trata do processo saúde-doença abordado por meio do perfil de morbimortalidade, de sofrimento e mal-estar dos coletivos de trabalhadores, e suas relações com o processo de trabalho/produção como um processo histórico, contraditório, dinâmico, em constante movimento, determinado pelas relações econômicas, sociais, político-ideológicas, culturais entre capital x trabalho em uma formação social concreta.

Segundo Minayo-Gomes e Thedim-Costa (1997, p. 28), a análise dos processos de trabalho tem como potencialidades a necessidade da adoção do tratamento interdisciplinar requerido para estabelecer e articular dois planos. O primeiro contempla o contorno social, econômico, político e cultural, que define as relações travadas nos espaços de trabalho e as condições de reprodução dos trabalhadores; e o segundo refere-se a algumas características dos processos de trabalho que têm potencial repercussão na saúde dos trabalhadores. Para tanto, com vistas a detectar tais características são utilizadas algumas noções e conceitos mediadores, como “risco”, “carga de trabalho”, “exigências” ou “requerimentos”, referentes às condições materiais ou a componentes mais significativos advindos da organização do trabalho (MINAYO-GOMES, 2011, p. 26).

Por outro lado, na medida em que as classes trabalhadoras constituem um novo sujeito político e social, a perspectiva da MSL, conforme aponta Lacaz (1996, p. 24), vai incorporar uma idéia de Trabalhador completamente diferente da perspectiva da MT e SO, percebendo-o como agente de mudanças, com saberes e vivências sobre o seu próprio trabalho compartilhadas coletivamente e, como tal, pode intervir e transformar a realidade de trabalho, por meio da reivindicação de direitos, participando do controle da nocividade; da definição consensual de prioridades de intervenção e da elaboração de estratégias transformadoras

Conforme Lacaz (2007, p. 760), na década de 1970, vão completar-se as transformações socioeconômicas, políticas e culturais na América Latina no que se refere à industrialização e à urbanização, sendo nessa época que serão publicados importantes estudos sobre as relações trabalho e saúde, tendo como referências para entendê-las os textos de Laurell e Tambellini, referentes aos contextos socioeconômicos do México e do Brasil. Além disso, nesses anos, na América Latina, se dará a emergência dessa formulação teórico-conceitual acompanhada de uma nova visão sanitária, no qual retornava-se ao social para apreender a determinação dos agravos à saúde dos trabalhadores, incorporando categorias do marxismo, conforme elaboração teórico-metodológica de autores "filiados" à Medicina Social Latino-Americana e à Saúde Coletiva.

Tambellini *et al.* (apud LACAZ, 2007, p. 760) trazem elementos para pensar a epistemologia do campo ao discutirem as relações trabalho-saúde em abstrato, pela elaboração de grupo multiprofissional de investigadores (da saúde, ciências sociais, filosofia), cujo objeto – as relações capital/trabalho; trabalho/ saúde; sociedade/classes/saúde – constrói- se por meio de uma abordagem teórico-conceitual e análise inter(trans)disciplinar. Os produtos do conhecimento científico derivado dessa abordagem e suas consequências para a saúde vão contribuir para a elaboração de políticas públicas, ao lado da formulação teórica, que permite maiores níveis de consciência política, bem como novas modalidades de organização do saber, podendo subsidiar ações sociais abrangentes em saúde, mediante prática-teórica cujos agentes são equipes de técnicos, trabalhadores e profissionais da saúde que buscam colocar a técnica a serviço do polo de trabalho. Desse modo, a investigação em Saúde do Trabalhador parte das classes, frações de classes e grupos de trabalhadores organizados política e economicamente, adotando instrumentos da Saúde Coletiva, da clínica, da epidemiologia aos quais vão se agregar ferramentas do planejamento, política, economia etc., com vistas à prevenção e buscando manter os determinantes da saúde sob controle dos trabalhadores para a defesa de sua saúde, por meio da construção do conhecimento da realidade de modo mais integrado e participativo. Assim, para aqueles autores, segundo Lacaz (Ibidem, p. 760), o estudo das relações de trabalho e saúde e a conscientização pela informação compartilhada vão permitir a atuação democrática no sistema de saúde dos profissionais de saúde e dos trabalhadores.

2.3.2 A emergência da Saúde do Trabalhador (ST): O novo sindicalismo e a criação do DIESAT

Considerando que a participação dos trabalhadores como protagonistas nas pesquisas e intervenções é um princípio fundamental do campo da ST no Brasil, visto a influência do MOI, torna-se necessário para a compreensão do histórico da saúde do trabalhador tomar como ponto de partida os anos de 1978/79. É neste período que se delineiam as mudanças mais significativas no cenário nacional, com o ressurgimento do movimento sindical no cenário político, com o surgimento do novo sindicalismo, que tem início em 1978 com uma onda de greves nas indústrias automobilísticas do ABC paulista, e que se espalham por grande parte do território nacional nos anos subsequentes. Tais movimentos rebelavam-se contra a superexploração do trabalho, expressa pela política de arrocho salarial implementado pelo regime ditatorial; contra a legislação repressiva que regulava a ação sindical e contra o atrelamento sindical (ANTUNES, 1995, p.12).

Conforme aponta Antunes (1988, p.13-14).

> Finda a euforia do “milagre”, o afloramento da crise econômica atingiria ainda mais diretamente a classe trabalhadora. que pautava a sua atuação nos marcos da resistência contra o binômio arrocho-arbítrio, superexploração-autocracia, que entrelaçados intimamente, impunham ao proletariado metalúrgico uma dura realidade. Essa resistência era marcadamente defensiva, caracterizada pelas freagens e o “amarrar” da produção que refletiam, de um lado, a criatividade no plano da espontaneidade operária, e de outro, os limites imanentes a essa forma de luta. Por vezes com um componente mais acentuadamente classista e coletivo ora mais grupais e parciais ou mesmo expressando ações isoladas, estas manifestações foram inequívoca expressão da repulsa operária.

Das greves operárias que eclodiram em finais da década de 1970, vão emergir duas correntes sindicais, que vão participar da construção da Central Única dos Trabalhadores (CUT), em 1983: a Oposição Sindical Metalúrgica de São Paulo (OSM-SP)[31] e o sindicalismo autêntico dos metalúrgicos do ABC paulista. As oposições

[31] Conforme apontam Pina, Eberhardt, Storz, Marxta, Esteves e Magalhães (2020, p.239-240), as origens da OSM-SP remontam ao final da década de 1960, mantendo uma atuação permanente no interior das fábricas para organização dos trabalhadores, não se limitando à disputa eleitoral dos sindicatos. Sua atuação, percorreu, segundo os autores, um exílio no interior das fábricas, nos quais

sindicais eram mais refratárias à atuação por dentro da estrutura sindical, tendo como bandeira de luta a organização de base, por meio das comissões de fábrica, independentes das estruturas sindicais. Já o sindicalismo autêntico defendia a atuação por dentro da estrutura sindical oficial, articulando as organizações nos locais de trabalho à estrutura sindical do Estado.

Foi a partir dessas duas grandes tendências – heterogêneas e muito diversas, visto aglutinarem vários grupamentos – que nasce o projeto de criação da CUT. Como momentos embrionários da reafirmação do novo sindicalismo, Antunes (1995, p. 29) vai apontar a ocorrência do Congresso de Poços de Caldas (MG) e o Congresso de Lins (SP), que tiveram como marca o questionamento da prevalência, até então, da burocracia sindical e do peleguismo sobre as entidades sindicais. Com eixos de ação diferenciados, segundo o autor, realizou-se o Encontro Nacional das Oposições Sindicais e, posteriormente, o I Encontro Nacional dos Trabalhadores nas Oposição à Estrutura Sindical (ENTOES), reafirmando o papel das oposições sindicais na luta contra o sindicato oficial. Da ação convergente entre o novo sindicalismo e o movimento de oposição sindical, caminhou-se para a criação, em 1983, de uma central sindical de âmbito nacional. Teve papel decisivo neste contexto, segundo o autor, o movimento sindical rural, que vivenciou significativo desenvolvimento, principalmente pela ação da esquerda católica, conferindo ao novo sindicalismo e ao movimento das oposições sindicais presença central do proletariado rural e dos pequenos proprietários expulsos da terra em decorrência da concentração fundiária. O autor destaca o fato de que esse segmento do movimento sindical rural, que participou ativamente na construção da CUT, não estava sob a direção da Confederação Nacional dos Trabalhadores Agrícolas (CONTAG), que se situava fora do campo político da CUT.

Em 1981, foi realizado I Congresso Nacional das Classes Trabalhadoras (CONCLAT), onde foi fundada a CUT e aprovados os Estatutos da Central, que incluíam dentre outros princípios, conforme Mattos (2003, p. 67), “a defesa de: democracia sindical; unidade da classe trabalhadora; liberdade e autonomia sindicais; organização por local de trabalho”; em nível estratégico mais amplo, afirmam, em seu

---

realizaram inúmeras lutas e resistências silenciosas dos operários. Com a explosão das greves, no qual emergiram as Comissões de Fábrica, puderam liderá-las, assumindo a luta e a negociação direta com o patronato, à margem do sindicato oficial e confrontando a estrutura sindical atrelada ao Estado.

artigo 2º, que a CUT é uma Central unitária e classista, que luta pelos objetivos imediato e histórico dos trabalhadores, cuja perspectiva é uma sociedade sem exploração, no qual impere a democracia política, social e econômica.

Segundo o autor, nos encontros intersindicais que antecederam a criação da CUT – principalmente no CONCLAT –, as lideranças que viriam a constituí-la contaram com adversários, no campo das forças que lutavam contra a ditadura, que eram os sindicalistas vinculados às organizações da esquerda tradicional (PCB, PC do B e MR-8), alinhados em torno da corrente "Unidade Sindical", que se uniram a alguns pelegos que buscavam apresentar-se como "modernos", como era o caso de Joaquim dos Santos Andrade (O "Joaquinzão"), dos Metalúrgicos de São Paulo. Tais grupos defendiam que a superação política da ditadura tinha como prioridade a convocação de uma Assembléia Nacional Constituinte em detrimento das reivindicações econômicas dos trabalhadores. Desse modo, pregavam a contenção da ação sindical e buscavam adiar ao máximo a criação da CUT. Enquanto forma de organização, defendiam uma central de direções sindicais, em contraposição aos que fundaram a CUT, cuja palavra de ordem era "Construir a CUT pela base".

Diante da iniciativa de construção da Central, conforme Mattos (Ibdem, 2003, p. 68-69), aglutinaram-se muitos sindicatos urbanos e rurais, bem como federações e confederações da estrutura sindical oficial em torno de uma Coordenação Nacional das Classes Trabalhadoras (também denominada CONCLAT), criada em 1983, que posteriormente daria lugar à Central Geral dos Trabalhadores (CGT)[32]. Aliando-se a diversos dirigentes antes vinculados à ditadura e ao sindicalismo atrelado ao Estado, os militantes da esquerda comunista vieram a perder espaço, pouco a pouco, na CGT, levando-os por fim a abandonarem ela e a ingressarem na CUT, já nos anos de 1990.

A CGT veio a dar origem a diversas outras centrais. Na década de 1990, ganhou notoriedade – apesar de pouco expressiva em termos de adesão dos sindicatos – uma nova central, por ter apoio do governo e do empresariado quanto à

[32] Antunes (1995, p. 36-37) vai apontar que a CGT reavivou, de forma arquideformada, o projeto do antigo Comando Geral dos Trabalhadores (CGT) – que já foi abordado na primeira parte deste capítulo –, dos anos 1960, que tinha a hegemonia do PCB e PTB. Sendo assim, no início dos anos oitenta, a esquerda tradicional buscava no velho sindicalismo, atrelado e subordinado à burocracia sindical e ao peleguismo as bases para a sua nova ação, contando que o mesmo lhe serviria de base, naturalmente sob sua hegemonia e sob seu comando.Tratava-se de uma frente sindical onde, principalmente o PCB, sonhava com o controle de boa parte da base sindical e, assim, pensava em voltar a ter as bases sociais do pré-1964.

sua proposta de “sindicalismo de resultados”, que foi a Força Sindical. Esta nova central anunciava a adesão à lógica econômica do capitalismo e a colaboração com o empresariado com vistas à obtenção de vantagens materiais aos trabalhadores; posteriormente, será retomada a discussão sobre esta central. Contudo, dentre as várias siglas surgidas a partir de 1983, a CUT foi a central que conseguiu estabelecer-se como representativa, em virtude da adesão progressiva a sua proposta. Tal representatividade, segundo Mattos, não se dá apenas pelo número de filiações, mas também pelo seu papel no debate político nacional e pela sua capacidade de levar, ao longo dos anos de 1980, milhares de trabalhadores a jornadas de lutas e mobilizações, com destaque para as greves gerais.

Para além das questões apontadas, nesse contexto, a questão da saúde também vai surgir como objeto relevante da luta dos trabalhadores, passando o “novo sindicalismo” a ter uma atitude diferenciada em relação à questão trabalho e saúde. Rocha e Nunes (apud LOURENÇO, 2009, p. 133) vão destacar cinco frentes de luta do movimento sindical a partir da nova postura: 1) atuação mais eficiente das CIPAs, procurando cipeiros vinculados aos sindicatos e tirando o caráter “fantasma” das CIPAs; 2) criação de Departamentos de Saúde e Trabalho nos sindicatos, com a contratação de técnicos; 3) realização de debates, seminários, cursos, visando à difusão da informação sobre os riscos à saúde para desenvolver a consciência e a mobilização dos trabalhadores; 4) inclusão de cláusulas que resultem na melhoria das condições de trabalho nos acordos coletivos; 5) participação ativa nas mudanças jurídico-institucionais no processo em curso da Reforma Sanitária.

Nessa conjuntura, destaca-se a criação, em 1979, da Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador (CISAT), em São Paulo, como resultado da articulação de vários setores do movimento sindical e que em 1980 tornar-se-ia o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT)[33], que foi responsável pela organização das primeiras Semanas de Saúde do Trabalhador (SEMSAT) e a criação da *Revista Trabalho e Saúde*.

As duas primeiras SEMSATs foram realizadas em 1979 ainda sob a coordenação do CISAT, sendo a partir da criação do DIESAT, em 1980, que tais estratégias terão prosseguimento e, segundo Lacaz (1996), tornar-se-ão ao longo do

[33] O DIESAT seguia a experiência do movimento sindical, especialmente do Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), criado em 1955.

tempo um espaço de discussão e socialização de temas, cada vez mais abrangentes sobre a relação estreita entre trabalho-doença, com suas repercussões ao nível da Previdência Social, do sistema de saúde, do ambiente e das possibilidades de negociação com o capital.

O DIESAT, de caráter nacional, foi fundado em agosto de 1980, e posteriormente cumprirá um papel fundamental ao subsidiar os sindicatos na discussão acerca da superação da estrutura voltada para o assistencialismo, que persistia como herança do Estado Novo, e transformando-se em meados da década de 80 nas assessorias sindicais em saúde e trabalho, importante instrumento de luta pela saúde no trabalho e na sua relação com o Estado. Conforme Vasconcellos, Gaze e Leão (2011, p. 314), a partir daí as articulações entre técnicos e trabalhadores na produção de novos conhecimentos nas relações saúde e trabalho, passaram a ganhar corpo, reproduzindo o princípio da validação consensual do MOI.

Conforme Lacaz (2007, p. 762),

> a influência do MOI, neste contexto, já se fazia sentir no Brasil, principalmente com a vinda de Giovanni Berlinguer ao país. Intercâmbio estabelecido entre técnicos, sindicalistas brasileiros e italianos, iniciado com a vinda de Giovanni Berlinguer ao Brasil, em 1978, ajuda a disseminar a proposta do MOI, método de intervenção contra a nocividade no trabalho desenvolvido pelos operários italianos, apoiados por técnicos militantes, no final dos anos 1960, sendo pilar importante na implantação do Sistema Nacional de Saúde como parte da Reforma Sanitária Italiana e que terá influência sobre os técnicos e dirigentes sindicais brasileiros atuantes em Saúde do Trabalhador.

Ao longo da década de 1980, o DIESAT, conforme aponta Vasconcellos, Gaze e Leão (2011, p. 314), passa a cumprir um papel de destaque neste movimento, havendo muitos embates em defesa da saúde no Brasil, principalmente em São Paulo. O DIESAT realizou duas publicações: uma em 1984, intitulada “De que adoecem e morrem os trabalhadores”; e em 1989, intitulada “Insalubridade, morte lenta no trabalho”; que se constituíram em uma nova frente de luta por parte dos trabalhadores. Segundo os autores, nesse período, ainda não se utilizava a expressão saúde do trabalhador, visto que o campo ainda não estava vinculado à ação da saúde pública, e o enfoque de intervenção do Estado sobre os ambientes e processos de trabalho era reservado exclusivamente ao Ministério do Trabalho, contudo já se observava uma conotação diferenciada da questão no âmbito das políticas públicas. (VASCONCELLOS; GAZE; LEÃO, 2011, p. 314-315).

Lacaz (2007, p. 761) vai apontar que ainda no início dos anos de 1980, em São Paulo, setores do movimento sindical (metalúrgicos, químicos, petroquímicos, bancários) vão exigir dos serviços públicos de saúde um envolvimentos nas questões de saúde relacionadas ao trabalho, como resultado do papel fundamental do DIESAT nas discussões relacionadas ao rompimento das práticas de assistência médica prestada pelos sindicatos, na perspectiva de sua superação e propondo que tais atribuições fossem incorporadas pela rede pública de saúde. Assim, a assessoria técnica do DIESAT teve, junto ao Sindicato dos Trabalhadores Químicos e Petroquímicos do ABCD Paulista, fundamental papel na superação desse assistencialismo, contribuindo para que em 1984 tal sindicato viesse a propor à Secretaria de Estado de São Paulo o Programa de Saúde do Trabalhador (PST) Químico do ABC, experiência pioneira que contou com efetiva participação sindical em sua gestão.

A partir dessa experiência, segundo o autor, vai haver uma ampliação do envolvimento da rede de saúde pública, que se concretiza nos PSTs, criados na rede de São Paulo e, posteriormente, implantados em várias regiões do Estado e em outros Estados, a partir de 1985, como resposta à demanda sindical. Tais Programas atuavam em consonância com os pressupostos da ST depois incorporados pelo SUS, como

> a participação dos trabalhadores, inclusive em alguns casos, na própria gestão, controle e avaliação; acesso às informações obtidas a partir do atendimento; possibilidade de desencadeamento de ações de vigilância nos locais de trabalho geradores de danos à saúde, com participação sindical; percepção do trabalhador como dono de um saber e como sujeito coletivo inserido no processo produtivo, agora visto não apenas como mero consumidor de serviços de saúde, de condutas, de prescrições, e a compreensão de que o processo de trabalho é danoso à saúde, ultrapassando o horizonte de visão da Saúde Ocupacional, o que aponta outras determinações para o sofrimento, o mal-estar e a doença, relacionados às relações sociais que se estabelecem nos processos de trabalho (LACAZ, 2007, p. 761).

Desse modo, segundo o autor, a proposta de políticas públicas influenciadas pelo campo Saúde do Trabalhador – juntamente com a MSL e a Saúde Coletiva – vai conferir protagonismo aos serviços públicos de saúde, à medida que incorporam a atenção, integrando a assistência e a vigilância à saúde da população trabalhadora. Tal fato vai ocorrer de forma programática, na qual se estabelece uma complexa rede de relações no qual incorpora a gestão participativa dos trabalhadores nos PSTs. No próximo ítem, será retomada a discussão dos PSTs.

Em 1986, inicia-se um processo de cisão do movimento sindical, por dentro do DIESAT e em virtude dessas divergências a CUT, que já tinha a intenção de criar uma assessoria interna de saúde do trabalhador, toma a frente do processo de negociação do financiamento de um projeto de cooperação que a CGIL pretendia realizar com o movimento sindical brasileiro na área da ST. Tal projeto previa ações de formação, pesquisa e a criação de um centro de documentação e publicações. Isto resultou na criação em 1988 do Instituto Nacional de Estudos e Ação Social sobre as Condições de Trabalho (INSACT), órgão assessor da CUT, que em 1991 passa a se chamar Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (INST) (VASCONCELLOS; GAZE; LEÃO, 2011, p. 316-317)

Ainda segundo os autores, o processo de cisão entre o DIESAT e a CUT, gerou uma perda de unidade da luta operária numa perspectiva intersindical ampla, restringindo a luta pela saúde do trabalhador à atuação de sindicatos filiados à CUT, fazendo com que a área perdesse a oportunidade histórica de se ampliar nacionalmente.

Segundo os autores (2011, p. 318), a participação do DIESAT, principalmente nos anos de 1980, com vistas a constituição de uma cultura operária da relação saúde-trabalho, foi representada por diversas iniciativas de formação, pesquisa, produção de materiais pedagógicos, laudos, publicações e assessoria sindical. Entretanto, destacam a sua atuação em ações consideradas exemplares que se tornaramemblemáticas, e que, mesmo depois de tantos anos, ainda servem como parâmetro metodológico para a atuação de vigilância intersetorial e interdisciplinar em ST. Assim, citam diversas lutas pela saúde na década de 1980, descritas no livro *Insalubridade: morte lenta no trabalho*.

> Cosipa (Companhia Siderúrgica Paulista), que desencadeou uma luta sistematizada e intensa contra a exposição ao benzeno no Brasil; Ferro Enamel, sobre a exposição ao chumbo 'A greve na Ferro Enamel representa um marco na história das lutas trabalhistas, por ter sido a primeira organizada no Brasil em protesto contra condições insalubres de trabalho' (Rebouças et al 1989, p. 113); Indústrias Químicas Matarazzo e exposição ao benzeno na fabricação de BHC; Nitro Química do Brasil e contaminações por agentes químicos; Indústrias Químicas Eletrocloro (Grupo Solvay do Brasil) e contaminação por mercúrio; Volkswagen e exposição ao ruído; além de outros em indústrias cerâmicas e galvanoplastias (VASCONCELLOS; GAZE; LEÃO, 2011, p. 318).

Segundo os autores, os casos relatados acima permitem a observação de diversos aspectos que devem ser considerados nas ações conjugadas entre o poder público e o movimento operário.

O primeiro aspecto refere-se ao comportamento dos agentes públicos envolvidos na ação, que deve ter como base a ética na atuação da ST na resolução dos problemas e no encaminhamento de medidas transformadoras na relação Trabalho-saúde, reconhecendo o trabalhador e o sindicato como partes essenciais do método de intervenção e sujeitos do processo de transformação. Assim, segundo os autores, o Estado é provocado pela organização dos trabalhadores e, a depender do comportamento dos agentes públicos – agir de modo ético ou reproduzir o status quo –, poderá viabilizar ou não o êxito almejado, que é a saúde dos trabalhadores.

O segundo aspecto refere-se à face oculta do comportamento empresarial no tratamento das questões da saúde dos trabalhadores. De modo sistemático, observa-se a negação das empresas quanto ao fato de que os agentes nocivos presentes nos ambientes de trabalho são os causadores do processo de adoecimento dos trabalhadores, e os médicos do trabalho atuam como porta-vozes das empresas nessa negativa sistemática. Nesse sentido, vão apontar o relato da experiência da COSIPA, apontada no livro publicado pelo DIESAT, anteriormente citado.

> Os médicos da COSIPA descobriram a incidência da leucopenia em 1979, mas nunca alertaram os trabalhadores sobre a doença e seus riscos, ou encaminharam como acidentes de trabalho (REBOUÇAS *et al*., 1989, p. 98.). Outro exemplo de negligência veio do médico da empresa, Fernando Giacon. Apesar da legislação determinar o afastamento de pessoas com teor de chumbo acima de 60mg/l no sangue, os resultados de exames realizados a pedido do Sindicato indicaram trabalhadores intoxicados e mesmo assim trabalhando. É possível que operários com problemas mais graves fossem demitidos sem conhecer seus problemas. Giacon foi demitido da Ferro, servindo de bode expiatório (REBOUÇAS *et al*., 1989, p. 118.)
> Baseado na incompetência e na conduta antiética do serviço médico, o Sindicato denunciou o médico responsável pelo atendimento, José Mendes Couto, ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CRM). A empresa [Matarazzo] tratou de demitir o médico. Mas o CRM, até o fim de 87, não havia nem mesmo se manifestado quanto ao problema (REBOUÇAS *et al*., 1989, p.140.)
> A equipe dirigiu-se, logo na entrada, para o serviço médico, onde solicitou as fichas médicas dos funcionários da UE [Unidade Eletrolítica da Eletrocloro]. O próprio diretor do serviço entregou exames de urina que haviam sido realizados em dezembro e abril de 87. Nilton Freitas, assessor - técnico da subseção do DIESAT no Sindicato, presente à fiscalização, conta que todos ficaram perplexos quando verificaram que o número de trabalhadores contaminados [por mercúrio] chegava a 79. “Quando o diretor do serviço percebeu nossa reação, ele tentou recuperar os históricos médicos. Mas os papéis ficaram com a fiscalização” (REBOUÇAS *et al*., 1989, p. 183.). (VASCONCELLOS; GAZE; e LEÃO, 2011, p. 319-320).

Entre essas lutas, a do benzeno atingiu grande visibilidade, muito por conta do caso emblemático da Cosipa, no qual 2.100 trabalhadores apresentaram quadro de leucopenia e foram afastados de suas atividades.

> No início dos anos 1980, o sindicato implantou o ambulatório de saúde ocupacional para atender aos trabalhadores, convocando aqueles diretamente envolvidos no setor de coqueria da Cosipa para realizar exames hematológicos. Com isso, pôde diagnosticar 23 casos de leucopenia. Em seguida, a partir de um levantamento ambiental feito na empresa, o sindicato percebeu o descontrole do uso do benzeno e divulgou o fato em seu boletim O Metalúrgico, na intenção de mobilizar os trabalhadores a se apresentaram voluntariamente para realizar o exame. Logo foi detectada a alta incidência de leucopenia nos operários. Daí, o sindicato passou a lutar para que o Inamps reconhecesse essa moléstia como doença profissional, para que os afastados recebessem auxílio acidentário. Em decorrência, a Secretaria Regional do Inamps estabeleceu critérios para caracterizar a leucopenia por exposição ao benzeno (GAZE; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011, p. 323).

Correia e Silva (2021, p. 93-94) apontam que, nos anos de 1990, o DIESAT, em virtude da crise financeira e em consequência das políticas neoliberais e da abertura econômica implementados no Brasil, o que veio a desencadear o aumento do desemprego, da informalidade e do processo de terceirização, teve de reduzir as suas atividades, pois tal fato resultou na diminuição dos trabalhadores sindicalizados, o que automaticamente levou à perda de filiados no DIESAT. Além disso, as centrais sindicais passaram a constituir suas próprias estruturas de assessoria; entretanto, mesmo assim, o DIESAT influenciou no surgimento dos PSTs.

Os autores ainda apontam que, através do DIESAT, vai surgir o movimento nacional em defesa da seguridade social pública e de qualidade, impedindo a iniciativa do governo FHC de privatizar o Seguro Acidente de Trabalho (SAT). A partir daí, foram retomados os ciclos de eventos que contaram 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 da subnotificação dos números de acidentes de trabalho, preocupação sobre a previdência social pública e o financiamento da seguridade. Destacam, dentre as ações recentes do DIESAT, o “Projeto de Articulação e Qualificação do Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora”, em parceria com a CISTT/Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT)/Ministério da Saúde,

enquanto mecanismo de qualificação da atuação do controle social, de todos os entes federativos, com vista à execução profícua da PNSTT.

Lacaz (1996, p.406), que considera o DIESAT uma espécie de “intelectual orgânico” da luta pela saúde dos trabalhadores, ao abordar a cisão entre o DIESAT e a CUT, vai colocar.

> Se aqui, explicita-se a importância do papel da entidade intersindical, que se legitimou pelos 16 anos de atividade na assessoria técnica aos sindicatos; é porque na prática, o DIESAT apesar de ter perdido a característica de nucleador do contradiscurso que inaugurou a nova postura do sindicalismo no início dos anos 80, manteve-se equidistante das correntes políticas que compõem o espectro do movimento sindical, bem como sempre independente do Estado e apoiado pelos sindicatos que o mantém inclusive e, frise-se, com predominância de sindicatos filiados à própria CUT, o que estaria a demonstrar a validade da articulação intersindical, particularmente em épocas de escalada contra as instâncias construídas pela necessidade e luta dos próprios trabalhadores organizados em seus órgãos de representação. (LACAZ, ibidem, p.406

2.3.3 O Movimento de Reforma Sanitária e a Saúde do Trabalhador

Conforme já apontado anteriormente, em meados da década de 1970, vai ocorrer o fim do “milagre econômico” e seus rebatimentos nas condições de vida e saúde da população, o que vai possibilitar o ressurgimento, no cenário político, de diversas forças políticas – sindicatos, Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Associação Brasileira de Imprensa (ABI), Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) e os movimentos sociais urbanos –, desgastando o regime ditatorial, que deflagrou um processo de liberalização política.

Conforme aponta Bravo (1996, p. 45-46), as reformas realizadas na Política Nacional de Saúde, no período de 1974 a 1979, não contaram com a participação ativa dos trabalhadores, que exerceram pressões com o ressurgimento dos diversos movimentos sociais, já sinalizados anteriormente. Nesse contexto, alguns profissionais da saúde iniciaram uma reação com vistas a transformar o setor por meio de modificações no sistema atual, marcado pela dicotomia das ações estatais, pelo privilegiamento do setor privado, ênfase no modelo hospitalocêntrico e pela corrupção. Contudo, conforme aponta a autora tais profissionais enfrentaram embates constantes com os interesses empresariais e industriais que eram hegemônicos nas definições

da política de saúde, no qual tinha como um dos articuladores a Federação Brasileira de Hospitais (FBH).

Ainda, segundo a autora, a estratégia de ocupação do aparelho de Estado pelos sanitaristas, de forma orgânica, de modo a fortalecer o setor público, somente vai ocorrer a partir de 1979. Contudo, já haviam alguns representantes desse pensamento crítico na Previdência Social e no Ministério da Saúde (MS).

A organização dos setores progressistas de profissionais de saúde pública, denominado posteriormente de movimento sanitário, iniciou-se em meados da década de 1970, que teve no CEBES[34] – criado em 1975 – seu primeiro protagonista institucionalizado. De acordo com Rodriguez Neto (1997, p. 63), o movimento sanitário

> teve como características fundamentais, por um lado, a inserção da luta pela saúde no movimento mais global de democratização da sociedade brasileira, ainda sob a ditadura militar, e, por outro, uma estratégia de atuação diversificada, em várias frentes, decorrente tanto do conceito "ampliado" de saúde que lhe servia de base, inspirado pelo movimento de Medicina social dos anos 60 e 70, quanto da visão político-ideológica que predominava entre os seus militantes, a maioria oriunda de partidos políticos na clandestinidade, em particular o então Partido Comunista Brasileiro.

Segundo Bravo (1996, p. 47), outro elemento importante para o movimento sanitário foi o processo de assalariamento do médico, passando ele a ser absorvido nas instituições públicas. Ao expandir as oportunidades no setor, o Estado não melhorou as condições de trabalho e, com o ressurgimento do movimento sindical, vão surgir ações de profissionais assalariados das camadas médias, que anteriormente eram autônomos e que se tornaram assalariados, como foi o caso dos médicos. Em 1977, surgiram os primeiros sinais de mobilização dos médicos, com a realização em São Paulo de uma mobilização de 500 residentes, que visava a sensibilizar a opinião pública com relação aos seus baixos salários e às precárias condições de trabalho, prevenindo quanto à possível paralisação. Em 1978, vão

[34] Segundo Bravo (1996, p. 46-47), o CEBES tinha como finalidade "gerar correntes de ideias que defendessem a saúde coletiva, produzir conhecimentos sobre a saúde da população; articular esses conhecimentos e demais produções da área com uma prática política concreta". Enquanto centro de estudos, propunha-se a ser "uma instância de organização do saber sobre a saúde, e sua aplicabilidade efetiva na formulação de contrapolíticas, com participação constante e efetiva nos eventos nacionais e regionais relativos à temática e um entrosamento efetivo com entidades da sociedade civil preocupadas com as questões populares, entre elas a CNBB, a OAB, a SBPC, o Centro Brasil Mulher, sindicatos, partidos políticos, universidades, associações estudantis e associações comunitárias."

ocorrer quatro greves nacionais, com a paralisação de grandes hospitais no Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre e outras cidades.

Nesse contexto, surgem novas associações, que congregaram especialmente médicos residentes, dentre os quais a Associação Nacional de Médicos Residentes, em 1979. A autora aponta uma luta na categoria médica entre os progressistas e os conservadores, que foi iniciada com o Movimento de Renovação Médica (REME), a partir de 1977, que buscou atuar nos sindicatos da categoria e se organizar para as eleições nos Conselhos Regionais e Conselho Federal de Medicina e Associação Médica Brasileira. As principais propostas do REME eram:

> oposição à intermediação lucrativa e a comercialização da medicina; controle da produção, comercialização e publicidade de remédios; apoio a um indústria farmacêutica genuinamente nacional; ausência de políticas oficiais de controle da natalidade; ensino acadêmico-profissional de melhor qualidade; expansão do mercado de trabalho; restabelecimento dos direitos democráticos no país; revogação das leis de exceção e Constituinte (BRAVO, 1996, p. 47).

De acordo com Bravo (1996b p. 47-48), a política de saúde no período de 1974 a 1979 foi marcada pela elaboração de uma política nacional de saúde que enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional foram incapazes de reverter a ênfase da política de saúde, marcada pela predominância da participação da previdência social, por meio de ações curativas, lideradas pelo setor privado. O MS retomou as medidas de saúde pública, que, embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde (PIASS, Projeto Montes Claros, dentre outros).

O processo de abertura política foi completado pelo último presidente militar, general João Figueiredo (1979 a 1985), dando prosseguimento à “distensão” do presidente Geisel, com a ampliação das medidas liberalizantes já citadas, que deveriam ser planejadas e controladas pelos estrategistas políticos do Estado. A “abertura” tinha como objetivo a recomposição de um bloco sociopolítico para ssegurar a institucionalização duradoura do sistema de relações econômico-sociais e políticas a serviço dos monopólios, pautando-se numa iniciativa de liberalização controlada e limitada. Nessa direção, esse projeto não pretendia entregar o poder à

oposição democrática, mas conquistar maioria eleitoral para a ala civil do regime, não afetando os interesses dominantes (BRAVO, 1996, p. 48).

O período do governo Figueiredo teve as seguintes características centrais: aprofundamento da crise econômica; rearticulação partidária, nos marcos restritos estabelecidos pelo regime, conforme já mencionado; reingresso da classe operária na cena política, contribuindo para a organização e mobilização da sociedade civil; ampliação e maior visibilidade de outros movimentos sociais. Tais questões influenciaram no processo de abertura política, que não foi inteiramente controlado pelo governo (BRAVO, 1996, p. 48-49).

A partir de 1979, a crise econômica se agrava com o aumento do custo de vida, da taxa de inflação a 200%, o arrocho salarial atingindo grandes faixas da população – com 80% recebendo até três salários mínimos –, o alto índice de desemprego, a crise da previdência social (BRAVO, 1996, p. 49).

O início da década de 1980 foi marcada por uma profunda crise financeira da previdência social, principal fonte de financiamento do setor saúde. Oliveira e Teixeira (1989, p. 279-301) destacam que esta crise refletiu-se em três momentos principais: a crise ideológica – o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) –, a crise financeira e a crise político-institucional – o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP).

Em 1980, o MS vai convocar a 7ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi a “Extensão das ações de Saúde através dos Serviços Básicos”. Tal conferência teve como objetivo coordenar as ações de diferentes ministérios, por meio da Comissão Interministerial de Planejamento, a CIPLAN.

Com base técnica no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS) e respaldo político da 7ª Conferência de Saúde, vai surgir o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV- SAÚDE), que tinha como objetivo a universalização dos cuidados básicos de saúde em todo território nacional por meio de uma articulação interinstitucional entre o setor público e o privado (MENDES, 1994, p. 34). Para Cohn (apud MENEZES, 2006, p. 80):

> O PREV-SAÚDE propõe a reestruturação da rede pública de serviços de saúde no sentido da sua universalização e racionalização. Trata-se de converter a rede básica de serviços na porta de entrada do paciente no sistema de saúde, revertendo assim a característica hospitalar do atendimento.

A emersão da agenda da Reforma Sanitária, no contexto de crise da década de 80, foi propiciada pelo agravamento da crise financeira da previdência social, o que levou o governo a anunciar publicamente a falência do sistema em 1981. Segundo Bravo (2006, p. 59), tal crise foi agudizada, principalmente, devido aos problemas da arrecadação do sistema previdenciário, pelo crescente aumento da cobertura do sistema e a gestão dos recursos captados, segundo uma orientação voltada para a lucratividade em detrimento da ética e das reais necessidades da população.

Várias propostas foram feitas no sentido de enfrentamento da crise da previdência, porém, das diversas propostas, a que adquiriu maior consenso foi o da criação do CONASP, por meio de decreto presidencial, em 1981. O CONASP objetivava a racionalização da prestação da assistência médica e dos seus custos, através de vários projetos. Entretanto, apenas dois receberam uma atenção maior: o Plano de Contas Hospitalares e o Plano de Racionalização Ambulatorial.

O Plano de Contas Hospitalares, rapidamente implantado, objetivando diminuir as internações hospitalares, previa o fim do pagamento por unidade de serviço. Já, o Plano de Racionalização Ambulatorial era constituído de três partes: o diagnóstico do modelo atual de prestação de serviços de saúde da previdência social, propostas de reorientação da assistência à saúde previdenciária; e estratégia de implementação.

No diagnóstico do modelo vigente de prestação de serviços de saúde, o Plano de Racionalização Ambulatorial assumia uma posição crítica, reconhecendo a privatização e a ociosidade do sistema público. Nas propostas de reorientação da assistência à saúde previdenciária, o plano apontou a necessidade de reversão gradual do sistema atual; a responsabilidade do Estado sobre a política e seu controle; a melhoria na qualidade dos serviços; a extensão da cobertura e a racionalização do sistema; a regionalização, hierarquização, desburocratização e valorização dos recursos humanos do serviço público (princípios que constavam do PREV-Saúde. Quanto à estratégia de implementação, o plano apontou a reorientação gradual do sistema e, na sua condução, a participação ativa dos vários segmentos da sociedade.

O CONASP executado no final de 1982, levou à criação da sua principal estratégia: as Ações Integradas de Saúde (AIS), em meados de 1983, cuja

implementação contou com a contribuição de profissionais progressistas[35]. As AIS objetivavam reunir a atenção e o gerenciamento da saúde num planejamento único e integrado das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) (BRAVO, 1996, p.60-61)

As AIS tinham como princípios básicos a universalização da assistência à saúde à toda população brasileira; a potencialização da assistência primária à saúde, dando ênfase à prevenção; e a descentralização e democratização das decisões políticas, administrativas e técnicas, da política de saúde.

Segundo Mendes (1994, p. 38-39), pode-se identificar nas AIS dois momentos. No seu primeiro momento, que compreende o período de 1983 a 1985, elas vão se caracterizar por ser um programa a mais dentro das Secretarias Estaduais e Municipais. Enquanto programa, aprofundando os mecanismos de “administração convenial” e introduzindo, através dos mecanismos de compra e venda, a cultura da atenção médica dentro das instituições públicas, as AIS permitiram ao setor estatal ser reconhecido como mais um prestador de serviços em condições semelhantes aos dos prestadores privados. Por outro lado, sob a ótica gerencial, as AIS fortaleceram a gestão colegiada, com a criação de instâncias como o CIPLAN (Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação), em nível federal, e das CIS (Comissão Interinstitucional de Saúde), CRIS (Comissão Regional Interinstitucional de Saúde), CIMS (Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde) e CLIS (Comissão Interinstitucional Local de Saúde), enquanto instâncias de planejamento em nível municipal, que contava com representantes das instituições convenentes, o secretário municipal de saúde e o coordenador de medicina social do INAMPS, estando também prevista a participação de entidades associativas e comunitárias.

No segundo momento das AIS, entre os anos de 1985 a 1987, os profissionais oriundos do Movimento Sanitário ocuparam postos políticos estratégicos dentro de instituições federais mais relevantes, como o MS, o MPAS e o INAMPS, levando a uma institucionalização do Projeto de Reforma Sanitária[36].

---

[35] Essa contribuição dos profissionais progressistas na implementação das AIS foi possibilitada pela vitória das eleições diretas para governadores em 1982, e para prefeitos em 1983, que levou à ocupação de cargos-chave nessas Secretarias de Saúde de profissionais ligados ao Movimento Sanitário.

[36] Neste momento, as AIS foram utilizadas como estratégia transicional em busca de um Sistema Unificado de Saúde. Para Mendes (1994, p. 39), a inserção de profissionais progressistas nessas instituições se, por um lado, permite o conhecimento e o domínio, por eles, dos instrumentos

Quanto à relação trabalho e saúde, Lacaz (1997, p. 9) aponta que na esteira das proposições racionalizadoras que se baseiam na Atenção Primária, definida como estratégia de ampliação de cobertura e de participação social durante a Conferência Internacional de Alma Ata, em 1978, vão surgir propostas específicas dentro da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a atenção à saúde de grupos populacionais de trabalhadores. Em 1983, o organismo da OMS para as Américas, a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), lança o documento “Programa de Acción en la Salud de los Trabajadores”, com diretrizes para a implantação de programações em saúde na rede pública de serviços sanitários, voltadas para aqueles que trabalham. Nesta mesma direção, em 1985, ocorre a 71ª Conferência Internacional do Trabalho, que passa a adotar a Convenção nº 161 e a Recomendação nº171, respectivamente “Convenção e Recomendação sobre os Serviços de Saúde no Trabalho”, caracterizadas pelo princípio da ampla participação dos trabalhadores, a atuação em equipes multiprofissionais e a sua implementação, especialmente a partir de políticas públicas.

Tais manifestações dos órgãos internacionais vão reforçar a preocupação que vinha amadurecendo entre os técnicos da área de Saúde Pública no Brasil, e que com a posse, em 1983, dos governadores eleitos em 1982, delineia-se a possibilidade de que a Saúde Pública assuma papel ativo na condução do movimento político-ideológico, que ficou conhecido como os “Programas de Saúde dos Trabalhadores” (PSTs)[37], cujas experiências se desenvolveram particularmente em São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia e Rio Grande do Sul, a partir de 1984-85 (LACAZ, 1997, p. 9).

Nessas experiências, os Serviços de Saúde Pública começam a nuclear a articulação entre as ações de assistência e vigilância (controle da nocividade) dos

governamentais, por outro lado, fragiliza o movimento acadêmico de formulação de um projeto contra-hegemônico ao priorizar a ocupação dos espaços institucionais em detrimento da busca contra-hegemônica de uma alternativa a proposta sanitária neoliberal.

[37] De acordo com Lacaz (1997, p. 9-10), os PSTs foram inspirados no modelo da Reforma Sanitária Italiana, que teve como um dos seus pilares a luta pela saúde nas fábricas e o controle da nocividade do trabalho a partir da centralidade da ação dos sindicatos de trabalhadores nos locais de trabalho, usando como metodologia o MOI, conforme já tratado neste estudo. No Sistema Nacional de Saúde (SNS) italiano, criado em 1978, havia como interlocutor externo, atuando em nível local, as Unidades Sanitárias Locais (USL), atribuindo ao SNS a estratégica tarefa de controlar os riscos e danos à saúde dos trabalhadores dentro e fora dos locais de trabalho.

ambientes e locais de trabalho, que envolvia uma atuação interinstitucional que englobava órgãos da esfera federal como as Delegacias Regionais do Trabalho (DRTs), a Fundacentro, em nível dos estados e a universidade, com abertura para a participação e a gestão dos sindicatos, e a valorização do conhecimento/saber dos trabalhadores, paralelo à publicização dos dados sobre “de que adoecem e morrem os trabalhadores” (LACAZ, 1997, p. 9).

Cabe destaca, que tais questões vinham sendo ocultadas pela prática dos SESMTs criados a partir de uma imposição do Poder Executivo, por meio de Portaria do MTb em 1975, com vistas a tutelar a saúde dos trabalhadores, aliando os interesses do controle da força de trabalho com a produtividade e o lucro, levando-os a manipular resultados de exames, demitir pessoas doentes, negar admissão e autonomia dos seus profissionais, contribuindo para a perda de credibilidade de tais serviços junto aos trabalhadores instalando-se uma crise que, segundo Lacaz, se agravou com a implantação dos PSTs.

De acordo com Vasconcellos e Ribeiro (2011, p. 433), as experiências dos PSTs refletiam a época “uma produção teórica escassa de embasamento sistemático de parâmetros metodológicos de ação”, demonstrando uma ausência da cultura institucional da saúde no trato com a categoria trabalho como determinante no processo saúde-doença, bem como eram ações inovadoras que dependiam do voluntarismo de pessoas abnegadas, longe de se estabelecerem enquanto políticas perenes.

Segundo os autores, neste período de criação dos PSTs, momento em que se aglutinava uma massa crítica ao modelo vigente, desde a criação do DIESAT, vai emergir o debate sobre a relação saúde-trabalho na ABRASCO e o engajamento de diversos intelectuais, trabalhadores e profissionais em várias frentes – sindicatos, órgãos de fiscalização do trabalho, serviços de saúde, faculdades de medicina, dentre outros –, moldando as iniciativas na luta pela mudança do modelo.

Os autores ainda apontam que, em 1985, é criado o Centro de Estudos de Saúde o Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH), vinculado à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), contribuindo para a formação de especialistas em saúde do trabalhador, a partir de 1986, agregando novos sujeitos institucionais na luta pela mudança.

Conforme aponta Souza (2016, p. 146),

> Os PSTs constituem o gérmen de uma nova prática de saúde no trabalho, na qual há um esforço significativo no sentido de romper com as práticas vigentes, criando situações mediante as quais o trabalhador pudesse assumir um papel ativo na intervenção sobre a sua saúde. Estas experiências pioneiras são, ao mesmo tempo, requisitos [para] e resultados [de] uma proposta inovadora para todo o sistema de saúde. Os PSTs surgem num momento em que se procura reestruturar o sistema de saúde brasileiro, constituindo um espaço no qual emergirão diversos elementos componentes da nova proposta de sistema e que, concomitantemente, só podem se desenvolver no interior de um sistema em transformação.

A Nova República – negociação “pelo alto” entre os dirigentes do regime ditatorial e a principal força política partidária de oposição, o PMDB –, marcada inicialmente pela morte de Tancredo Neves, Presidente da República eleito pelo Colégio Eleitoral, levou ao poder o seu vice, José Sarney. A composição de forças no Governo Sarney, num primeiro momento, se deu graças ao equilíbrio de duas forças: a centro-direita, que aglutinava o empresariado mais conservador e forças políticas do Partido da Frente Liberal (PFL); e a centro-esquerda, que congregava segmentos independentes de esquerda, do antigo MDB, de intelectuais progressistas e dos partidos comunistas, ligados ao empresariado mais moderno (BRAVO, 1996, p. 62-63).

O evento político-sanitário mais importante nesse período foi a preparação e realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, que teve como desdobramento a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), em dezembro do mesmo ano. São marcos históricos na luta pela defesa da saúde como direito e pelo SUS, com ampla participação e controle social, mas que, segundo Lacaz (1997), não conseguiram superar as dificuldades interpostas pelas elites quanto à democratização das relações nos ambientes e locais de trabalho.

Segundo Bravo (1996, p. 77), a VIII Conferência Nacional de Saúde representou um marco, considerando-se a introdução da sociedade no cenário da discussão da saúde, tendo em vista que os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento.

No relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, foram definidos a necessidade de separação da “Saúde” da “Previdência”, o fortalecimento e expansão

do setor público e uma concepção de saúde ampliada, onde a mesma passa a ser considerada como

> resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde [....] A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (BRAVO, 1996, p.77).

Na 1ª CNST, os debates foram pautados pela discussão das experiências dos PSTs que vinham ocorrendo na rede pública de saúde nos estados e que já adotavam princípios posteriormente incorporados pelo SUS como a participação e o controle social, por meio da atuação dos sindicatos dos trabalhadores; a integralidade, por meio da articulação entre assistência e vigilância; e a universalidade, visto que o trabalhador tinha direito ao atendimento, independentemente de ser segurado da Previdência Social (LACAZ, 2005, p. 145).

Conforme Vasconcellos (2007), a compreensão de que a saúde dos trabalhadores extrapola os limites da saúde ocupacional possibilitou conceituá-la como resultante de um conjunto de fatores de ordem política, social e econômica. Em síntese, saúde dos trabalhadores significa: condições dignas de vida; pleno emprego; trabalho estável e bem remunerado; oportunidade de lazer; organização e participação livre, autônoma e representativa de classe; informação sobre todos os dados que digam respeito à relação vida, saúde, trabalho; acesso a serviços de saúde, com resolutividade em todos os níveis de atendimento; recusa ao trabalho sob condições que desconsidere estes e outros tantos direitos. Desse modo, no plano do direito à saúde deve expressar também o direito ao trabalho, direito à informação, direito à participação e direito ao lazer.

Sendo assim, torna-se evidente que a formulação da Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores, que seja capaz de incorporar toda a população trabalhadora, implica entendê-la e configurá-la no âmbito de uma proposta abrangente de Política Nacional de Saúde (VASCONCELLOS, 2007).

Em novembro de 1986, é convocada a Assembleia Nacional Constituinte, um dos momentos mais significativos do processo de transição, pois se tratava de definir os princípios políticos sob os quais se daria a organização do poder do Estado e as relações entre o Estado e sociedade civil.

A constituinte foi marcada pelo avanço da cultura política democrática em nosso país, com a mobilização da sociedade em diversos setores, dentro os quais o da saúde, colocando no espaço público da política as opções da sociedade acerca de questões fundamentais.

No período de elaboração da Constituição, a situação econômica do Brasil se agravou com o aprofundamento da inflação, do arrocho salarial, do retorno ao Fundo Monetário Internacional (FMI) para a solicitação de empréstimo. Este período também foi marcado por uma crise política com a mudança na correlação de forças do governo, que passou a ser sustentado por grupos de parlamentares de variados partidos, de centro-direita e direita, sendo alijado o grupo de centro-esquerda das decisões.

Em 1987, com a consolidação das AIS, foi constituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que incorporou os princípios postulados pela Reforma Sanitária, como a descentralização político-administrativa, a universalização e integralidade, a regionalização e hierarquização da atenção à saúde, a democratização da gestão e uma política integrada de recursos humanos.

Segundo Mendes (1994, p. 44), na existência do SUDS pode-se vislumbrar dois momentos. No primeiro momento (1987/88), buscou-se realizar os princípios da Reforma Sanitária e preparar a transição do SUDS para o SUS. Num segundo momento (1988/90), a nova gestão do INAMPS apropriando-se do significado da universalização e com a justificativa de superação das distorções da gestão anterior, tentou minar as ações políticas de fundo que perpassa no primeiro momento.

> Os principais movimentos táticos executados após a implantação do SUDS foram a desconcentração para os estados e destes para os municípios, mantida ainda a via convenial das ações de saúde; a aceleração da desestabilização programada do INAMPS em quem se reconhecia a instituição sustentadora do modelo médico assistencial privatista; a retirada gradual do INAMPS da prestação direta dos serviços de saúde; o incremento dos recursos repassados a estados e municípios; a diminuição relativa das transferências ao setor privado; o reforço das decisões colegiadas, principalmente em nível dos estados, através das CISs; o aperfeiçoamento da programação e orçamentação integrada (POI) como mecanismo de planejamento integrado e estabelecimento de um processo comunicacional interinstitucional; priorização relativa, dentro do segmento privado, das instituições filantrópicas e o incremento real de recursos para o subsistema de alta tecnologia. (MENDES, 1994, p.44).

Defendido politicamente, pela direção da burocracia previdenciária, pelo movimento sanitário, governadores, secretários de saúde e pelas elites médicas, o SUDS teve como grandes opositores: a burocracia previdenciária (representantes dos

interesses privados e do espaço corporativo do INAMPS); o setor privado contratado (principalmente os grupos ligados à Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e à Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde; e o sistema político clientelista.

Segundo Lacaz (1997, p. 10), por meio do SUDS, a política de saúde passa a implementar os convênios entre a Previdência Social, com o INAMPS e os governos estaduais, iniciando um processo de descentralização das estruturas do INAMPS. Contudo, segundo o autor (LACAZ, 1997, p. 11), o repasse das verbas para cobrir as novas atribuições de estados e municípios vai se dar segundo critérios clientelistas, o que inviabiliza a construção de um Sistema de Saúde de fato descentralizado e hierarquizado, conforme viria a prescrever a CF de 1988. Assim, a experiência acumulada nos estados e em alguns municípios com os PSTs nos anos de 1984-86, que permite a inscrição da ST como atribuição do SUS na CF de 1988, em virtude da prática adotada pelos governadores estaduais que tomaram posse em 1987 – com perfil mais conservador do que os eleitos em 1982 – vai descaracterizá-los, transformando-os a partir de uma lógica semelhante à dos SESMETs, como no caso de São Paulo; quando não procuraram destruí-los, como ocorreu particularmente no caso de Minas Gerais; além do desestímulo, como no caso do Rio de Janeiro e Bahia.

Paralelamente ao que ocorre nos estados, em 1988 acontecem as eleições para os governos municipais o que possibilitou a vitória eleitoral de candidatos com perfil democrático e popular em importantes cidades como: São Paulo, Porto Alegre, Angra dos Reis, Campinas, Diadema, Santos, São Bernardo do Campo, Santo André, Contagem, Ipatinga, Monlevade e outras. Com isso, vislumbra-se a possibilidade concreta de que tais municípios venham a assumir a questão da saúde e a sua municipalização, assim como a saúde dos trabalhadores, por meio da programação de saúde pública, mediante os PSTs. De fato, vários desses municípios passam a gerenciar serviços de saúde dos trabalhadores dentro da proposta de municipalização da saúde, criando os chamados Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores (CRSTs), buscando aprofundar as experiências existentes no referente à gestão e à participação sindical, ao trabalho desenvolvido por equipe multiprofissional, à articulação interinstitucionais e ao funcionamento dos Conselhos Gestores com participação da “sociedade civil” organizada.

Segundo Bravo (1996, p. 80), o ano de 1988 marca a crise de legitimidade do Governo e o seu enfrentamento com a Assembleia Constituinte, levando os dirigentes do movimento sanitário que participavam do segundo escalão das diversas instituições a perderem seus postos assumindo em seus lugares a fração mais conservadora da arena sanitária. Tal derrota levou o movimento sanitário a direcionar suas lutas para o processo constituinte e para a Plenária das Entidades de Saúde na Constituinte.

A Assembleia Constituinte tornou-se um palco de disputas de interesses na saúde, organizados em dois blocos polarizados: os grupos empresariais, representados pela FBH e pela Associação de Indústrias Farmacêuticas (multinacionais); e as forças defensoras do Projeto de Reforma Sanitária, representadas pela "Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte", que congregava centenas de entidades representativas do setor.

Maeno e Carmo (2005, p. 101) vão apontar que, dentre os que se ocupavam dos temas relativos à Saúde do Trabalhador, havia disputa entre dois grandes blocos. O primeiro, vinculado aos setores mais progressistas, defendia que as ações de Saúde do Trabalhador fossem, sem restrições, objeto da ação do SUS. Já o segundo bloco, vinculado aos grupos corporativistas, formados por técnicos da área e setores dos empresariados, alegava que a exclusividade da fiscalização dos ambientes de trabalho deveria permanecer como prerrogativa do Ministério do Trabalho.

Nesse contexto, o bloco chamado de "centrão"[38] surgiu como reação dos setores conservadores da sociedade aos avanços que os setores progressistas haviam conquistado nos primeiros meses do debate da constituinte, especialmente aos temas relacionados às questões sociais e ao mundo do trabalho.

Assim, conforme Behring e Boschetti (2007, p. 141-142), a Constituinte foi um processo duro de mobilizações e contramobilizações de projetos e interesses mais específicos, configurando campos definidos de forças. O texto constitucional refletiu a disputa de hegemonia, contemplando avanços em alguns aspectos, a exemplo dos direitos sociais, com destaque para a Seguridade Social, além dos direitos humanos e políticos, pelo que mereceu a caracterização de "Constituição Cidadã", de Ulysses

[38] O "Centrão", tratava-se de um bloco heterogêneo no que tange às siglas partidárias, mas, segundo Maeno e Carmo (2005, p.102), bastante eficiente ao pôr as artimanhas do jogo político a serviço de uma agenda conservadora para o país. Faziam parte desse bloco parlamentares do PMDB, PTB e o PFL.

Guimarães. Contudo, manteve fortes traços conservadores, como a ausência de enfrentamento da militarização do poder no Brasil, e a manutenção de prerrogativas do Executivo, como as medidas provisórias, e na ordem econômica. No campo da política social, alguns exemplos de traços conservadores: contraditória convivência entre universalização e seletividade; suporte legal ao setor privado; derrota das emendas sobre Reforma Agrária.

A Constituição Federal de 1988, advinda de um processo constituinte caracterizado pela participação dos movimentos social e sindical, incorporou as questões da saúde do trabalhador ao enunciar seu conceito ampliado de saúde, incluindo dentre os seus determinantes as condições de trabalho e emprego, e ao atribuir ao SUS a responsabilidade de coordenar as ações no país. Tal atribuição foi regulamentada em 1990, por meio da Lei 8080 que definiu os princípios e a formatação do SUS. Desse modo, consolida-se no plano legal e institucional, o campo da saúde do trabalhador.

Conforme Rodriguez Neto (1997, p. 89), com a promulgação da CF e a aprovação da Lei Orgânica de Saúde, o movimento sanitário parece ter considerado que “ganhou a guerra”, com relação ao SUS, entretanto ele só havia ganhado “uma batalha”. O mesmo não ocorria com os setores conservadores, e não somente em relação à saúde, que passaram a se reorganizar a partir de interesses específicos, com o objetivo concreto de reverter muitas das políticas aprovadas na Constituinte para a área da social, em particular o SUS.

Conforme aponta Menezes (2016, p. 86), no final dos anos 1980, enquanto se discutia o projeto de lei orgânica do setor, aprofundava-se a instabilidade econômica com hiperinflação e crise fiscal do Estado, encontrando o Projeto de Reforma Sanitária algumas incertezas com relação à sua implementação, podendo destacar: a fragilidade das medidas reformadoras em curso; a ineficácia do setor público; os conflitos com os profissionais de saúde; a redução do apoio popular em face da ausência de resultados concretos; e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma. De acordo com Teixeira (1989), a burocratização da Reforma Sanitária afastou a população da cena política, despolitizando o processo.

Teixeira, ao fazer um balanço dos anos 1980, observa que esse período teve como aspecto central a perspectiva de superação da política de saúde privatizante, muito forte na ditadura militar, e o fortalecimento do setor público. Aponta como

características marcantes: a politização da questão saúde, que teve como objetivo ampliar o nível de consciência sanitária; a alteração da norma constitucional, que ocorreu no processo constituinte com toda articulação e mobilização realizada, tendo como resultado a incorporação no texto constitucional das demandas do movimento sanitário; e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais, que se deu por meio de algumas ações que tinham como intenção o fortalecimento do setor público, a universalização do atendimento, a descentralização política e administrativa do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local.

2.3.4 A implementação do SUS e a Saúde do Trabalhador nos anos de 1990

Em finais da década de 1960 do século XX, o capitalismo inicia um processo de esgotamento do seu padrão de acumulação baseado na produção e no consumo de massas, identificado como crise do fordismo/keynesianismo, que vai se expressar principalmente pela queda na taxa de lucro, variações na produtividade e desemprego, adentrando numa onda longa com tonalidade de estagnação, segundo a concepção de Mandel (1982). A crise do fordismo/keynesianismo trata-se, na realidade, da expressão fenomênica da crise estrutural do capital.

Conforme Meszáros (2011), a crise do capital vem se configurando cada vez mais como uma crise estrutural de *continuum* depressivo, visto seu caráter endêmico, cumulativo, crônico e permanente, com a perspectiva de se tornar cada vez mais profunda e acentuada. Além de ser também uma crise civilizatória, que põe em risco a vida da espécie humana, visto seu caráter destrutivo e predatório do controle sobre as forças da natureza. Vive-se uma crise de hegemonia ou do Estado em todas as esferas. Trata-se de uma crise estrutural geral das instituições capitalistas de controle social, uma crise de dominação.

De acordo com Antunes (2000, p. 29-31), os elementos mais essenciais constitutivos dessa crise podem ser identificados: na queda da taxa de lucro, responsável pelo esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista de produção, decorrente da incapacidade de responder à retração do consumo, produto do desemprego estrutural que se iniciava; e na hipertrofia do capital financeiro, como

expressão da crise estrutural do capital e seu sistema de produção, fazendo com que o capital financeiro passe a se constituir em um campo prioritário para a especulação, na nova fase do processo de internacionalização[39].

Como resposta à crise, e na tentativa de retomar o patamar de acumulação do período anterior, inicia-se uma ofensiva do capital e do Estado contra o trabalho e os direitos sociopolítico conquistados, que se evidenciou por meio de um novo padrão de acumulação e no desenvolvimento de um novo projeto, conhecido como projeto neoliberal[40].

Em oposição ao padrão fordista, vai se desenvolver um novo regime de acumulação denominado por Harvey (2000, p. 140) de flexível.

> a acumulação flexível, como vou chamá-la, é marcada por um confronto direto com a rigidez do fordismo. Ela se apóia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. A acumulação flexível envolve rápidas mudanças dos padrões do desenvolvimento desigual, tanto entre setores como entre regiões geográficas...

Desse modo, conforme Montano e Duriguetto (2010, p. 193),

> o "projeto/processo neoliberal" constitui a atual estratégia hegemônica de reestruturação do capital - em face da crise, do avanço tecnocientífico e das lutas de classes que se desenvolveram no pós-1970, e que se desdobra básicamente em três frentes: a ofensiva contra o trabalho (atingindo as leis e direitos trabalhistas e as lutas sindicais e da esquerda) e as chamadas "reestruturação produtiva" e "(contra)reforma do Estado".

---

[39] Segundo Antunes (1999, p. 32) "A expansão e liberalização dos capitais financeiros, as novas técnicas de gerenciamento da força de trabalho, somadas à liberação comercial e às novas formas de domínio técnico-científico, acentuaram o caráter centralizador, discriminador e destrutivo desse processo, que tem como núcleo central os países capitalistas avançados, particularmente a sua tríade composta pelos EUA e o Nafta, a Alemanha à frente da União Européia e o Japão".

[40] De acordo com Anderson (1995, p. 9), o neoliberalismo surge como uma reação teórica e política contra o Estado intervencionista e de bem-estar. Seu texto de origem é *O caminho da servidão*, de Friedrich Hayek, datado de 1944. Defendia o livre jogo do mercado e considerava que qualquer limitação dos mecanismos de mercado pelo Estado, era uma ameaça letal à liberdade econômica e política. Quanto à regulação social, argumentava que o novo igualitarismo promovido pelo Estado de bem-estar destruía a liberdade dos cidadãos e a vitalidade da livre concorrência, da qual dependia a prosperidade de todos. Assim, considerava a desigualdade um valor positivo. Aqui, encontra-se a essência da proposta do neoliberalismo: "uma argumentação teórica que restaura o mercado como instância mediadora societal elementar e insuperável e uma proposição política que repõe o Estado mínimo como única alternativa e forma para a democracia" (NETTO, 1995, p. 77).

Assim, conforme Soares (2000, p.12), o ajuste neoliberal não possui apenas uma natureza econômica; ele integra uma redefinição global do campo político-institucional e das relações sociais. Passa a existir um outro projeto de “reintegração social”, em que

> os pobres passam a ser uma nova “categoria classificatória”, alvo das políticas focalizadas de assistência, mantendo sua condição de “pobre” por uma lógica coerente com o individualismo que dá sustentação ideológica a esse modelo de acumulação: no domínio do mercado existem, “naturalmente”, ganhadores e perdedores, fortes e fracos, os que pertencem e os que ficam de fora (ISOARES, 2000, p. 13).

Sendo assim, nas últimas décadas, as medidas de ajustes necessárias ao processo de reestruturação econômica vêm se dando por meio da defesa de um programa de corte neoliberal assentado na negação da regulação econômica estatal, no abandono das políticas de pleno emprego e na redução dos mecanismos de Seguridade Social em prol da sua regulação via mercado. Sua fórmula para a saída da crise resume-se algumas proposições básicas: um Estado forte para romper o poder dos sindicatos e manter o controle monetário, mas parco nos gastos sociais e nas intervenções econômicas; busca da estabilidade monetária como meta suprema, o que implica numa necessária disciplina orçamentária. Isso significa uma contenção nos gastos com bem-estar e a restauração da taxa “natural” de desemprego; reforma fiscal, com a diminuição dos impostos sobre os rendimentos mais altos; e o desmonte dos direitos sociais, implicando na quebra da vinculação entre política social e esses direitos, que compunha o pacto político do período anterior (BEHRING, 2000, p. 28).

Segundo Borón (1995, p. 77), as políticas neoliberais trazem em seu bojo um duplo movimento: por um lado, a exaltação do mercado, considerado a esfera da eficiência, da probidade e da austeridade; por outro, a satanização do Estado, considerado o causador de todas as desgraças e infortúnios que afetam a sociedade capitalista.

Na América Latina, os impactos devastadores da crise financeira e a explosão da crise da dívida externa nos anos 80 levam ao reforço do modelo de ajuste estrutural, por meio do chamado “Consenso de Washington”[41]. Tais políticas de ajuste

[41] Segundo Behring (2003, p. 147-148), oconsenso de Washington estabelece-se a partir de um seminário realizado naquela cidade, entre 14 e 16 de janeiro de 1993, para discussão de um texto do economista John Williamson, e que reuniu executivos de governo, dos bancos multilaterais, empresários e acadêmicos de onze países. Fiori (1997, p. 12) coloca que neste seminário foram discutidos os passos políticos para a implementação de um plano único de ajustamento econômico

integram um movimento de ajuste global, que se desenvolve num contexto de globalização financeira e produtiva, caracterizado por

> um rearranjo da hierarquia das relações econômicas e políticas internacionais, feito sob a égide de uma doutrina neoliberal, cosmopolita, gestada na capital política do mundo capitalista, denominada Consenso de Washington (SOARES, 2000, p. 16).

É nesse quadro, portanto, que a Seguridade Social, vinculada com as necessidades de socialização dos custos da reprodução da força de trabalho como condição para a acumulação do capital e com a organização política dos trabalhadores em torno das conquistas sociais institucionalizadas nos direitos sociais, torna-se um dos principais alvos das reformas sociais (MOTA, 1995, p. 24).

Na América Latina e, sobretudo, no Brasil, tais transformações vêm acompanhadas de profundas mudanças na esfera do Estado exigida pela política de ajuste, com base no pressuposto de que a crise econômica mundial nada mais é que a crise do Estado e não do mercado, a qual exige uma ampla "reforma" econômica, pautada na liberalização comercial e financeira; na privatização das empresas e serviços públicos; na desregulamentação dos mercados domésticos; e na eliminação dos instrumentos de intervenção do Estado, adequando a estrutura econômica dos países em desenvolvimento aos novos requisitos do capital globalizado (SOARES, op. Cit, 2000).

Desse modo, os anos de 1990 no Brasil foram caracterizados por um processo de reversão das conquistas sociais consagradas na CF de 1988, configurando-se no que Behring (2003) denominou de contrarreforma[42] do Estado, visto seu caráter regressivo e conservador. Sendo assim, é um período que emerge com a necessidade

---

que passaria por três fases: "a primeira consagrada à estabilização macroeconômica, tendo como prioridade absoluta um superávit fiscal primário envolvendo invariavelmente a revisão das relações fiscais intergovernamentais e a reestruturação dos sistemas de previdência pública; a segunda, dedicada ao que o Banco Mundial vem chamando de "reformas estruturais"; liberação financeira e comercial, desregulação dos mercados, e privatização das empresas estatais; e a terceira etapa, definida como a da retomada dos investimentos e do crescimento econômico."

[42] Coutinho (2012, p.121) vai apontar que Gramsci caracteriza a contrarreforma como uma pura e simples 'restauração', diferentemente do que faz no caso da revolução passiva, quando fala em uma 'revolução-restauração'. Apesar disso, porém, ele admite que até mesmo neste caso tem lugar uma 'combinação entre o velho e o novo'. Podemos supor assim que a diferença essencial entre uma revolução passiva e uma contra-reforma resida no fato de que, enquanto na primeira certamente existem 'restaurações', mas que 'acolheram uma certa parte das exigências que vinham de baixo', como diz Gramsci, na segunda é preponderante não o momento do novo, mas precisamente o do velho. Trata-se de uma diferença talvez sutil, mas que tem um significado histórico que não pode ser subestimado".

de se dar resposta aos princípios legais norteadores do SUS, respostas essas que vão se confrontar com as transformações societárias.

Neste contexto de transformações e crises, identificam-se formas diferenciadas de gestão das políticas sociais orientadas pelos projetos de sociedade em confronto, que são: democracia restrita *versus* democracia de massas (NETTO, 1990) ou liberal – corporativo *versus* democracia de massas (COUTINHO, 2000).

A democracia restrita ou liberal-corporativa compatibiliza-se com a concepção de Estado mínimo, segundo o qual o Estado deve intervir apenas para garantir o mínimo, com vistas a aliviar a pobreza e apenas produzir serviços que o setor privado não pode ou não quer produzir, restringindo os direitos sociais e políticos. Desse modo, defende um enxugamento do Estado, bem como a substituição das lutas coletivas por lutas corporativas. Estabelece as políticas sociais com base nos seguintes preceitos: parceria entre os setores público e privado; transformação de instituições públicas em Organizações Sociais; adoção de modelos gerenciais flexíveis; e terceirização dos recursos humanos.

Em contraposição ao modelo anterior, o projeto de democracia de massas baseia-se na concepção de Estado democrático e de direito responsável pelas políticas sociais. Defende a ampla participação social, que deve articular democracia representativa (instituições parlamentares e os sistemas partidários) com uma democracia direta (sindicatos, comissões de empresas, organizações de profissionais e de bairros, movimentos sociais urbanos, rurais e democráticos). Estabelece as políticas sociais a partir dos seguintes pressupostos: a cultura do público; a gestão democrática; o controle social sob as políticas públicas pela sociedade civil; a universalização do acesso; a descentralização; a garantia de um financiamento efetivo para a execução das políticas sociais; e a melhoria na qualidade do atendimento prestado à população.

Segundo Bravo e Matos (2001, p. 199), tais projetos societários têm expressão na arena sanitária nos anos de 1990 por meio de dois projetos em disputa: o Projeto de Reforma Sanitária (contra-hegemônico) e o Projeto Voltado para o Mercado ou privatista (hegemônico).

O Projeto de Reforma Sanitária, construído na década de 1980, tem como estratégias o SUS e foi resultado das lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados aos movimentos sociais. Tem como preocupação central assegurar que o

Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção do Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseguinte, pela saúde. Como fundamentos dessa concepção, destacam-se: melhor explicitação do interesse público, democratização do Estado e a criação de uma esfera pública democrática. Como outros aspectos significativos, estão a democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações. Como premissa básica, tem a concepção da saúde como direito de todos e dever do Estado.

O Projeto Voltado para o Mercado ou privatista está pautado na política de ajuste neoliberal tendo como principais características: **a privatização**, por meio da sua regulação via mercado, com estímulo ao seguro privado o que geralmente leva a uma regressividade do sistema, que é induzida pelos mecanismos de subsídio estatal direto ou indireto às empresas ou sobre a forma do patrimonialismo, que nada mais é do que a apropriação privada do Estado; **a focalização**, que é a canalização dos recursos para programas sociais dirigidos aos setores pauperizados da sociedade através de um pacote básico para a saúde; **descentralização** dos serviços para os municípios como estratégia de redução dos gastos públicos, de desresponsabilização do Governo Federal; e a eliminação da vinculação da fonte em relação ao financiamento.

Nos anos 1990, foram quatro as gestões do executivo no Brasil. No governo do Presidente Fernando Collor de Mello, dá-se início ao avanço das medidas neoliberais. Segundo Bravo e Matos (2001, p.201), neste momento, não é apresentado um projeto de política de saúde pelo governo federal, mas há um boicote sistemático e contundente à implementação do SUS.

> Coincidente com a eleição de Collor, o ano de 1989 foi um momento de inflexão da Guerra Fria, simbolizado pela queda do Muro de Berlim, com o redirecionamento das relações políticas internacionais, mudando-se o conflito ideológico entre socialismo e liberalismo, trazendo uma clara supremacia do pensamento neoliberal, de defesa do mercado e de suas políticas decorrentes (FALEIROS et al., 2006, p. 111).

Ainda sobre o processo eleitoral de 1989, Faleiros e outros apontam para a polarização entre o “velho” (um líder sindical apoiado pelas esquerdas) e o “novo” (um candidato jovem com um discurso “moderno” e “anti-elites”).

> Se, por um lado, Lula representava a agregação de interesses da sociedade, organizada em movimentos e sindicatos, por outro, Collor foi o símbolo de uma diversidade de interesses difusos, de aglutinação de bolsões de esperança, principalmente daqueles que o próprio Collor denominou de “descamisados” (FALEIROS et al., 2006 p. 113).

Ao analisar a conjuntura, Rodrigues Neto (1997, p. 89) aponta para uma inflexão privatizante, com o objetivo de reverter muitas das políticas aprovadas pela Constituinte para a área social, em especial o SUS. Nesse sentido, o autor vai apontar que, desde a negociação da Lei Orgânica da Saúde, já se evidenciava a reorganização dos interesses empresariais e corporativos, o que fez com que sua aprovação se tornasse muito mais difícil, ainda mais em um contexto em que o poder executivo ganhava novo fôlego com a eleição de Collor, legitimado pelas urnas, sobre uma plataforma “modernizante”.

Em fins de 1989 e princípio de 1990, a Lei 8080 que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, incorporou os principais mandamentos da CF. Entretanto, devido às intensas lutas políticas, a referida lei sofreu vetos presidenciais no que diz respeito aos mecanismos de participação da comunidade, aos mecanismos de transferência dos recursos para estados e municípios e critérios de repasse, e à eliminação de convênios.

> O veto demonstra uma posição claramente contra-hegemônica ao processo de democracia participativa, que havia sido construído nos últimos anos da ditadura e primeiros da Nova República, especialmente na questão da saúde. Estava consoante, portanto, com os rumos da política internacional, na esteira da globalização econômica, em que os movimentos populares, fortemente impregnados por ideologias de transformação perdiam rapidamente sua voz (RODRIGUEZ NETO, ibidem, 1997, p. 112).

Como resultado da reação das entidades da sociedade civil aos vetos presidenciais, liderada pela Plenária da Saúde, foi criada em dezembro do mesmo ano a Lei 8142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais dos recursos da saúde. Através desta Lei, foram criados os Conselhos e Conferências de Saúde, enquanto instâncias de controle social. Além disso, a referida lei permitiu: a forma de alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde; a transferência regular e automática dos repasses

federais a estados e municípios; e os critérios de recebimento de recursos para estados e municípios[43].

Contudo, segundo Paim (2008, p.188), as negociações que resultaram na promulgação da Lei nº 8142 não foram capazes de impedir que, dias depois, fosse publicada, pelo presidente do INAMPS, a Norma Operacional Básica (NOB 01/1991), que vai subverter as definições da referida lei. Tal NOB padronizou os fluxos financeiros e implantou no sistema público o pagamento por produção, transformando os Estados e municípios em meros prestadores de serviços a serem ressarcidos. Tal medida, ao invés de estimular a responsabilização progressiva pelas ações e serviços de saúde por parte das esferas de governo, acabou se constituindo em um entrave para o processo de descentralização, acabando por levar a um processo de desconcentração[44].

Com o processo de universalização, a Constituição permitiu a incorporação de um terço da população brasileira ao sistema de saúde, entretanto o Governo Collor reduziu em quase metade os recursos para a saúde. Essa situação gerou um sucateamento do SUS no início de sua implementação.

Segundo Laurell (1997, p. 168), uma das condições para que o processo de privatização seja socialmente aceito, bem como para criar uma demanda para os benefícios ou serviços privados – fato que só ocorre quando os serviços fornecidos pelo setor público são considerados insuficientes ou de má qualidade –,é o corte dos gastos sociais públicos. Tal corte acaba por provocar uma deterioração dos serviços públicos e o seu desprestígio, provocando a migração do setor de classe média e os trabalhadores de maior qualificação para o setor privado, ajudando-o a criar uma demanda para si e a tornar o processo de privatização aceitável socialmente. Neste contexto, há um processo de satanização do Estado, que passa a ser visto como espaço de corrupção e ineficiência, e, por outro lado, como a exaltação do mercado, enquanto espaço da virtude e da eficiência.

---

[43] Conforme a Lei 8142, é necessário, para o repasse de verbas aos estados e municípios, que eles contem com: fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatórios de gestão, contrapartida de recursos e plano de cargos, carreiras e salários.

[44] Por desconcentração entende-se a delegação de atribuições administrativas não seguida de um poder decisório, permanecendo a personalidade jurídica da mesma instituição (STEIN, 1997, p. 81).

Outro aspecto que é importante ressaltar foi a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em 1992, dois anos depois do previsto. Em 1992, próximo ao término da gestão Collor, o Ministro da Saúde Alceni Guerra é obrigado a renunciar, sendo nomeado para o cargo Adib Jatene numa tentativa de mediação em busca de um apoio em meio a crise que enfrentava o governo. Adib Jatene se compromete a realizar a IX Conferência Nacional de Saúde, que ocorre nesse mesmo ano tendo como temário “A municipalização é o caminho” e, segundo Bravo e Matos (2001, p.202), apresentou como características a ratificação do SUS como modelo ideal de política de saúde para o país e se conformou como o primeiro movimento expressivo, tanto qualitativo como quantitativamente, em defesa do impeachment do então presidente da República.

Em relação à 9ª Conferência Nacional de Saúde, Paim (2008, p. 189-190) vai chamar a atenção para o fortalecimento, neste momento, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), enquanto novo ator político na defesa da Reforma Sanitária.

> Foi marcada a 9ª CNS para junho de 1991 com o tema “Saúde: municipalização é o caminho”, o mesmo do último Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, não por mera coincidência. Representava, na realidade, um indicador da força adquirida pelo movimento municipalista na cena política de saúde e, especialmente, o crescimento de um novo ator político em defesa da Reforma Sanitária (PAIM, 2008, p. 189-190).

Segundo o autor, o fortalecimento das entidades de representação dos gestores de saúde (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e CONASEMS) vai se dar mediante o vácuo político deixado pelos movimentos sociais, levando-os a ocuparem esses espaços e alcançarem um protagonismo maior no processo político da saúde no Brasil. Inclusive, Faleiros *et al*. (2006, p. 142-143) vão apontar a fala de Eri Medeiros (CONASEMS), demonstrando que até mesmo os conselhos de saúde propostos pela Reforma Sanitária para o controle público e democrático do Estado e das políticas de saúde tiveram de redefinir suas funções no sentido de homologarem decisões tomadas em outras instâncias.

> No Conselho Nacional de Saúde, em abril de 1991, em nome do Conasems apresento a proposta de criação da Comissão Intergestores Tripartite. Ali nasce, em nome do Conasems, a nossa proposta, já que a Lei Orgânica da Saúde estabelecia 6 [seis] comissões permanentes, e então eu levo a proposta de que nós deveríamos criar uma nova comissão permanente antes daquelas, já que era mais importante juntar os gestores para fazer o pacto, para não vir para o conselho tudo que é assunto. Foi uma reunião difícil, pois

> todo mundo queria participar e nós queríamos que a comissão fosse dos gestores. Ela foi aprovada, mas como o governo não queria abrir as portas do processo, apesar da resolução assinada, ela não é implementada em 1991, nem em 1992 (FALEIROS et al., 2006, p. 142-143).

Assim, segundo Paim (2008, p. 189), nessa nova correlação de forças a Reforma Sanitária passa a ter como ênfase a implantação do SUS, secundarizando os demais componentes do seu projeto. Isso vai aparecer na 9ª Conferência Nacional de Saúde, conforme aponta o autor.

> As críticas usuais relacionadas ao tema da municipalização, concentravam-se no critério de repasse dos recursos, nos atrasos e valores das parcelas de pagamento, no excesso de formulários e de "burocracia" e na ilegalidade e inconstitucionalidade das portarias. Poucas foram as manifestações que apontavam para o distanciamento do conteúdo dessas portarias em relação à Reforma Sanitária, especialmente no que tange à integralidade da atenção e ao compromisso com as necessidades e os problemas de saúde da população. (PAIM, 2008, p. 189).

Diante do declínio do governo, o então Ministro da Saúde Alceni Guerra e o Presidente Collor viram-se impedidos de colocar mais obstáculos ao processo de implantação do SUS, devido às irregularidades administrativas do Ministério da Saúde e às denúncias de corrupção do ministro da pasta apresentadas pela mídia, que caracterizaram os primeiros escândalos do governo Collor. Neste contexto, é definida a NOB 02/92, cujo objetivo era acrescentar à NOB 01/91 o critério populacional para o repasse dos recursos e o repasse automático deles para os municípios que tivessem cumprido com as exigências constitucionais.

Itamar Franco assume o governo após o impeachment de Collor em meio a uma crise política, institucional, econômica e social. Segundo Behring (2003, p. 154-155), o governo de Itamar Franco será marcado por avanços limitados no que se refere à legislação complementar à CF de 1988, como foi o caso da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), mas também pela rearticulação da coalizão conservadora de poder constituído ao redor de Fernando Henrique Cardoso (FHC) – então à frente do Ministério da Fazenda –, que capitaneou o plano de estabilização, o Plano Real[45],

[45] Segundo Fiori (1997, p.14), o Plano Real integra a grande família dos planos de estabilização discutidos na já referida reunião de Washington e patrocinados pelas instituições internacionais. O Plano possuía uma concepção estratégica de longo prazo sendo condição para o seu sucesso no curto prazo: ajuste fiscal, reforma monetária, reformas liberalizantes, desestatizações etc., para que só após restaurada uma economia aberta de mercado pudesse haver uma retomada do crescimento. Sendo assim, o autor coloca que "o Plano Real não foi concebido para eleger FHC; FHC é que foi concebido para viabilizar no Brasil a coalizão de poder capaz de dar sustentação e permanência ao programa de estabilização do FMI, e viabilidade política ao que falta ser feito das reformas preconizadas pelo Banco Mundial."

criado em 1994 poucos meses antes da eleição, que promoveu uma verdadeira chantagem eleitoral: ou se votava no candidato do Plano (FHC) ou colocar-se-ia em risco a estabilidade da moeda, havendo o retorno da inflação, a ciranda financeira e a escalada dos preços.

Segundo Bravo e Matos (2001, p. 202), o governo de Itamar Franco contou com dois momentos na arena sanitária. O primeiro com propostas de fortalecimento do SUS e o segundo com ausência de iniciativas de avanço para o setor saúde. Cabe destacar, neste período, a extinção do INAMPS, a promulgação da Norma Operacional Básica - NOB/ 93[46], a criação do Programa Saúde da Família (PSF) e o início da discussão sobre a Reforma Psiquiátrica, medicamentos genéricos e regulação do sistema de assistência médica suplementar[47].

Rodriguez Neto (1997, p. 89) vai apontar a ambiguidade do Governo Itamar.

> Se por um lado o Ministério da Saúde tentou retomar a doutrina original do SUS, inclusive extinguindo o INAMPS, o Ministério da Previdência, em conivência com as autoridades econômicas (as mesmas de hoje), implodiu olímpica e impunemente o conceito de Seguridade Social e remeteu novamente o Ministério da Saúde à condição de pedinte, de “pires na mão”, resultando na sua atual e crônica situação de carência de recursos.

O governo de FHC, iniciado em 1995, refere-se ao período em que ocorreu de forma explícita a implantação do projeto neoliberal no país. Eleito Presidente da República, em 1994, FHC dá continuidade ao Plano Real. Apesar de a sua campanha eleitoral ter se baseado em promessas na área social, havendo cinco prioridades (os cinco dedos na mão), em seus oito anos de governo ocorreu um verdadeiro desmonte do social, nas palavras de Lesbaupin (2002). Foram características das políticas sociais no seu governo sua subordinação à estratégia macroeconômica do grande capital, situando-as em parâmetros mercantis (NETTO, 1999, p.87).

---

[46] A NOB/93 vai estimular o processo descentralização da gestão dos serviços e ações do SUS, por meio da criação de três modalidades de municipalização da saúde: incipiente, parcial e semiplena, aos quais os municípios podiam se habilitar conforme a capacidade instalada existente e o cumprimento de responsabilidades e requisitos gerenciais. Também criou as Comissões Intergestores Bipartite – CIB e Tripartite – CIT, como foros permanentes de negociação e deliberações. Segundo Paim (2008:194), a NOB/93 permaneceu distante do marco legal, visto não ter valorizado a integralidade, nem ter investido no redirecionamento do modelo de atenção.

[47] Segundo Paim (2008, p. 196), nesse período “observava-se a expansão da assistência médica supletiva (AMS), com diversificação de planos de saúde para os consumidores e diferenciação de modalidades de compra e de pagamento dos serviços médicos, além das pressões da indústria farmacêutica”.

A orientação do projeto político do grande capital, cujo objetivo era a integração subordinada do Brasil ao sistema econômico mundializado, materializou-se, conforme Netto (ibidem, 1999, p. 80), na política econômica de FHC desenvolvida através das seguintes ações: o “Plano Real”, enquanto instrumento de estabilização monetária, como o primeiro passo para a abertura do mercado brasileiro (de bens e serviços) ao capital internacional, desregulamentando-o; a redução do papel empresarial estatal, decorrente da desregulamentação do mercado brasileiro, que levou a privatização e a redução dos fundos públicos para o financiamento das políticas sociais voltadas para a massa dos trabalhadores, sob o pretexto da redução do déficit público e em nome do “ajuste estrutural”. Assim, segundo o autor, o projeto político do grande capital, conduzido por FHC, concentrou-se na reforma do Estado brasileiro sob a perspectiva neoliberal, “reforma” esta conduzida contra o espírito da CF de 1988.

Menezes (2016, p. 91), vai apontar que as duas importantes inflexões na década de 1990 foram: “a criação do Plano Real e a proposta de reforma do Estado ou contrarreforma, defendida pelo governo e seus intelectuais.”

Em setembro de 1995, é aprovado na Câmara da Reforma do Estado – um órgão interministerial criado para esse fim, o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE). Este documento foi elaborado pelo Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE), sob a liderança de Bresser Pereira e nele estão contidas as ideias centrais daquilo que estamos chamando de contrarreforma do Estado.

O PDRE é justificado logo na sua introdução, por meio do discurso de que o Estado desviou-se das suas funções precípuas para atuar com grande ênfase na esfera produtiva. Considera que o Estado e o mercado são as duas instituições centrais que operam na coordenação dos sistemas econômicos. Desse modo, se uma delas funcionar de modo irregular configura-se uma crise. Tem-se, assim, que a crise dos anos 20 e 30 teve por base o mau funcionamento do mercado, enquanto que a crise dos anos 80 foi fundada no Estado. Assim, a “reforma” do Estado nos anos 1990 coloca-se como um tema de alcance universal e uma cobrança de cidadania.

O documento define como características da crise do Estado: a crise fiscal; o esgotamento da estratégia estatizante de intervenção do Estado, sendo suas expressões o Welfare State, a estratégia de substituição de importações nos países periféricos e o estatismo comunista; e, por fim, a superação da administração pública

burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características: a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas. Propõe como principal inovação a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, deve fazê-lo obedecendo as leis do mercado (BRESSER PEREIRA, 1996).

O Plano divide o aparelho do Estado em quatro setores: o Núcleo Estratégico formula as leis e as políticas públicas e controla sua execução, composto pelos três poderes. No Setor de Atividades Exclusivas, em questão prestados os serviços que só o Estado pode realizar, a exemplo da previdência social básica, a educação básica, segurança e outros. O Setor de Serviços Não Exclusivos corresponde ao setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não estatais e privadas, como as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus. O Setor de Produção de Bens e Serviços para o Mercado correspondeàa área de atuação das empresas. Tais áreas estão no Estado, seja porque não foram assumidas pelo mercado devido à falta de capital para realizar o investimento, seja porque são atividades monopolistas cujo controle via mercado não é possível, sendo necessário, no caso de privatização, uma regulamentação rígida. A esses setores correspondem formas de propriedade: estatal para os setores do Núcleo Estratégico e o Setor de Atividades Exclusivas do Estado; pública não estatal para o Setor Não-Exclusivo, visto tornar mais fácil e direto o controle social, por meio da participação nos conselhos de administração dos diversos segmentos envolvidos, como também favorece a parceria entre sociedade e Estado; privada para o Setor de Produção de Bens e Serviços. Neste último, a propriedade estatal não é recomendada, mas deve haver um sistema seguro de regulação. Quanto à forma de administração, é proposto para o Núcleo Estratégico um mix entre administração burocrática e gerencial; nos demais, a administração gerencial.

No caso das atividades exclusivas do Estado, a proposta é transformar as autarquias em agências autônomas, administradas segundo um contrato de gestão, prevendo-se mecanismos de controle social, no entanto sem dizer novamente que mecanismos seriam esses. É importante observar que o Plano demonstra uma preocupação com o controle social, entretanto ignora por completo os conselhos

paritários previstos em legislações complementares das políticas constitutivas da seguridade social. Aliás, a própria concepção de seguridade social é ignorada pelo Plano, sendo políticas públicas de Saúde, Assistência Social e Previdência Social tratadas de modo desarticulado. Tal fato demonstra, conforme Behring (2003, p. 182), "o espírito (e a letra) anticonstitucional do Plano". No caso dos serviços não exclusivos, a proposta do Plano é transferi-los para o setor público não estatal através do que os autores chamam de Programa de Publicização, transformando-os em organizações sociais[48]. Nas organizações sociais são previstos mecanismos de controle social por meioda criação de conselhos de administração, cujo papel é a formulação e a avaliação do desempenho das organizações. Em relação ao setor de produção bens e serviços para o mercado, o Plano propõe a continuidade do processo de privatização através do Conselho de Desestatização e a implantação de contratos de gestão nas empresas que não puderem ser privatizadas.

O Ministro da Administração e Reforma do Estado, Bresser Pereira defendia a "flexibilização do SUS", isto é, a descentralização do SUS e a "competição administrada" entre os fornecedores de serviços de saúde com o seguinte argumento:

> Com a implantação desse novo sistema de administração do SUS ficará demonstrada mais uma vez uma idéia fundamental: para melhorar os serviços sociais do Estado brasileiro, sem dúvida, os recursos são escassos, mas mais escassa ainda é a capacidade administrativa de geri-los. (...) O aumento da autonomia dos administradores hospitalares, no caso dos hospitais estatais, só será viável através do projeto que prevê sua transformação em organizações públicas não estatais (organizações sociais) (BRESSER PEREIRA, 1997, p. 19).

De acordo com Behring (2003, p. 198), a "reforma" do Estado, tal como conduzida, é a versão brasileira de uma estratégia de inserção passiva e a qualquer custo na dinâmica internacional e representa uma escolha político-econômica, não um caminho natural diante dos imperativos econômicos. Tal opção levou a uma forte destruição dos avanços, mesmo que limitados, dos processos de modernização conservadora que marcaram a história do nosso país, o que permite caracterizar o processo em curso, conforme Behring (2003, p. 198), como uma contrarreforma, que mantém a condução conservadora e moderniza apenas pela ponta, demarcando uma

[48] As organizações sociais são entidades de direito privado sem fins lucrativos, que celebram um contrato de gestão com o Poder Executivo, que lhes asseguraria uma dotação orçamentária. Contudo, são previstas outras formas de financiamento que poderá ser via compra de serviços e doações.

perda total do sentido de nacionalidade e um componente destrutivo nunca visto antes nos saltos para frente promovidos nos períodos anteriores.

Conforme se pode observar no decorrer do Plano, o centro da “reforma” é, na verdade, o ajuste fiscal, fazendo crer que as supostas preocupações com a proteção social – nas novas modalidades propostas –, bem como com a consolidação da cidadania e da democracia no Brasil, mais se pareçam ornamentos para tornar o ajuste mais aceitável.

Segundo Paim (2008, p. 205), no primeiro semestre do governo FHC, dois grandes temas eram recorrentes nos debates da política de saúde: a questão do financiamento e as repercussões das políticas econômicas sobre as condições de vida e saúde da população.

> Quando o Real completava um ano o principal problema das grandes cidades brasileiras era a crise no sistema público de saúde. Enquanto isso, segmentos da classe média e dos trabalhadores de melhor nível de renda migraram para o seguro-saúde e outras formas de assistência médica supletiva (AMS) na medida em que se deterioravam os serviços públicos de saúde e a mídia desqualificava os esforços de construção do SUS. Já os demais cidadãos brasileiros usuários do SUS, apesar do direito à saúde estabelecido na Constituição, eram repelidos no cotidiano dos serviços de saúde pelas filas, (...) humilhações, greves e baixa qualidade dos serviços (PAIM, 2008, 205-26).

O Sistema Único de Saúde na sua implementação vem se aproximando do sistema de saúde norte-americano. Essa “americanização” do sistema de saúde brasileiro faz com que a ação do Estado passe a se voltar para os pobres, isto é, para aqueles que não têm condição de recorrer ao mercado. Nesse sentido, com a saída dos setores sociais médios e os empregados, de maior potencial de mobilização, do sistema de saúde público, este deixou de ter um caráter universal para ser focalizado e excludente (FAVERET FILHO; OLIVEIRA,1990; VIANNA, 1998).

A política de saúde no governo de FHC refere-se ao período em que é apresentada uma contraproposta ao SUS constitucional, de forma oficial e sistematizada, no contexto da proposta da contrarreforma do Estado.

Nesse período, Bravo e Matos (2001, p. 204) identificam dois momentos diferenciados na arena sanitária. Na primeira (1995-1996), foi possível perceber que o governo não teve uma intervenção efetiva na política de saúde. Observou-se o esforço do ministro Adib Jatene para aprovação da Contribuição Provisória sobre

Movimentação Financeira (CPMF), que foi discutida na 10ª Conferência Nacional de Saúde.

Segundo Paim (2008, p. 208), os avanços em relação à Reforma Sanitária consistiram na institucionalização de formas de participação, com a ampliação dos conselhos de saúde e das plenárias. De acordo com Faleiros *et al*. (2006), até a Plenária Nacional de Saúde – que significava um espaço de possibilidades para o exercício da contra-hegemonia – interrompeu as suas atividades em 1995, sendo substituída pela Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, criada no Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, em 25 de abril do mesmo ano, em Salvador.

Em setembro de 1996, ocorreu a X Conferência Nacional de Saúde, tendo como temática central “Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida”. Esta Conferência contou apenas com a presença do Ministro da Saúde, visto que os demais representantes do governo federal não compareceram. O Relatório Final da 10ª Conferência apresentou um anexo com as deliberações sobre a Norma Operacional Básica (NOB) 96[49].

> A 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em setembro de 1996, representou uma oportunidade para as entidades e 1.400 delegados, reunidos na Plenária denunciarem o desmonte da máquina pública e exigirem a manutenção da Seguridade Social (PAIM, 2008, p. 208).

Na segunda fase (1996-2002) do governo FHC, há a elaboração de propostas para a saúde contrárias ao SUS. Este período compreendeu a gestão dos seguintes ministros: José Carlos Seixas, Carlos César Albuquerque e José Serra. A entrada do ministro Serra teve como objetivo ajustar a política de saúde à proposta de Reforma do Estado.

Em 1997, ano decretado oficialmente como o ano da saúde no Brasil, foi divulgado pelo então Ministro da Saúde, Carlos César de Albuquerque, o documento “Ações e Metas Prioritárias para a Saúde”. Nesse documento, foram definidas como ações e metas prioritárias para a saúde a prevenção com ênfase no atendimento básico, a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e a constituição de um mutirão

[49] Segundo Menezes (2016, p. 94), a NOB 96 foi ponto de discussão e polêmica durante a conferência. A principal crítica refere-se ao fato dela ter sido publicada às vésperas da conferência, impossibilitando que suas propostas fossem incorporadas. Desse modo, a 10ª CNS determinou um prazo de sessenta dias para que a NOB fosse revista e as deliberações da 10ª CNS fossem a ela incorporadas. A nova versão da NOB 96 foi então republicada em novembro de 1996 no *Diário Oficial*, entretanto em vigor em maio de 1997.

para a saúde. Segundo avaliação de Bravo (1997), este documento, além de não fazer e de não propor qualquer articulação dos programas de atenção básica à saúde que integram a rede, não faz qualquer referência à X Conferência Nacional de Saúde, nem articula a discussão de recursos humanos com a política de pessoal. Além disso, retorna a dicotomia entre Saúde Pública e Saúde curativa (serviços básicos e hospitalares, respectivamente), aponta para a terceirização dos serviços (Contrato de Gestão), e utiliza termos e propostas dos adeptos do Projeto de Reforma Sanitária com outro conteúdo, como: publicização, financiamento, participação social/Conselhos de Saúde e descentralização.

O Ministro da Saúde, José Serra, nomeado em 1998, foi um dos principais protagonistas do avanço do projeto privatista na saúde, marcado pelo investimento na regulamentação dos Planos de Saúde privados e pela normatização dos medicamentos genéricos. Com a nomeação do Ministro, as funções da regulamentação de responsabilidade da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), vinculada ao Ministério da Fazenda, passa para o Ministério da Saúde. Neste sentido, o Ministério da Saúde se transformou em um setor combativo capaz de enfrentar a poderosa indústria farmacêutica, com a normatização dos medicamentos genéricos, e as empresas de planos e seguros de saúde, adquirindo o apoio da mídia e da opinião pública. Em 1998, foi aprovada a Lei 9.656[50], que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Em 1999, como previsto no Plano Diretor da Reforma do Estado, foram criadas a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)[51], instituições dotadas de autonomia orçamentária e decisória, expressando a ampliação

[50] "Esta lei, que passou a regular o sistema de assistência médica supletiva (SAMS), determinava as seguintes providências: abertura da participação de grupos estrangeiros no mercado nacional; atribuição da regulamentação dos planos privados de assistência à saúde ao Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP); definição da Superintendência de Seguros Privados (Susep) como ente regulatório; criação de um pacote mínimo na assistência à saúde e mecanismos para controlar a seleção de risco pelas operadoras; proibição de exclusão por idade, deficiência física; limites para exclusão de doenças e lesões pré-existentes; garantia de usufruto do plano de saúde após demissão por um período de 6 a 24 meses; vinculação dos planos e seguros a garantias securitárias, atribuindo poder de intervenção à Susep quando essas garantias forem insuficientes; estabelecimento do ressarcimento ao SUS pelas operadoras; criação do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU); e criação da Câmara de Saúde Suplementar" (PAIM, 2008, p. 224).

[51] "A chamada 'lei dos planos de saúde' foi reforçada pela Lei 9.651 de 28 de janeiro de 2000, criando a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde" (PAIM, 2008, p. 224-225).

das ações do Ministério da Saúde da esfera pública para o mercado (BRAVO; MATOS, 2001, p. 210).

Cabe destacar que, ainda em 1998, é apresentado o documento do MARE, n° 13, que, principalmente no artigo de Bresser Pereira, mostra as bases da contrarreforma para o setor saúde, dirigida à assistência ambulatorial e hospitalar. Na introdução do documento, é colocado que a reforma da saúde proposta baseia-se no modelo inglês. Neste documento, são propostas três estratégias para a saúde: uma descentralização mais rápida e decisiva, havendo maior definição de atribuições e do poder de decisão dos três níveis de governos, com a manutenção dos estágios atuais: "centralizado", "descentralização incipiente", "descentralização parcial" e "descentralização semiplena"; a estruturação de um sistema integrado, hierarquizado e regionalizado, composto por dois subsistemas: o primeiro denominado de subsistema de entrada e controle, tendo como porta de entrada os postos de saúde e o Programa de Saúde da Família (PSF), que seriam responsáveis pela integralidade das ações por meio do encaminhamento dos casos de maior complexidade e de especialização para a rede ambulatorial e hospitalar, via Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que passaria a ser distribuída pelo número de habitantes e não mais por número de leitos. O segundo subsistema, denominado de referência ambulatorial e especializada, seria composto pelas unidades de maior complexidade e especialização na rede ambulatorial e por hospitais credenciados (estatais – futuramente transformados em Organizações Sociais – públicos não estatais e privados). As unidades de emergência seriam as únicas a terem atendimento direto. Posteriormente, o usuário deverá ser encaminhado ao distrito sanitário da sua área por meio da estruturação de um sistema de informações em saúde, gerenciado pelo SUS, através do DATASUS, que seria responsável pelo controle de despesas, avaliação da qualidade, geração de indicadores para a vigilância epidemiológica e medição dos resultados obtidos. Tais dados deveriam estar disponibilizados em rede, possibilitando, desse modo, o controle da execução dos recursos.

Nesse período, foi aprovada a Emenda Constitucional (EC) 29[52] que procurou equacionar um dos maiores problemas do SUS, isto é, a instabilidade do

[52] "Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000 fixa os percentuais mínimos a serem investidos anualmente em saúde pela União, por estados e municípios. A emenda obrigou a União a investir em saúde, em 2000, 5% a mais do que havia investido no ano anterior e determinou que nos anos seguintes esse valor fosse corrigido pela variação nominal do PIB. Os estados ficaram obrigados a

financiamento. Ainda neste contexto, diversos outros fatos político-institucionais relevantes foram produzidos: implantação do Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde (SIOPS); adoção do Cartão do SUS em alguns municípios; implementação do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS); atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei 9787/99); realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde[53], em 2000, e da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, em 2001 (PAIM, 2008, p. 225-226). Também em 2001, é implantada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), com o objetivo de estabelecer novas diretrizes para a regionalização da saúde.

Em relação à questão trabalho e saúde, a CF de 1988, vai incorporar as questões da saúde do trabalhador ao enunciar seu conceito ampliado de saúde, incluindo, dentre os seus determinantes, as condições de trabalho e emprego, e atribuindo ao SUS a responsabilidade de coordenar as ações no país. Tal atribuição foi regulamentada em 1990, por meio da Lei 8080, que define a saúde do trabalhador, enquanto um conjunto de atividades que englobam a assistência, vigilância, informação, pesquisas e participação dos sindicatos. Também vai atribuir a instância federal do SUS, a participação na definição de normas, critérios e padrões, para o controle das condições e dos ambientes de trabalho, bem como a responsabilidade de coordenar a política de Saúde do Trabalhador, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, da hierarquização, descentralização para estados e municípios e do controle social, regulando a necessidade de que o Conselho de Saúde estruture a

aplicar 12% da arrecadação de impostos, e os municípios, 15%. Trata-se de uma regra transitória, que deveria ter vigorado até 2004. O Artigo 198 da Constituição Federal prevê que, no final desse período, a referida Emenda seja regulamentada por Lei Complementar, que deverá ser reavaliada a cada cinco anos. A EC 29 significou um importante avanço para diminuir a instabilidade no financiamento que o setor saúde enfrentou a partir da Constituição Federal de 1988 (com o não cumprimento dos 30% do orçamento da seguridade social), bem como uma vitória da sociedade na questão da vinculação orçamentária como forma de diminuir essa instabilidade. A EC 29 foi regulamentada apenas no Governo Dilma" (MENEZES, 2016, p. 96).

[53] A XI Conferência Nacional de Saúde teve como tema "Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social". Tal Conferência, devido à correlação de forças presente no Conselho Nacional de Saúde, não contou com a ampla participação da sociedade visto só terem participado dela os delegados. Segundo Escorel Bloch (2005, p.109), esta Conferência em função da abrangência temática, da metodologia adotada, entre outras questões, "produziu um relatório de difícil consolidação e sem que qualquer aspecto ou deliberações preponderasse sobre os demais como ideias-síntese da 11ª CNS".

Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST). Desse modo, consolida-se no plano legal e institucional, o campo da ST.

Sendo assim, a ST se situa na perspectiva da saúde como direito universal, de acordo com a definição da CF de 1988 e a Lei 8080/90, rompendo com a visão de saúde ocupacional e transcendendo o marco previdenciário-trabalhista, que marcou historicamente a relação trabalho e saúde no Brasil.

Contudo, a ST, a despeito de vivenciar um momento de viabilização das conquistas obtidas no plano jurídico-institucional que abrangem direitos garantidos na legislação, na prática, ainda encontra dificuldades na sua efetivação, tendo em vista que esbarra no contexto da política neoliberal de desmonte do serviço público, bem como numa conjuntura de retração do movimento organizado dos trabalhadores. Sendo assim, as conquistas advindas da sua inclusão no SUS não se traduziram em ações mais efetivas e permanentes, na perspectiva de mudança do "quadro epidemiológico gravíssimo de doenças e acidentes de trabalho no Brasil" (VASCONCELLOS; RIBEIRO, 2011, p. 436).

Assim, segundo Minayo-Gomez, Vasconcellos e Machado (2018, p. 1965), o percurso da institucionalização da ST no SUS não se constitui em uma trajetória linear de implementação constante e incremental.

> Com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, à medida que se avançava na inclusão mais orgânica da área da ST no SUS, os desafios para a sua consolidação efetiva surgiam, muitas vezes, como verdadeiros obstáculos para sua viabilização (MINAYO-GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2011, p. 1965).

De acordo com os autores, foram criados no início da década de 1990 novos PSTs em vários estados e municípios, contudo muitos deles não se consolidaram tendo uma vida efêmera, visto que tais avanços dependiam da superação de diversos desafios, dos quais muitos persistem até hoje e destacam, dentre eles: ausência de uma cultura em saúde do trabalhador no âmbito da saúde pública; dificuldade na utilização dos recursos próprios, mesmo com este possui rubrica própria; insuficiência de corpo técnico com formação específica de atuação; conflitos de competência com outras áreas do aparelho do Estado; resistência das vigilâncias tradicionais em incorporarem o binômio saúde/trabalho em suas práticas; a percepção da população trabalhadora com viés assistencial e autoexcludente. Além disso, as ações de saúde do trabalhador ficaram isoladas e desarticuladas das demais ações do SUS,

restringindo-se a uma prática assistencial e descaracterizando o foco original dos PSTs. Tal aspecto já era apontado por Oliveira e Vasconcellos (1992) desde o início da institucionalização, ao afirmarem que a estrutura fragmentadora do sistema saúde anterior estava sendo reproduzida no SUS, determinando o seu isolamento, com pouco poder de intervenção na “questão”.

Segundo Vasconcellos e Ribeiro (Op. cit., 2011, p. 436), a década de 1990 foi um período em que foram realizadas diversas iniciativas que buscavam dar maior tessitura à área da saúde do trabalhador.

A primeira iniciativa citada pelos autores foi a criação da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador[54] (CIST), em decorrência dos artigos 12 e 13 da Lei Orgânica da Saúde, enquanto instância de controle social do SUS, com vistas a assessorar o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Ela foi instituída por meio da Resolução CNS nº 011, de 31 de outubro de 1991. Trata-se de uma comissão intersetorial vinculada ao Conselho Nacional de Saúde, que, apesar de não possuir caráter deliberativo ou resolutivo, estabelece propostas de formulação política para a área.

Ainda apontam algumas iniciativas da CIST que foram contribuições importantes para a área na década de 1990, mas que ficaram confinadas a objetivos pontuais da política, das quais destaca: a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS em 1998; a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST/SUS) em 1998; a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho em 1999; e a proposta de preenchimento de autorizações de internação hospitalar nos casos compatíveis com acidente de trabalho, por meio da Portaria 1969/GM, de 25 de outubro de 2001.

Entretanto, segundo os autores, muitas dessas iniciativas tiveram origem na própria área técnica do Ministério da Saúde, a antiga Cosat (Coordenação de ST), que as apresentava à CIST para o aval do controle social.

Outra iniciativa apontada foi a criação do GEISAT (Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador) em 1993. Tal grupo executivo é criado em decorrência das dificuldades de se estabelecerem articulações intersetoriais mais sólidas entre os setores governamentais da saúde, trabalho e previdência. Criada por

[54] A CIST será abordada de modo mais aprofundado no último capítulo deste estudo.

meio da portaria interministerial composto pelos Ministérios da Saúde, Trabalho e Previdência Social, a GEISAT tinha por objetivo estabelecer a integração ministerial, com vistas ao “atendimento integral dos trabalhadores” (VASCONCELLOS, 2007, p. 439).

Tal comissão interministerial, que deu origem ao GEISAT, gerou diversas portarias interministeriais e havia uma intenção concreta de se estabelecer uma articulação mais sólida entre estas instâncias governamentais. Entretanto, sua composição inicial, formada em nível de escalão do poder decisório, sofreu mudanças governamentais no período de 1993-1994, que fez com que perdesse sua força inicial e se transformasse num mero espaço formal, de nível técnico, sem capacidade política institucional de encaminhar propostas concretas de articulação intergovernamental.

No contexto do avanço das propostas neoliberais, acontece em março de 1994 a II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, cujo tema central foi “Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador”. Segundo Lacaz (1997, p.13), diferentemente da I Conferência que teve um caráter mobilizador, positivo e propositivo, com vistas ao processo constituinte, a II Conferência assumiu um caráter defensivo e de resistência com vistas a impedir que as conquistas conseguidas fossem aniquiladas pela vaga conservadora e neoliberal.

Segundo Lacaz (2005, p. 146), a tensão entre os órgãos dos setores da Saúde, Trabalho e Previdência Social, que sempre marcou a trajetória da ST, resultado da incompreensão dos dois últimos interlocutores quanto à proposta sistêmica e os princípios e diretrizes que regem o SUS enquanto política de Estado, ficou ainda mais evidenciado na II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Tal conflito apareceu por meio das resistências desses setores a uma das principais resoluções aprovada na Plenária Final, referente ao modelo de organização das ações de ST, que passava pela

> Construção e consolidação do SUS [contemplando] a totalidade das ações de saúde do trabalhador, ações estas que envolvem a (....), pesquisa, a vigilância, a assistência e a reabilitação, que ainda se encontram distribuídas em diversos Ministérios (Previdência, Saúde e Trabalho). (MINISTÉRIO DA SAÚDE e CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1994, p. 14).

Além disso, segundo o autor, a Plenária aprovou que o SUS deveria assumir totalmente as ações em ST, por meio de uma comissão intersetorial e paritária,

composta por representantes dos Ministérios da Saúde, Trabalho e Previdência, das Centrais Sindicais e movimento popular; do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais (Conasems), a qual deveria concluir seus trabalhos em um ano. E, considerando

> o processo de unificação, as ações de saúde do trabalhador devem ser desenvolvidas sob a coordenação do SUS, com a integração dos diversos órgãos nas esferas municipal, estadual e federal, estabelecendo-se mudança na prática de vigilância (...) e incorporando-se o controle social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE e CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1994, p. 14).

Tais resoluções tornaram explícito que a integração intersetorial deve se dar através dos princípios e diretrizes do SUS, particularmente a universalidade, a integralidade e o controle social, o que está muito distante de ser incorporado pela prática dos órgãos do setor Trabalho e Previdência Social, daí a proposta de coordenação sistêmica do modelo a partir do SUS (LACAZ, 2005, p. 146).

Segundo Vasconcellos e Ribeiro (2011, p. 441), a 2ª CNST apresentou as mesmas dificuldades encontradas na 1ª CNST em configurar um desenho mais acabado de política de Estado. Teve como mérito levantar questões acerca das relações entre desenvolvimento, meio ambiente e saúde e provocar uma grande mobilização de representantes institucionais e sindicais na tentativa de desencadear ações concretas no SUS.

Segundo Costa, Lacaz, Jackson Filho e Vilela (2013, p. 15), nesse mesmo ano, o governo Collor, acompanhando a mesma estratégia tuteladora da saúde dos trabalhadores representada pelos SESMTs da época da ditadura militar, implanta outro aparato burocrático-legal, que se expressa no Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) e no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), com pequeno impacto na real minimização e controle dos riscos. Apontam a investigação realizada por Miranda e Dias, que revela que menos de 1% das empresas analisadas tinha dados do PPRA em conformidade com as normas. Tal artificialidade vai se verificar também nas Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (Cipa), que, desprovidas de autonomia e poder de ação, na sua maioria transformam-se em comissões de fachada, realizando papel meramente protocolar, desprovido de qualquer conteúdo preventivo. Também nesse ano, foi estabelecido o mecanismo do tripartismo, negociação entre patronato, sindicatos e governo no âmbito do Ministério do Trabalho e Emprego, tendo adotado a mesma sistemática de

decisão da OIT, que visa à produção ou à reformulação das normas regulamentadoras. Nesse sentido, a produção de regulamentações vindas do setor Trabalho, com relativo impacto social, tem caráter fragmentado e corporativo, frequentemente atendendo interesses comerciais e empresariais que pouco protegem os trabalhadores.

Na esteira do processo de descentralização na área da saúde, que na década de 90 teve como principais instrumentos de regulamentação e orientação as NOBs, editadas pelo Ministério da Saúde, a instrumentalização das diretrizes da Política de Saúde do Trabalhador consolidou-se por meio da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST-SUS), criada em 1998. A NOST definiu as responsabilidades dos municípios em cada uma das suas condições de gestão (Plena de Atenção Básica e Plena do Sistema), conforme definidas na NOB em vigor, editada em 1996.

De acordo com Olivar (2006, p. 73), são pressupostos básicos da NOST: a universalização das ações; a integralidade das ações; direito à informação e controle social, com a incorporação dos trabalhadores e seus representantes em todas as etapas de vigilância à saúde; e a regionalização e hierarquização, por meio da execução das ações de saúde do trabalhador em todos os níveis da rede de serviços, organizados num sistema de referência e contrarreferência, local e regional.

Em 1999, vai acontecer o Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador – Desafio da Construção de um Modelo Estratégico, que teve por objetivo repensar a área e extrair subsídios para a construção e reconstrução da política nacional e um modelo estratégico. Tal encontro refletiu dois olhares dos que pensam e constroem a área da saúde do trabalhador: um voltado para dentro do país, com as iniciativas crescentes de formulação de um modelo estratégico; e outro, voltado para os países latino-americanos, como uma situação tão ou quanto mais dramática e sem o grau de organização e acúmulo de iniciativas sistemáticas para responder aos problemas comuns aos países.

O encontro abordou grandes temas, como: o modelo assistencialista, o papel do controle social, a institucionalidade da área, a questão das informações, a vigilância, a investigação e a pesquisa e a questão dos recursos humanos. Quanto à qualidade dos textos e as discussões travadas, foram emblemáticas e ressaltavam uma “crise no campo do saber” (MACHADO apud VASCONCELLOS, 2011, p. 442), cujo embate de concepções no campo das intervenções do Estado sobre os

ambientes e processos de trabalho tem produzido conflitos e disputas de competências executoras que se transferem ao campo formador e da produção de conhecimento.

Segundo Dias e Hoefel (2005, p. 820), nos anos 1990, a Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (COSAT) concentrou seus esforços num amplo processo de capacitação técnica, para as ações de vigilância e na Atenção Básica da Saúde; na elaboração de protocolos, normas e diretrizes, na qual se incluiem a NOST; a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e o Manual de Procedimentos com vistas a orientar as ações de Saúde do Trabalhador na rede de serviços de saúde, publicado em 2001, no desenvolvimento de indicadores de saúde do trabalhador para os Sistemas de Informações em Saúde, especialmente para a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) e na proposta de Política Nacional de Saúde do Trabalhador, colocada em consulta na sociedade, em 2001.

Nos anos 2000, a institucionalização da saúde do trabalhador vai se dar por meio de algumas iniciativas importantes, dentre as quais a criação da RENAST e da PNSST, que serão tratadas de forma mais detalhada no próximo item.

2.3.5 A Saúde do Trabalhador nos anos 2000: A Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

Em outubro de 2002, é eleito Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva (Lula). Vitória inédita, visto ser um representante da esquerda, ex-líder sindical, líder do Partido dos Trabalhadores (PT).

A vitória de Lula representou a insatisfação dos setores populares, dos setores de classe média e de uma parte do empresariado produtivo do nosso país com o modelo econômico neoliberal, que ocasionou alta taxa de desemprego, aumento do trabalho precário, rebaixamento do poder aquisitivo e do baixo crescimento, conforme demonstrou em dados o trabalho de Lesbaupin e Mineiro (2002). Portanto, foi um voto pela mudança. Sua vitória deveu-se ao fato de o PT ter se posicionado ao longo da era FHC, conforme palavras de Netto (2004, p. 10), “como

o núcleo duro da resistência à orientação macroeconômica implementada sob o comando do capital parasitário-financeiro", visto como o alvo central a visar na defesa dos interesses democráticos e populares, bem como foi favorecido pelas experiências governativas respeitadas do partido, principalmente as municipais, assim como o crédito de que o partido gozava em respeito ao zelo com que tratava o patrimônio público.

De acordo com Braz (2004. p. 50-51), o projeto pelo qual Lula foi eleito expressava uma ampla articulação de classes que pressupunha determinada coalização entre setores da classe trabalhadora e os setores do capital produtivo no país. Desse modo, o projeto não representava em sua origem e em sua totalidade os interesses hegemônicos das classes dominantes no Brasil, identificadas nas velhas e novas oligarquias rurais, tanto o latifúndio produtivo quanto o improdutivo, e na grande burguesia nacional associada ao capital internacional, ele na sua forma industrial, bancário e financeira. Tal conquista política representava uma recusa, conforme já citado, ao projeto neoliberal, que foi possível por meio de alianças políticas relativamente amplas, que aglutinavam forças políticas das mais distintas: dos comunistas do PC do B aos liberais do PL, além de amplos setores da sociedade civil organizada (movimento sindical, movimento camponês, movimentos populares, ONGs entre outros).

Assim, de acordo com Netto em artigo publicado no *Jornal do Brasil* em 2003, o que caracterizaria o governo Lula, em sua essência, seria a convivência de duas almas num mesmo governo, e que ambas seriam mudancistas: uma visava à continuidade do governo FHC, por meio do aprofundamento das suas feições; e a outra, progressista que buscaria "dar início ao árduo trabalho de superação de suas pesadas hipotecas". A presença de tais almas – a conservadora e a progressista – seriam, assim, resultantes, da própria natureza do governo eleito em outubro de 2002, que buscou articulações para além da esquerda com vistas à vitória eleitoral.

Passadas as eleições e a forte emoção da posse de Lula, o que se viu, portanto, foi uma conjuntura que assinala para a hegemonia no governo da sua "alma" conservadora, que não deseja apenas dar continuidade à era FHC, mas o aprofundamento daquela orientação. Assim, com a decisão de manter e aprofundar a orientação macroeconômica da era FHC, o PT abdicou do exercício de um governo pautado na mudança do Brasil numa direção democrático-popular. No exercício da

Presidência da República, Lula não alterou a não ser para uma maior abrangência o comando do capital parasitário-financeiro que mantém-se firme e incontestada no comando do centro político decisório. Assim, conforme Netto (2004, p. 13), experimenta-se uma nova conjuntura na medida em que o governo Lula assume a prática "neoliberal" que combateu frontalmente na era FHC e que lhe garantiu a vitória, o que se pode comprovar nas relações estabelecidas com o FMI e na condução da contrarreforma do Estado. Considerando que, na medida em que assumiu o governo, deixou de existir qualquer oposição parlamentar e institucional, aquela prática se aprofunda e se torna mais destrutiva. Nas relações com o FMI, o governo capitaneado pelo PT excede as exigências daquela agência, o que pode ser exemplificado com o crescimento do percentual do superávit primário; e, em relação à contrarreforma, o prosseguimento da reforma da previdência que "chegou a um limite a que não se alçou o governo FHC".

Assim, a vitória política de Lula se deu quando o PT já havia se metamorfoseado no Partido da Ordem, não sendo mais um partido da classe trabalhadora, oscilando entre a resistência ao neoliberalismo e a aceitação de uma política mais moderada, policlassista e adequada à ordem capitalista típica da era da financeirização.

O primeiro governo de Lula foi caracterizado mais pela continuidade da política neoliberal do que por sua ruptura, ainda que sob uma variante do social-liberalismo[55]; com uma programática policlassista assentada em uma ampla aliança com vários setores do centro e mesmo de direita. Sua política econômica foi de subordinação ao FMI e aos setores financeiros internacionais – o que ficou expresso na denominada "carta aos brasileiros" –, além de preservar a estrutura fundiária concentrada, dar incentivo aos fundos privados de pensão e determinar a cobrança

[55] Antunes (2018; 2022) vai mostrar que, no governo petista, havia uma sutil diferenciação em relação ao neoliberalismo, o que o levou a caracterizá-lo como um governo social-liberal. Aos elementos macroeconômicos neoliberais acrescentou uma política social focalizada, que beneficiou os setores da população brasileira que vivenciavam níveis de miserabilidade, por meio do programa Bolsa Família e que se tornou a proposta mais bem-sucedida do governo Lula. Tratava-se de uma ação assistencialista, de grande abrangência, que minimizava os elevados níveis de miséria, contudo sem enfrentar os pilares estruturantes da miséria brasileira. Ainda o autor aponta que, diferentemente do Governo FHC, sob Lula, houve uma política de valorização do salário mínimo brasileiro, isso porque o Estado, além de garantir, preservar e ampliar os interesses das grandes frações burguesas, exerceu o papel de incentivar a economia e ampliar as políticas sociais, levando ao aumento de empregos em pouco mais de uma década.

de impostos dos trabalhadores aposentados, o que levou a uma ruptura com parcelas importantes do sindicalismo dos trabalhadores públicos, que passaram a fazer forte oposição ao governo, especialmente no seu primeiro mandato.

No segundo governo Lula, em resposta à crise do “mensalão” – como ficou conhecido o esquema de corrupção do governo – e pela quase perda das eleições de 2006, buscando reconquistar um apoio que estava quase sendo erodido, implementou o Bolsa Família, passando a ter o apoio dos setores mais pauperizados da classe trabalhadora, dependentes do Estado para sobreviver.

Através dessa programática, o governo Lula implementou uma política de concertação social, tanto pela conciliação de classes como pelo papel central de “líder” carismático e “messiânico”, sem, contudo, deixar de beneficiar o grande capital, em suas diversas frações, especialmente o financeiro, o industrial e o vinculado ao agronegócio. Desse modo, ele minimizou os índices de indigência social, ao mesmo tempo que favoreceu o grande capital, inclusive transnacionalizando setores importantes da burguesia brasileira.

Quando a crise de 2008 atingiu com força os países capitalistas centrais, o governo Lula tomou medidas para a retomada do crescimento econômico, por meio da redução dos impostos em setores fundamentais da economia como o automobilístico, o de eletrodomésticos e o da construção civil, setores incorporadores de força de trabalho; que acabaram por contribuir para a forte expansão do mercado interno. Tais medidas, em parte, compensaram a retração do mercado externo, que, devido à crise, reduziu a compra de commodities produzidos no país.

A grande popularidade obtida pelo governo Lula foi suficiente para garantir a vitória da sua candidata, a ex-ministra Dilma Rousseff, à Presidência da República em 2010. Dilma manteve a programática do segundo governo Lula, que foi: crescimento econômico com ênfase na expansão do mercado interno; incentivo à produção de commodities para a exportação, beneficiando especialmente o capital vinculado ao agronegócio; redução de tributos que beneficiou os grandes capitais (industrial, construção civil etc.), mantendo uma política financeira de juros altos, havendo tentativa de sua diminuição quando a crise internacional começou a afetar mais diretamente o Brasil, mas retomando a política de juros altos diante do descontentamento do capital financeiro (ANTUNES, 2018, p. 229).

O agravamento da crise econômica internacional e seus impactos mais diretos no Brasil levou, aos poucos, à erosão da base social burguesa que até então apoiava os governos petistas e de seus partidos aliados, e que praticamente comandava o pacto policlassista. Além disso, começam a aparecer os escândalos de corrupção envolvendo diretamente o PT e sua cúpula política e partidos aliados, especialmente o PMDB.

Assim, já em 2014 ver-se-á uma redução do apoio eleitoral ao governo Dilma, por parte das frações burguesas, que, com a intensificação do quadro de crise econômica, passaram a exigir do governo a implementação de ajustes fiscais, realizada por ele logo após a vitória eleitoral em 2015, para o segundo mandato.

Diante do contexto recessivo que cada dia mais se intensificava, não interessava mais à classe dominante o governo de conciliação petista, sendo necessário viabilizar um governo “puro”, que garantisse que todas as ações necessárias voltadas à retomada da expansão burguesa fossem realizadas. Impossibilitadas de essa programática ter respaldo eleitoral, e decidiram por um golpe jurídico-parlamentar, para que o governo golpista viesse seguir à risca a pauta imposta, já que, diante de uma crise profunda, os capitais exigem a demolição completa dos direitos sociais e trabalhistas.

Em 2016, ocorre o impeachment da Presidenta da República Dilma Rousseff (PT), considerado neste estudo como um golpe jurídico-parlamentar, que contou com amplo apoio midiático. Sua deposição foi um golpe no governo e não no regime democrático-liberal, visto que a eliminação do primeiro não se deu por meio da eliminação do segundo. Ou seja, a classe dominante não precisou recorrer a um golpe de Estado clássico, militar, bonapartista, violento (DEMIER ,2017). Ao contrário, utilizaram-se de um dispositivo previsto na Constituição brasileira de 1988, realizaram uma manobra ilegal, porém com o respaldo jurídico de setores do Judiciário, por meio de uma legislação de exceção (ANTUNES, 2018, p. 261), com vistas a dar um caráter de legalidade ao golpe.

O Golpe jurídico- parlamentar de 2016, vai levar ao poder o vice-presidente de Dilma, Michel Temer (PMDB), que vai inaugurar uma nova fase da contrarrevolução preventiva, de cunho ultraneoliberal, com o objetivo de privatizar o que resta das empresas públicas, preservar os grandes interesses dominantes e impor a demolição completa dos direitos do trabalho no Brasil.

Em 2018, é eleito Jair Messias Bolsonaro, de cunho ultraneoliberal e de cariz neoconservador, tendo-se o aprofundamento das contrarreformas iniciadas no governo Temer, com a intensificação das políticas que visam o desmonte do Estado brasileiro.

Se na década de 1990, os projetos em disputa na arena sanitária se davam entre o projeto de Reforma Sanitária e o projeto privatista, conforme já sinalizado neste estudo; nos anos 2000 ver-se-á a disputa entre os seguintes projetos na saúde: o Projeto de Reforma Sanitária Flexibilizada, que se configura no período referente à gestão no executivo federal do PT (2003-2016); e o Projeto do SUS totalmente submetido ao Mercado, que adquire hegemonia a partir de 2016. (BRAVO *et al.*, 2019).

O Projeto de Reforma Sanitária flexibilizada está umbilicalmente associado ao projeto privatista, corporificado no projeto do SUS possível, defendido pela maioria das antigas lideranças do movimento de reforma sanitária, no qual ocorre uma flexibilização dos princípios político-emancipatórios, em nome da modernização e aperfeiçoamento do SUS. Os problemas e contradições do SUS são atribuídos às questões de âmbito administrativo/gerencial e de gestão, dando sustentação ao discurso das Parcerias Público-Privadas na gestão da saúde, criando as possibilidades concretas do usufruto direto do fundo público pela lógica privada. (SOARES, 2020, p. 21-22).

No Projeto do SUS totalmente submetido ao mercado, a lógica de acumulação capitalista insiste nos pressupostos da insuficiência da gestão pública em gerir os recursos sociais e a incapacidade do sistema em garantir o acesso a toda a população. Sendo assim, reforçaM-se unicamente os princípios defendidos pelo projeto privatista da saúde, com a redução dos gastos com as políticas públicas, fragmentando seus atendimentos e focalizando suas ações nas camadas mais pauperizadas da população, assim como há o enfraquecimento do setor público em detrimento do privilegiamento do privado. Desse modo, vê-se a submissão total do SUS ao setor privado, configurando-se numa complementaridade[56] invertida. (BRAVO *et al.*, 2019, p. 142).

[56] De acordo com a CF de 1988, o setor privado deve ser complementar ao SUS. Em caso de insuficiência do setor público, for necessária a contratação do setor privado, a qual deve ser dar sob três condições: através da celebração de um contrato, conforme as normas do direito público; a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS; a

Segundo Bravo e Menezes (2008, p. 18), a política de saúde no primeiro mandato do governo Lula é apresentada, em seu programa de governo, como direito fundamental e explicita o compromisso em garantir o acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde. Contudo, apontam que a concepção de Seguridade Social não é assumida na perspectiva da CF 1988. Entretanto, havia uma expectativa de que o governo fortalecesse o Projeto de Reforma Sanitária. Entretanto, Bravo (2004; 2006) aponta para a manutenção da disputa entre os dois projetos sanitários: Reforma Sanitária e privatista; e que em alguns aspectos o governo ora procura fortalecer o primeiro projeto e, em outros, o segundo.

Em relação aos aspectos de inovação da política de saúde, Bravo (2004; 2006) vai ressaltar: o retorno da concepção de Reforma Sanitária, abandonada na década de 1990; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde[57]; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)[58] e a sua realização em dezembro de 2003 e a escolha de representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde.

Como continuidade da política de saúde dos anos 1990, a autora destaca a ênfase na focalização, exemplificado na centralidade no Programa Saúde da Família, sem que ele se transformasse em estratégia de reorganização da atenção básica; na

integração dos serviços privados deve se dar sob a mesma lógica do SUS em termos de regionalização e hierarquização dos serviços; e deve-se priorizar, dentre os serviços privados, os serviços não lucrativos (setor filantrópico).

[57] Segundo Menezes (2016, p. 135), "O Ministério da Saúde estava estruturado nas seguintes Secretarias: Secretaria Executiva (SE), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). Ressalta-se como importante a criação das Secretarias de Gestão Estratégica e Participativa e de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde."

[58] Segundo Escorel e Bloch (2005, p. 109), a 12ª CNS, buscou reviver, de certo modo, o espírito democrático da 8ª CNS. Foi antecipada pelo governo visando submeter a sua política de saúde à apreciação direta da sociedade e o Ministro da Saúde Humberto Costa se compromete publicamente o compromisso em utilizar suas resoluções finais como base para as políticas de saúde. Em função do quantitativo de temas e da sua condução não foi possível que a plenária final da conferência deliberasse sobre o relatório final, votando apenas sobre os aspectos polêmicos. Os demais assuntos foram deliberados por votação em domicílio, o que subverte a proposta da conferência de debate coletivo. (ESCOREL; BLOCH, 2005, p. 109).

precarização e terceirização dos recursos humanos; no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social[59].

Paim *et al* (2005, p. 111) realizou um estudo, no primeiro ano do primeiro mandato, em que avaliou a Política de Saúde a partir das seguintes temáticas: Atenção Básica; Atendimento Hospitalar e Alta Complexidade; Programas Especiais; Vigilância Epidemiológica e Sanitária; Assistência Farmacêutica; Assistência Médica Suplementar e Controle Social.

Quanto às ações referentes à atenção básica, os autores assinalam para um compromisso do governo com a ampliação e o fortalecimento do PSF, por meio do aumento do financiamento e da ampliação de equipes de saúde da família

Em relação à atenção hospitalar e de alta complexidade, os autores ressaltam o fortalecimento dos vínculos dos hospitais universitários (HUs) com o SUS, através de algumas medidas: recomposição dos quadros de servidores desses hospitais; nova forma de financiamento dos HUs. Outras ações nesta direção: a estruturação do serviço de emergência, com o lançamento do Programa Nacional de Atenção Integral às Urgências e a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); o estímulo e apoio à criação de Centrais de Regulação Regionais das Urgências.

Menezes (2016, p. 136) com base em Masson, vai salientar, contudo, que o grupo de trabalho interministerial, instituído no âmbito do Ministério da Educação em 2006, ao produzir parecer técnico sobre a gestão e financiamento dos HUs vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), vai destacar, especialmente, o problema de gestão. A política de criação de indicadores para credenciamento e qualificação dos HUs, apesar de conter aspectos importantes, vai proporcionar ao governo a oportunidade de elaborar um diagnóstico das condições de desempenho dessas unidades. Tal diagnóstico, por sua vez, vai fornecer dados para a implantação da proposta de contrarreforma da natureza jurídica (Fundações Públicas de Direito Privadas) e da função social dos HUs. O relatório enfatiza que o problema dos HUs reside “no desperdício por conta das deficiências de gestão, planejamento e integração entre as esferas de governo”. Portanto, não enfatiza a questão central, que é a insuficiência de recursos.

[59] Conforme ressalta Menezes (2016, p. 135)), a não viabilização da concepção de Seguridade Social está relacionado com a não rearticulação do Conselho de Seguridade Social e com as ações que envolvem necessariamente a articulação com as Políticas de Assistência e Previdência Social.

Com relação aos Programas Especiais e Vigilância Epidemiológica, dando prosseguimento a Paim *et al*. (2005, p. 113; p. 136), foram mantidos os programas de combate ao Tabagismo e à AIDS. Quanto à saúde da mulher, houve um esforço para enfrentar a mortalidade materna e formular uma política específica. Em relação ao Programa de Tuberculose (doença que vem crescendo absurdamente no país), considera necessário garantir a cobertura da atenção. Apesar das ações sobre as doenças infectocontagiosas, o perfil epidemiológico do país indicava que outras enfermidades e agravos mereciam a atenção da Vigilância em Saúde, tais como a violência e as doenças crônico-degenerativas.

Sobre a Assistência Farmacêutica, os autores apontam que o governo buscou a ampliação de laboratórios oficiais e criou as farmácias populares[60]; aumentou a fiscalização e o controle dos medicamentos. Os autores ressaltam como um aspecto que não foi enfrentado pelo governo, mesmo tendo sido apontado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) como um desafio para o SUS, foi a subordinação das agências reguladoras às instâncias gestoras públicas, mesmo se tratando de autarquias especiais: esta é a situação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. O governo tem se posicionado de forma tímida em relação à regulação e ao controle da saúde suplementar.

Em relação ao Controle Social, é explicitado como avanço – tanto por Bravo quanto por Paim – a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, que tem como competência fortalecer a participação social e a realização de diversas conferências em articulação com o Conselho Nacional. Entre as conferências realizadas, Bravo e Menezes (2008, p. 19) destacam a 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003, e as seguintes Conferências Temáticas: 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

[60] Segundo Menezes (2016, p.. 136; 142-143), tal proposta, apesar de ter sido considerada uma inovação para os autores, tem sido objeto de diversos debates, pois permite o copagamento dos medicamentos colidindo com as diretrizes do SUS que prevê atendimento integral à saúde, incluindo a assistência farmacêutica. Outro problema é a parceria público-privado, com a estratégia utilizada a partir de 2006, com o Estado subsidiando as farmácias privadas, reforçando o caráter privatista da saúde. Esse projeto foi lançado como proposta na campanha eleitoral para a Presidência de 2002. A política objetivava o aumento do acesso das pessoas a medicamentos de baixos preços para as famílias com subsídios do governo federal, sendo uma estratégia de copagamento entre usuários e o Estado. Inicialmente, baseava-se na abertura de farmácias estatais geridas pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) ou por meio de parcerias com estados e municípios. Nos casos de parcerias, o governo federal oferece incentivo para a instalação das farmácias e os estados e municípios ficam com parte dos custos de manutenção e pagamento de pessoal.

(2004); 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (2005); 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; e 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (2006)[61]. Outro aspecto importante foi a eleição do presidente do Conselho Nacional de Saúde, em 2006, pela primeira vez em 70 anos de existência, o farmacêutico Francisco Batista Júnior, representante dos trabalhadores pertencente à Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT.

Um dos aspectos centrais da Política de Saúde refere-se aos trabalhadores de Saúde, que foram terceirizados nos anos de 1990. Nesse sentido, Bravo e Menezes (2008, p. 19) apontam algumas propostas defendidas e que foram objeto de discussão na 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: a implantação do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) para o SUS; educação permanente; proteção social do trabalhador e regulação pública das especialidades a partir das necessidades de saúde da população e do SUS; desprecarização do trabalho; e implementação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS), que foi aprovada como Política Nacional, através da Resolução n° 330, em 2004. Contudo, sinalizam que as ações necessárias para a viabilização da política, entretanto, não foram efetivadas.

Assim, com base nas contribuições dos autores, Bravo e Menezes (2008, p. 19) identificam que a política de saúde no primeiro mandato de Lula sofreu os impactos da política macroeconômica. Apontam que as questões centrais não foram enfrentadas, como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Política Nacional de Medicamentos.

Segundo Soares (2020, p. 76), as políticas, programas e ações do Ministério da Saúde na gestão Lula, reproduzem o embate dos projetos sanitários em disputa neste período: Projeto de Reforma Sanitária, Projeto Privatista e o Projeto de Reforma Sanitária flexibilizado. De acordo com a autora, no início da gestão Lula há uma abertura maior para as conquistas da reforma sanitária que paulatinamente vão dando lugar às propostas hegemônicas do SUS possível e do projeto privatista. Tal processo,

[61] Menezes (2016, p.137) ressalta que os relatórios das conferências temáticas foram socializados tardiamente e suas propostas não foram viabilizadas. Quanto ao relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde, também aponta que o mesmo só foi divulgado entre dezembro de 2004 e janeiro de 2005.

segundo a autora, será observado no Pacto pela Saúde, no Plano Mais Saúde e no Projeto das Fundações Estatais de Direito Privado.

O Pacto pela Saúde, lançado em 2006, agrega em um só conjunto o Pacto pela Vida, o Pacto pelo SUS e o Pacto de Gestão. Segundo a autora, esse pacto foi amplamente discutido e traz em seu bojo muito das propostas do projeto de reforma sanitária, contudo sem deixar de expressar também interesses dos demais projetos em confronto, representando em parte as expectativas do primeiro mandato da gestão em torno da defesa da saúde pública e do SUS.

Em 2007, no relatório do Banco Mundial sobre o SUS, intitulado “Brasil: Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro – Fortalecendo a Qualidade dos Investimentos Públicos e da Gestão de Recursos” (2007), verifica-se, segundo a autora, uma tentativa de deslocamento dos conflitos e dificuldades do sistema exclusivamente para o âmbito da gestão – seja no momento do planejamento, seja da organização e gestão do orçamento. Situam-se, como problemas específicos da organização e funcionamento do SUS: suas normas onerosas, as exigências burocráticas de habilitação dos municípios, a pouca capacidade de gestão da maioria dos municípios que é de pequeno porte, a inadequação da política de recursos humanos e de sua gestão, em virtude da rigidez da legislação, à interferência frequente da política no planejamento e na eleição de prioridades, entre outros. Sendo assim, há uma orientação subliminar sobre a necessidade de mudanças na modalidade de gestão da política de saúde e não enfatiza a ampliação do financiamento e as propostas com relação aos recursos humanos que foram objeto de discussão na 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, conforme já sinalizado.

Nesse mesmo ano, o governo Lula, por meio do Ministério da Saúde e do Ministério do Planejamento, vai apresentar ao legislativo o Projeto de Lei 92/2007, propondo as Fundações Estatais de Direito Privado, que tenta instaurar no âmbito da gestão pública uma nova etapa do processo de contrarreforma, iniciado nos anos 1990.

Para Granemann (apud SOARES, 2020, p. 78), esse projeto tem pretensões tão abrangentes quanto o processo gerenciado por Bresser Pereira, atingindo também outras áreas de atuação do Estado, como educação, assistência social, ciência e tecnologia e outros. Essas fundações se apresentam como novo modelo de gestão

do SUS – restando saber de qual SUS se está falando –, configurando-se como a gestão privatizada do sistema, dando à iniciativa privada autonomia de gastos, de contratação, de gestão de recursos humanos, inclusive com seu próprio plano de carreira, emprego e salários, sem controle social.

Ainda segundo Granemann (apud SOARES, 2020, p. 78), na forma do projeto, é possível a compreensão de que as fundações podem efetivar contratos com outros agentes do mercado, "inclusive com aplicações financeiras, eufemismo para capitais que se notabilizam pela especulação com títulos públicos e em ações de empresas privadas com grande potencial de extração de mais valia".

Soares (2020, p. 78) aponta, que apesar de alguns posicionamentos contrários às fundações – da Conferência Nacional de Saúde, do Conselho Nacional de Saúde e de sindicatos de trabalhadores da saúde , foi utilizada como estratégia sua aprovação no âmbito dos estados, com a adesão de algumas lideranças político-partidárias do movimento de reforma sanitária, num processo autoritário que desconsiderou o debate democrático e as instâncias de controle social.

Em 2009, a proposta das Fundações Públicas de Direito Privado é reapresentada ao Congresso Nacional, em caráter de urgência, na contramão do que o Conselho Nacional de Saúde vinha defendendo, revelando a intenção-ação do governo de esvaziar o controle social democrático na saúde, e implementar a lógica privatista, bem como controlar o movimento dos trabalhadores, com o fim da estabilidade do RJU – subjugando trabalhadores às intencionalidades dos gestores. Tal proposta descaracteriza o SUS Constitucional nos seus princípios fundamentais, com a substituição do interesse público por interesses particularistas numa privatização perversa do Estado brasileiro. Todas essas modificações, entretanto, são ancoradas em valores que foram ressignificados, como a democracia, a qualidade, a transparência, a eficiência e a eficácia (BRAVO; MENEZES, 2011; MENEZES, 2016).

Soares (2020, p. 79) também vai apontar, que em 2007, o Ministério da Saúde lança o "Mais Saúde: Direito de Todos 2008-2011", denominado de PAC[62] da Saúde, que pode considerado, junto com o Projeto de Lei 92/2007, como um segundo marco na contrarreforma da política de saúde.

[62] Programa de Aceleração do Crescimento.

Segundo Menezes (2016, p. 141), o Programa Mais Saúde apresenta quatro pilares estratégicos: Promoção e Atenção, envolvendo ações de saúde para toda a família, desde a gestação até a terceira idade; Gestão, Trabalho e Controle Social, qualificando os profissionais e gestores e formando recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo instrumentos para o controle social e fiscalização dos recursos. Neste item, a proposta central é a criação da Fundação Estatal de Direito Privado; Ampliação do Acesso com Qualidade, que reestrutura a rede, cria novos serviços, amplia e integra a cobertura no SUS; Desenvolvimento e Inovação em Saúde, que tata a saúde como um importante setor de desenvolvimento nacional, na produção, renda e emprego.

Bravo e Menezes (2010; 2011), ao analisarem os dois mandatos do governo Lula, apontam para a continuidade das políticas focais, a falta de democratização do acesso, a não viabilização da Seguridade Social e a articulação com o mercado.

Em relação ao governo de Dilma Rousseff, Bravo e Menezes (2011, p. 22) apontam que a consolidação do SUS vai ser apresentada como prioridade no discurso de posse da presidenta, e que ela ressalta que utilizará a força do governo federal para acompanhar a qualidade do serviço prestado e o respeito ao usuário. Também, vai destacar o estabelecimento de parcerias com o setor privado na área de saúde, assegurando a reciprocidade quando da utilização dos serviços do SUS.

O Ministro da Saúde, em seu discurso de posse, sinalizou que uma das suas prioridades de gestão e objetivo principal seria garantir o acesso, o atendimento de qualidade à população, em tempo real, adequado para a necessidade de saúde das pessoas. Propôs a definição de um indicador nacional sobre qualidade do acesso aos serviços de saúde e a definição de um mapa nacional das necessidades em saúde, que auxiliasse o monitoramento da situação em todo o país. Além disso, defendeu que a saúde viesse a ocupar lugar no centro da agenda de desenvolvimento. Compromete-se a participar ativamente do CNS, sendo eleito por aclamação para a presidência do mesmo no dia 16 de fevereiro de 2011[63].

Segundo as autoras (Ibidem, 2011, p. 23), alguns desafios foram destacados pelo ministério, dentre os quais a regulamentação da Emenda Constitucional (EC) 29

[63] Bravo e Menezes (2011, p. 22) vão apontar que, desde 2006, o presidente do Conselho Nacional de Saúde é eleito, sendo o cargo ocupado por um representante do segmento dos trabalhadores de saúde, o que foi importante para a garantia da autonomia do mesmo junto ao Ministério da Saúde. Sendo Assim, consideram que a eleição do Ministro um retrocesso.

e a definição de regras claras em relação ao financiamento da Saúde. Ressalta também a necessidade de aprimorar a gestão, fortalecendo um modelo de atenção focado no usuário e que tenha como pilar a atenção básica. Apontam que, em entrevista à *Revista Poli*, o ministro afirma não ter bloqueio ou preconceito quanto a qualquer modelo gerencial que cumpra as diretrizes do SUS. Fato considerado preocupante, tendo em vista a ampliação de modelos de gestão que privatizam a saúde como as Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), as Fundações Estatais de Direito Privado e os problemas que essas ocasionam para os trabalhadores da saúde. Além disso, também estava na pauta da nova equipe do Ministério da Saúde um esforço nacional de mobilização contra a dengue, assim como o enfrentamento ao crack e outras drogas, sem abrir mão das diretrizes da luta antimanicomial.

As autoras (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 23) apresentam algumas polêmicas existentes na saúde no início de mandato de Dilma: a realização de um diagnóstico para a melhoria da gestão, promovido pelo Movimento Brasil Competitivo, no qual Jorge Gerdau é um dos seus protagonistas, sinalizando para a lógica privada influenciando o público; a concessão ao McDonald's do título de "Parceiro da Saúde". Este último fez com que entidades que compõem a Frente pela Regulação da Publicidade de Alimentos encaminhassem um documento para ao ministro, ressaltando a incompatibilidade na associação da imagem do Ministério da Saúde com empresas como McDonald's, considerando que a principal atividade dessas empresas é a comercialização de alimentos que, em sua maioria, fazem mal à saúde.

Quanto ao modelo de gestão para a saúde, as autoras sinalizam que o governo anterior apresentou a Medida Provisória (MP) 520, em 31/12/2010, autorizando o Poder Executivo criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), ou seja, uma empresa pública de direito privado, ligada ao Ministério da Educação para reestruturar os Hospitais Universitários (HUs) federais. Destacam que a MP apontava para a possibilidade de a nova empresa pública administrar quaisquer unidades hospitalares no âmbito do SUS. Visto que, em junho de 2011, o prazo de votação da MP se encerrou, o governo recolocou a EBSERH como Projeto de Lei (PL 1749/2011), mantendo a proposta original quase na sua totalidade.

Segundo as autoras, a EBSERH, como prevê a proposta de Fundações Estatal de Direito Privado, poderá contratar funcionários por CLT e por contrato temporário de

até dois anos, acabando com a estabilidade e implementando a lógica da rotatividade, típica do setor privado, comprometendo a continuidade e qualidade do atendimento. Além disso, prevê também a criação de previdência privada para os seus funcionários.

No mesmo ano, o Ministério da Saúde divulga o Decreto 7.508, publicado no DOU de 29/06/2011 que regulamenta a Lei no 8080 de 19 de setembro de 1990. Nesta regulamentação, as autoras apontam para a ênfase em diversos artigos da parceria público-privada, a saber: no artigo 3º é ressaltada a participação complementar da iniciativa privada e no artigo 16º é destacado que no planejamento devem ser considerados os serviços prestados pela iniciativa privada. Contudo, não se faz referência aos conselhos de saúde.

Neste mesmo ano, o XXVII Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde e VIII Congresso Brasileiro de Cultura de Paz e Não Violência que reuniu os secretários municipais de saúde no período de 8 a 12 de julho de 2011, na cidade de Brasília/DF, tirou a Carta de Brasília em que alguns aspectos são ressaltados: ampliar a democratização e informação no SUS; lutar pela aprovação imediata da regulamentação da Emenda Constitucional no 29; fortalecer o processo de consolidação do SUS; pactuar estratégias para o fortalecimento da atenção básica; ampliar e fortalecer o Pró-Saúde e as residências médicas e multiprofissionais; enfrentar a epidemia da violência, entre outras proposições. As autoras ressaltam que não é colocado o tema da gestão das parcerias público-privadas e, em anexo, ressaltam a articulação nacional entre gestores e usuários em defesa do SUS, não mencionando os trabalhadores de saúde.

Nesse ano, foi realizada a 14ª Conferência Nacional de Saúde, que manteve o posicionamento contrário ao processo de privatização dos serviços públicos de saúde, por meio dos denominados “novos modelos de gestão”, tais como Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), assim como a luta pelo Financiamento e por uma política econômica distributiva que valorize a política social (MENEZES, 2016, p.147).

O Governo Federal, no início de 2013, tenta negociar com grandes empresas que atuam no mercado de planos privados de saúde – a maioria controlada ou com grande participação do capital estrangeiro e grandes doadoras da campanha presidencial de Dilma Rousseff – um pacote de medidas que transferiria mais recursos públicos por meio de redução de impostos, novas linhas de financiamento e outros

subsídios à expansão do seu mercado. Tal proposta visava a universalizar o acesso à saúde via planos e seguros de saúde privados, ferindo o preceito da saúde como direito, sendo o mesmo substituído por uma abordagem da Saúde como mercadoria a ser mais amplamente consumida, especialmente para as chamadas classes C e D, com vistas a impulsionar o atual modelo de desenvolvimento.

Assim, Menezes (2016, p. 150-153) ao realizar análises iniciais com relação aos encaminhamentos do governo Dilma, no início do segundo mandato, aponta para a continuidade da ofensiva contra a Saúde, destacando algumas medidas de retrocesso.

> Corte de 13,4 bilhões na saúde; Proposta de retorno da Contribuição Provisória sobre as Movimentações Financeiras (CPMF). Esta proposta foi apresentada pelo Ministro da Saúde, Arthur Chioro, nos últimos dias de agosto, em meio aos cortes de 13,4 bilhões para a saúde e sob o argumento que o SUS está à beira da falência. Esta medida foi questionada por dentro do governo após a recusa do vice-presidente Michel Temer de garantir a votação da mesma no congresso nacional; Aprovação da entrada de Capital Estrangeiro na Saúde (Lei n. 13.019/2015); Emenda Constitucional nº 451/2014 que obriga a concessão de plano de saúde a trabalhadores urbanos e rurais pelo empregador. Essa PEC que tramita no Congresso Nacional representa um duro golpe na saúde como direito de cidadania; A Emenda Constitucional 86/15, recentemente aprovada, conhecida como a do “orçamento impositivo”, traz graves implicações para o financiamento, o planejamento e o controle social na saúde. Esta EC 86/2015 limita drasticamente o orçamento destinado ao SUS bem como transfere parte considerável desses recursos para emendas parlamentares historicamente fisiologistas e dessintonizadas com as reais necessidades dos locais para onde são destinadas e à revelia da participação dos conselhos de saúde; Votação da ADI 1923 - O STF decidiu pela constitucionalidade de quase toda a lei das Organizações Sociais (Lei 9.637/98); Proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Banco Mundial (BM) de Cobertura Universal em Saúde que transforma o acesso universal como direito social, em acesso pela via do mercado, e endosso do Estado Brasileiro a esta proposta em acordos internacionais; Projeto de Lei nº 4.330 (transformado em PLC 30/2015) e PLS 87/2010, que libera a terceirização em todos os ramos de atividades. Esta proposta é um exemplo de medida que atua na contramão da organização dos serviços de saúde, prejudicando os trabalhadores e fragilizando a gestão do SUS e o atendimento aos usuários do sistema; As propostas de Renan Calheiros na chamada “Agenda Brasil”, apresentada em 10 de agosto de 2015; Para a Saúde são duas as ideias centrais para aperfeiçoar o marco jurídico e o modelo de financiamento da saúde. Nessa direção, propõe “avaliar a proibição de liminares judiciais que determinam o tratamento com procedimentos experimentais onerosos ou não homologados pelo SUS” e “avaliar a possibilidade de cobrança diferenciada de procedimentos do SUS por faixa de renda, considerando as faixas de renda do IRPF (Imposto de Renda Pessoa Física)”. Para Ocké-Reis (2012), as políticas de copagamento são insuficientes e geram receitas irrisórias para o financiamento da saúde. O autor afirma que a cobrança é ineficaz como política de arrecadação e amplia as desigualdades. Dessa forma, a proposta de estabelecer cobranças no SUS, além de ineficaz e irrisória do ponto de vista da arrecadação, representará um passo a mais na mercantilização do sistema, com a quebra da equidade e o aumento da desigualdade. (MENEZES, 2016, p. 150-153).

Em outubro de 2015, com o agravamento da crise política, o Governo Dilma nomeia para novo Ministro da Saúde o deputado federal Marcelo Castro (PMDB-PI). Ele foi indicado pela bancada do PMDB na Câmara para assumir a pasta, chefiada anteriormente pelo petista Arthur Chioro. A indicação de um nome do PMDB para o ministério de maior orçamento na Esplanada – R$ 91,5 bilhões para 2015, após o corte orçamentário – foi uma estratégia do governo federal de assegurar apoio do PMDB às matérias de interesse do governo nas votações no Congresso Nacional. Sua gestão foi marcada pela epidemia de Zika, febre chikungunya e dengue, com mais de 1,5 milhão de casos em 2015. Outro aspecto agravante foi o surto de casos de microcefalia. O aumento de casos de microcefalia ocorrido no Brasil, iniciou-se no segundo semestre de 2015, iniciando nos estados do Nordeste, expandindo-se depois por 21 estados da federação, sendo o maior número de casos diagnosticados em Pernambuco, sendo associado ao vírus Zika. Tal aumento repentino de casos dessa malformação levou o Ministério da Saúde a decretar emergência em saúde pública no país (MENEZES, 2016, p. 152-153).

Segundo a autora (MENEZES, 2016, p. 153), o ato mais polêmico do Ministro Marcelo Castro foi a nomeação como novo coordenador geral da área de saúde mental, o psiquiatra Valencius W. Duarte Filho, ex-diretor técnico da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, no Rio de Janeiro, manicômio apontado como o maior hospital psiquiátrico privado da América Latina e fechado em 2012 após denúncias de violação de direitos humanos. A decisão do ministério motivou críticas e protestos de entidades e movimentos da área, entre eles o Conselho Federal de Psicologia (CFP) e o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

Em dezembro de 2015, ocorreu a 15ª Conferência Nacional de Saúde, e com a abertura do processo de impeachment, que segundo a autora, “tornou-se o apêndice de uma disputa que nada tem a ver com a defesa do direito à saúde e os interesses da classe trabalhadora, haja vista os inúmeros ataques ao já combalido Sistema Único de Saúde e aos trabalhadores deste país, durante o ano de 2015”. No último dia da Conferência Nacional, a presidente Dilma Rousseff esteve presente e recebeu manifestações de apoio, sem nenhum debate ou crítica aos rumos da política de Saúde que em seu governo, apresentou, conforme a autora, fortes marcas de vinculação com os interesses do mercado.

Conforme apontado anteriormente, com o impeachment de Dilma, assume o governo Michel Temer, seu vice-presidente, momento em que tem início o que Bravo, Pelaez e Menezes (2020, p. 193), vêm denominando de Projeto do SUS totalmente submetido ao mercado. Neste momento, segundo as autoras, ocorre o acirramento da privatização da saúde, com o desmonte do SUS, seja por meio do sucateamento das suas unidades e serviços que ainda permanecem sob a gestão pública, ou seja, por meio da revisão das políticas constitutivas do SUS, como o caso da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e de Saúde Mental, ou pela proposta dos planos de saúde acessíveis.

Segundo Antunes (2018, p. 269), o Governo de Michel Temer dá início a uma nova fase da contrarrevolução preventiva, de cunho ultraneoliberal, cujo objetivo é privatizar o que resta das empresas públicas, preservar os grandes interesses dominantes e impor a demolição completa dos direitos do trabalho no Brasil.

No documento “Uma ponte para o futuro”, que serviu de base para o seu governo, Michel Temer apresenta a trípode devastadora: privatizar tudo o que resta das empresas estatais, com destaque para o pré-sal; impor o negociado sobre o legislado nas relações de trabalho; e a flexibilização total das relações de trabalho, o que conseguiu inicialmente com a aprovação da Lei da Terceirização e, depois, com a aprovação da Reforma Trabalhista em 2017.

Bravo *et al.* (2019, p. 143-144) vão apontar que o processo de destruição do Estado social na gestão Temer conta com seis atos principais: o novo regime fiscal, com a aprovação da PEC 95/2016, que vincula o crescimento das despesas do Estado à inflação durante o período de 20 anos; o fim da vinculação constitucional de determinadas receitas da União para os recursos da educação e da saúde, ficando tais políticas à mercê do Estado assim como o custeio; o fim de vinculação de recursos para a área social; a reforma da Previdência Social; a reforma tributária; e o retrocesso nos direitos trabalhistas e sindicais.

Segundo Bravo *et al.*(2919, p. 145), a política de saúde do governo Temer será marcada pelas seguintes características: redução do tamanho do SUS e seu financiamento; a versão popular dos planos de saúde; diminuição do poder de regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); e a revisão da PNAB e da Política Nacional de Saúde Mental, sem a realização de um debate com a sociedade e com o CNS.

Conforme apontam as autoras, as configurações da política de saúde no governo Temer, expresso pelos posicionamentos do Ministro da Saúde Ricardo Barros, ocorria em duas frentes fundamentais: na criação dos planos de saúde populares e na redução dos investimentos, com possíveis prejuízos para o SUS nos próximos 20 anos, devido ao novo regime fiscal já citado. Contudo, as autoras vão apontar que a redução drástica dos gastos com a saúde e educação já se dava antes da aprovação da EC. Em julho de 2017, o relatório anual de gestão de 2016 é rejeitado pela análise da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (COFIN) do CNS, visto que o valor despendido com as despesas do SUS foi inferior ao piso mínimo constitucional de 15%, o que vai se somar a esse valor (253 milhões de reais) a compensação integral de 2016 dos restos a pagar dos anos de 2015, subindo a insuficiência, constitucional e legal, para 692 milhões de reais.

Da política de redução dos investimentos da saúde, de acordo com as autoras, vão decorrer as contrarreformas setoriais, das quais apontam a revisão do Plano Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a revisão da Política Nacional de Saúde Mental.

A revisão da PNAB vai ocorrer, conforme as demais contrarreformas do governo, a partir da negociação entre gestores. Ou seja, por meio de uma pactuação com a CIT, sendo excluídos do processo o CNS e a sociedade civil. Após negociação na CIT, o debate foi restrito a uma consulta pública realizado num período de dez dias. Apesar do curto prazo, as autoras sinalizam que milhares de contribuições resultaram em mudanças significativos no texto original, sendo a nova PNAB aprovada na CIT em 30 de agosto de 2017 e publicada a partir da Portaria GM/MS nº 2436, de 21 de setembro do mesmo ano.

As autoras apontam, como consequências geradas por essa nova política, a “relativização da cobertura universal, a segmentação do acesso, a recomposição das equipes de saúde, a reorganização do processo de trabalho” e o desfinanciamento da ESF.

A reconfiguração do PNAB vai estabelecer novos padrões de ações e cuidados, culminando na segmentação do acesso à Atenção Básica de Saúde (ABS). Tais padrões são elencados como essenciais (ações e procedimentos básicos) e ampliados (ações e procedimentos recomendados conforme a especialidade local e de gestão), remetendo ambos à ideia de cuidados mínimos presentes na concepção

de Atenção Primária de Saúde seletiva, pautada na restrição do acesso à assistência à parcela da população mais pobre ou em agravos comuns.

De acordo com as autoras, as mudanças previstas na nova PNAB desconfiguram a ABS ao estabelecer duas equipes de saúde: as equipes de Saúde da Família e as equipes tradicionais de Atenção Básica (AB). Os agentes comunitários de saúde são excluídos da equipe de AB tradicional. A carga horária mínima de cada profissional da equipe é de dez horas, impondo a recomposição das equipes de saúde e a reorganização do processo de trabalho, vindo a possibilitar a contratação de trabalhadores com carga horária reduzida, menores salários e crescimento de equipes de AB centradas no “modelo biomédico, curativo e de controle de riscos individuais”.

Outra medida do Ministério da Saúde, regulamentada pela Portaria nº 1717, de 12 de junho de 2018, foi o descredenciamento de unidades de Saúde da Família em todo país, com a justificativa do descumprimento do prazo para cadastramento no sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Nesse aspecto, as autoras consideram que não se vislumbra a construção de alternativas para melhorias na rede de Atenção Básica; ao contrário, ocorre a redução da porta de entrada do sistema de saúde, o que significa, a extinção dos serviços que atendem à maioria dos problemas de saúde da população.

O desfinanciamento da ESF se constitui, segundo as autoras, em outra medida de retração do direito, visto que os recursos destinados às equipes multiprofissionais da ESF são transferidos para outros arranjos assistenciais. Com isso, em virtude do corte de verbas previstos na EC 95, corre-se o risco do retorno a práticas tradicionais de saúde, ao financiar outras modalidades assistenciais.

Seguindo o mesmo diapasão, vai ocorrer a reformulação da Política Nacional de Saúde Mental, construída a partir de uma proposição da CIT, aprovada pelo MS através da Portaria nº 3588, de 31 de dezembro de 2017. Tais alterações foram propostas pelo alto escalão do MS, excluindo-se mais uma vez o CNS, os representantes do movimento da luta antimanicomial e pesquisadores do campo da saúde mental.

A reformulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é considerada um retrocesso pelos movimentos da luta antimanicomial, visto fortalecer o processo de internação em hospitais psiquiátricos e a criação de leitos em hospitais gerais e serviços ambulatoriais, ampliando recursos para este fim, indo na contramão da

Reforma Psiquiátrica, cujo modelo de atenção tem como eixos a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais, conforme consubstanciado na Lei nº 10216/2001. Sendo assim, a nova política retoma a perspectiva manicomial com retorno do financiamento dos hospitais psiquiátricos em detrimento dos recursos das RAPS do SUS.

As autoras apontam como outro retrocesso do governo Temer o corte de recursos para o Programa Farmácia Popular, que foi anunciado em abril de 2017, com o fechamento de 400 farmácias públicas, administradas pelo governo federal e localizadas em municípios e bairros mais pobres do país. Apesar de descaracterizar o princípio da universalidade do SUS, conforme já sinalizado anteriormente, elas constituem uma rede de 31.000 estabelecimentos e vendem com 90% de desconto diversos medicamentos, além de fraldas geriátricas e anticoncepcionais. O Programa também dispensa de forma gratuita, nas farmácias privadas, medicamentos básicos para hipertensão arterial, diabetes mellitus e asma.

A criação dos planos de saúde populares ou acessíveis é uma das principais bandeiras defendidas pelo MS do governo Temer. Tais planos teriam como objetivo oferecer assistência em saúde privada mais barata para a população, cujas ofertas seriam limitadas a consultas e exames laboratoriais, sendo os demais procedimentos de responsabilidade do usuário-cliente que assumiram os custos ou retornariam para o SUS. Nessa perspectiva, foi publicada a Portaria nº 1482, de 4 de agosto de 2016, com o objetivo de instituir um grupo de trabalho, a fim de pensar o projeto, cujo resultado apontou para três modalidades de Plano Acessível: o Plano Simplificado; o Plano Ambulatorial e Hospitalar e o Plano de Regime Misto de Pagamento.

As autoras consideram que a proposta de criação dos planos populares beneficia as empresas de saúde privadas e resulta de uma tentativa do governo e das entidades do capital privado de ampliar a arrecadação mediante o cenário de recessão, de redução de renda, aumentando o desemprego. E apontam que, nessa direção, o Ministro da Saúde Gilberto Occhi, que substitui Ricardo Barros, publica pela ANS a Resolução Normativa nº 433, de 27 de junho de 2018, atualizando as regras para a aplicação da coparticipação e franquia dos planos de saúde. Tal medida provocou protestos por parte de entidades de defesa do consumidor e da saúde, que apontam que esta Portaria é orientada pela recomendação do Grupo de Trabalho dos Planos acessíveis, em virtude do aumento dos valores de coparticipação e franquia,

pois assim podem parecer acessíveis ao consumidor, contudo trazem surpresas impagáveis visto que as necessidades de saúde são imprevisíveis.

Outras medidas do governo Temer são apontadas pelas autoras, que demonstram essa aliança do governo com o setor empresarial de saúde. Considerada como a medida mais importante do setor privado naquele momento, é o documento “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”, construído pelo Instituto Coalizão Brasil e publicizado em 2017, que propõe um novo sistema de saúde para o país.

Por fim, as autoras apontam a fragilização da ABS com o fim Programa Mais Médicos (PMM), com Cuba, ocorrido em novembro de 2018, ainda no governo Temer e após as eleições gerais, que culminou com a vitória de Jair Messias Bolsonaro para presidente do país. Tal término do contrato significou a ruptura entre Brasil e Cuba e a retirada dos médicos cubanos das unidades de ESF, levando à descontinuidade do serviço prestado pelo mesmo, em virtude de declarações públicas do candidato eleito que questionava a capacidade profissional dos médicos cubanos, fazendo críticas diretas ao Programa desenvolvido por Dilma Rousseff e ao regime político de Cuba.

O PMM assistia a população residente em municípios mais afastados das metrópoles e que tinham dificuldade em fixar médicos para atuar na AB, seja em virtude da distância das capitais, falta de estruturas do serviço e/ou pela remuneração salarial. Sendo assim, com o retorno dos médicos cubanos para seu país de origem, centenas de municípios brasileiros ficaram sem médicos e milhões de usuários do SUS sem atendimento.

O documento, logo no seu início, menciona que o SUS estabeleceu uma cobertura universal de saúde, em substituição ao termo universalidade como princípio do SUS; e ao apresentar as propostas, sob o termo recomendação, fica explícita a ideia de cobertura universal como um pacote básico de serviços e estratégia de focalização, distanciando-se da perspectiva de APS ampla, de acesso universal. Parte da proposta, segundo as autoras, aponta que 100% da cobertura sejam atingidos por meio da participação de OSs e de planos de saúde privados, com a recomendação de que haja melhora da coordenação do sistema de saúde suplementar.

Assim, as autoras apontam como pilares da reforma: a reorganização dos serviços e finanças do SUS por meio de redes integradas de saúde compostas por prestadores autônomos de serviços de saúde – como OSs e equipes pagas por captação

e incentivos por produtividade –; o aperfeiçoamento de arranjos de governança a fim de aumentar a autonomia, a flexibilidade e a eficiência dos prestadores, nos moldes das OSs; a criação de um pacote de benefícios claramente definidos ou carteira de serviços a ser coberta pelo SUS; e a racionalização das ofertas de serviços ambulatoriais e hospitalares, com redirecionamento de recursos para a AB.

Conforme aponta Soares (2020, p. 290), o que se desenhava no governo Temer como uma política de morte, visto o caráter destrutivo das medidas ultraneoliberais e o uso da violência do Estado, com a entrada do governo de Jair Messias Bolsonaro (PSL[64]), eleito em 2018, tornou-se uma realidade sem precedentes na história do Brasil, uma verdadeira tragédia, com o adensamento da racionalidade instrumental burguesa, sob uma perspectiva ultraneoliberal do Estado, associada ao irracionalismo negacionista, neoconservador e de cariz neofacista (SOARES, 2020, p.290)

A partir de 2019, vê-se o aprofundamento das contrarreformas iniciadas no governo Temer, com a aceleração e a intensificação das políticas de desmonte do Estado brasileiro, por meio da retirada dos direitos conquistados pela classe trabalhadora através de lutas históricas, como as contrarreformas (Trabalhista, da Previdência Social, Novo Regime Fiscal – que congela por vinte anos os gastos públicos, entre outras) bem como ameaças às liberdades democráticas. Desse modo, Bravo e Menezes (2021, p. 97) vão considerar algumas 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; conservadorismo, ou seja, um moralismo exacerbado e o neofascismo”. De acordo com as autoras, alguns analistas consideram que o governo se estruturava por meio de três núcleos que se articulavam: o núcleo econômico liderado por Paulo Guedes, o núcleo militar e o núcleo moralista ou ideológico articulado por Bolsonaro e sua família.

Conforme apontam Oliveira, Mattos e Souza (2020, p.185), as ações do governo Bolsonaro para a saúde foram marcadas pela continuidade do desfinanciamento, pela manutenção das parcerias público-privado e pelo fim do PMM, conforme já sinalizado.

[64] Partido Social Liberal.

No início do governo, assumiu a pasta do Ministério da Saúde Luiz Henrique Mandetta (janeiro de 2019 a abril de 2020), médico e com vínculo com a Unimed e com as Instituições Filantrópicas, filiado ao DEM (Partido Democratas), que foi secretário municipal de saúde de Campo Grande (MS) e deputado federal por dois mandatos. As autoras apontam que, durante o período em que esteve à frente da pasta, foram apresentadas e executadas diversas propostas pelo seu Ministério no ano de 2019 e início dos anos 2020.

O Governo Bolsonaro, a partir de suas primeiras ações, vai procurar aprofundar as contrarreformas na saúde e ampliar a articulação com o setor privado, sendo suas principais linhas de atuação a fragilização da ABS com o fim do contrato do PMM com Cuba, o avanço da contrarreforma psiquiátrica, ataque à saúde indígena e o retrocesso no campo da educação sexual. É nesse contexto que, segundo Bravo *et al.* (2019, p. 156), vai ocorrer um aprofundamento do projeto sanitário do SUS totalmente submetido ao mercado.

Em relação à contrarreforma da saúde mental, Bolsonaro anunciou o Decreto nº 9761/2019, que estabeleceu uma "nova" Política Nacional de Drogas, que tinha 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 lócus de cuidado, tratamento e promoção da saúde, entre outros aspectos. Por meio da criação da Nota Técnica nº 11/2019, da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, o governo reduz, por um lado, a atuação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); e, por outro lado, fortalece as chamadas "comunidades terapêuticas", que são ineficientes nessa forma de atenção, principalmente por se configurarem, em termos práticos, como espaços de violações de direitos. Na referida Nota Técnica, é liberada a compra de aparelhos de choque elétrico e existe o fortalecimento dos manicômios, num claro retrocesso às conquistas da reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial.

As autoras apontam a preocupação com a chamada eficiência dos hospitais, 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 da saúde de Temer, Ricardo Barros. O documento defende a cobertura universal de saúde, em substituição ao termo universalidade

como princípio do SUS, e deixa clara, em 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 vai passar por mudanças na sua estrutura, com a criação do Departamento de Saúde Digital, a fim de incentivar a teleconsultoria, o telediagnóstico e a tele-educação. É extinta a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, e suas pautas foram transferidas para um departamento de gestão interfederativa vinculado à Secretaria Executiva. A Secretaria de Atenção à Saúde é reformulada, sendo priorizadas a especialização e a criação de um Departamento de Certificação e Articulação com Hospitais Filantrópicos e Privados, que estabelece a contratualização com o setor privado. Ocorre a reestruturação do Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Aids e Hepatites Virais, que passou a ser denominado de Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, no qual é incluído o departamento de doenças como hanseníase e tuberculose. Essa junção recebeu críticas de entidades ligadas à luta no âmbito das ISTs, que temiam retrocessos ou perda de espaço das ações contra o HIV/Aids, que são referências no Brasil e no mundo (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 203-204). Bravo e Menezes (2021, p. 98) vão destacar que todas as alterações ocorridas no ministério, assim como também nas políticas anteriores não tiveram consulta à sociedade e nem foram submetidas ao Conselho Nacional de Saúde.

Cabe destacar a proposta apresentada pelo presidente Jair Bolsonaro, numa solenidade comemorativa dos 100 dias de governo ocorrida em 11 de abril de 2019: o Decreto n° 9.759/2019, que vai extinguir diversos conselhos e colegiados da administração pública federal, estabelecendo novas diretrizes para eles. Segundo Bravo e Pelaez (2020, p. 204), em seu art. 1º, define-se o prazo de 28 de abril daquele ano para a extinção dos colegiados que tenham sido instituídos por decreto, incluindo os mencionados em leis nas quais não conste a indicação de suas competências ou dos membros que a compõem; ato normativo inferior a decreto é ato de outro colegiado. Segundo as autoras Bolsonaro declarou, nas redes sociais, que tal ato era 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 propositadamente o desenvolvimento do Brasil”

conforme reportagem da *Folha de S.Paulo*. Contudo, em que pesem as medidas regressivas apontadas, tem-se avanço na convocação e organização da 16ª Conferência Nacional de Saúde denominada de 8ª + 8, que teve como tema "Democracia e Saúde", que buscou retomar a perspectiva histórica e a mobilização popular presente na 8ª Conferência Nacional de Saúde, e em cujo relatório final encontram-se a concepção de saúde e os princípios do sistema de saúde que foram discutidos e em sua maioria aprovados na Constituinte, consubstanciando o SUS inscrito na Constituição Federal. Tal avanço, segundo as autoras, decorreu da articulação do Conselho Nacional de Saúde com diversos movimentos sociais e de sua relativa autonomia frente ao governo.

Outra medida que ocorreu foi a reformulação do Programa Mais Médicos. Apesar da luta dos setores democrático-populares contra o desmonte do SUS, o governo Bolsonaro, sob o discurso gerencialista de tornar o Programa Mais Médicos "mais técnico e menos político", propôs a criação do Programa Médicos pelo Brasil, destruindo o programa anterior. Assim, o governo conseguiu reduzir os serviços médicos das regiões e localidades mais afastadas das capitais, conforme já apontado anteriormente. Através da Lei nº 13.958, de 18/12/2019, é instituído o novo Programa, e o governo autorizou a criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), que vai aprofundar a terceirização de profissionais e da gestão privada de serviços de saúde em escala nacional.

Além disso, como já sinalizado, o interesse da classe burguesa é a demolição completa dos direitos trabalhistas no Brasil com vistas a aumentar a exploração sobre a classe trabalhadora, de modo a recompor a acumulação capitalista. Sendo assim, em janeiro de 2019, a contrarreforma trabalhista terá um novo capítulo, com a extinção do Ministério do Trabalho e Emprego, como primeiro ato do governo de Bolsonaro. Suas atribuições foram divididas entre o Ministério da Economia, o Ministério da Cidadania e o Ministério da Justiça e Segurança Pública. A Fiscalização do Trabalho foi quase que completamente desestruturada e alijada de toda a sua antiga autonomia técnica, tornando-se no recém- criado Ministério da Economia, 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, a qual, conforme Oliveira, Wünsch e Mendes (2021, p.159), evidencia uma afronta à Convenção 81 da OIT, que determina a autonomia técnica e

administrativa da Inspeção do Trabalho para todos os países que a ratificaram, dentre os quais o Brasil.

Segundo as autoras, 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, no governo Bolsonaro, a menor preocupação com a promoção do trabalho digno e a salvaguarda dos direitos fundamentais previstos na CF/1988.

Além disso, há a publicação da Medida Provisória 905/2019, que institui o contrato verde e amarelo, trazendo novas alterações à legislação trabalhista, sob o falso argumento de criação de mais empregos, propondo a desoneração da folha de pagamento e redução de direitos trabalhistas. Contudo, ela foi revogada no último dia de sua vigência através da MP nº 955/2020.

Defendendo com afinco os interesses do grande capital com o apoio do parlamento e o silêncio do Judiciário, Bolsonaro, antes mesmo de completar um ano de governo, encaminhou o projeto de contrarreforma da previdência social (PEC nº 103/2019) ao Congresso Nacional, o qual, após discussões e negociações, foi aprovado na Câmara e no Senado. Conforme aponta Silva (2020, p. 149), tal contrarreforma, atendendo principalmente aos interesses do capital financeiro, a fim de aumentar o tempo de trabalho e reduzir os benefícios, expropria os trabalhadores, sobretudo os mais pauperizados que compõem a massa de contribuintes e, ao mesmo tempo, força os trabalhadores que ganham maiores salários a contribuírem com a chamada “previdência complementar”.

No plano da destruição da natureza, conforme aponta Antunes (2022, p.77), sem paralelo na história recente do país, no governo Bolsonaro aconteceu liberação recorde de agrotóxicos e defensivos agrícolas que adulteram os alimentos, tornando-se ainda mais prejudiciais à saúde pública. As queimadas e a devastação da Amazônia e do Pantanal, além de outras áreas verdes, agudizaram ainda mais o caráter destrutivo do governo, com o objetivo de beneficiar o agronegócio, a extração de minérios, madeireiras etc.

Em 11 de março de 2020, a OMS vai anunciar a pandemia da COVID-19, com impactos econômicos, sociais e políticos. Conforme Soares, Correia e Santos (2021, p. 119-120), é necessário ressaltar

> o caráter histórico e a determinação social da pandemia, tendo em vista a racionalidade e o caráter destrutivo da sociabilidade capitalista

> contemporânea, inclusive na sua mediação com o meio ambiente, e na configuração como a covid-19 se espraiou mundialmente, agudizando as desigualdades sociais existentes (SOARES; CORREIA; SANTOS, 2021, p. 119-120).

O estado de calamidade pública decretado pelo governo Bolsonaro em março de 2020, em decorrência da pandemia da COVID-19, vai atingir fortemente o mundo do trabalho e intensificar a crise em curso no país. Neste contexto, foram editadas a MP nº 927/2020 e a MP nº 936/2020, sob o pretexto de preservação do emprego e renda em situação de emergência. A MP nº 927/2020 apresenta como medidas para o enfrentamento da crise o teletrabalho, a antecipação de férias individuais, a concessão de férias coletivas, o aproveitamento e antecipação de feriados, o banco de horas, a suspensão de exigências administrativas em segurança e saúde no trabalho, o direcionamento do trabalhador para qualificação e o deferimento do recolhimento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço. Já a MP nº 936/2020 contemplou a possibilidade de redução dos salários e jornadas ou suspensão dos contratos de trabalho, com o pagamento de benefício emergencial pelo Governo e ajuda compensatória mensal pelo empregador. Tais medidas aumentaram a insegurança dos(as) trabalhadores(as) nas dimensões jurídica, política e social, agudizando as expressões da questão social atreladas ao recrudescimento da precarização e da desproteção social. (OLIVEIRA *et al*., 2020, p. 191).

Um dos ataques à classe trabalhadora, no contexto da pandemia, foi a revogação de forma arbitrária da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.309/2020, que atualizava a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT)[65] incluindo, dentre outras, a COVID-19. Tal ataque expressa os interesses que comandavam as ações

[65] Conforme Dias *et al.* (2021, p. 437), a LDRT foi resultado de um trabalho de quase três anos, com vistas a atualização da LDRT de 1999, que contou com ampla participação social e a contribuição de especialistas no tema indicados por: serviços de saúde da rede SUS; universidades e institutos de pesquisa, como a Fundacentro e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); representantes de sindicatos patronais e de trabalhadores; instituições governamentais, da Secretaria Especial do Trabalho e da Previdência Social; Instituto Nacional do Câncer (Inca); Serviço Social da Indústria (Sesi Nacional); Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde(Conasems); Associação Médica Brasileira, entre outras partes interessadas. O documento preliminar foi submetido à consulta pública por 60 dias, cujas sugestões foram tecnicamente analisadas para decisão sobre a incorporação Além disso, a versão publicada foi previamente aprovada pelas instâncias do Ministério da Saúde, tendo parecer favorável da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde, com a recomendação de que a LDRT seja atualizada periodicamente em um prazo máximo de cinco anos. Foi também apresentada à CIT, antes da assinatura pelo Ministro da Portaria GM/MS nº 2.309, de 28 de agosto de 2020, publicada no *Diário Oficial da União* (DOU) de 1º de setembro.

de enfrentamento à pandemia no país, consoante com a proposta de mercantilização e dissonante dos princípios que norteiam o SUS, ao não priorizar o cuidado e a atenção integral aos(às) trabalhadores(as), desconsiderando o quadro das mortes, das quais muitas podem ter decorrido da contaminação, seja no trajeto ou durante a jornada de trabalho. Salienta-se esta questão porque se sabe que os dados sobre a pandemia no Brasil foram escamoteados e a variável ocupacional foi deixada de lado. Os instrumentos utilizados para a notificação da doença não incorporaram dados específicos sobre trabalho, que só foram introduzidos nas fichas de investigação de síndrome gripal suspeito de COVID-19 e de registro individual dos casos de usuários(as) com COVID-19 já hospitalizados(as), de forma tardia, no decorrer da pandemia.

Em 16 de abril de 2020, Mandetta é substituído no Ministério da Saúde, em virtude de divergências na condução da pandemia, sendo substituído por Nelson Teich, que teve uma passagem relâmpago no ministério (de 17 de abril a 15 de maio de 2020), afastando-se da pasta também por discordar do presidente acerca do uso da cloroquina, medicamento não comprovado cientificamente para o tratamento da Covid-19. Após a saída de Nelson Teich, assume o ministério Eduardo Pazuello, de forma interina, tornando-se ministro efetivo da pasta em 16 de setembro de 2020.

A gestão de Eduardo Pazuello, General do Exército, na pasta do Ministério da Saúde, será marcado, segundo Bravo e Menezes (2021, p. 66), pela subnotificação, ocultamento dos casos de pandemia e a militarização da saúde, provocando um total descontrole da Covid-19 no país. Ele avançou em uma política que promoveu o negacionismo, a censura e o obscurantismo. Não houve um comando nacional para o combate à pandemia no país, nem mesmo um Plano com diretrizes orientadoras.

As autoras vão destacar algumas medidas do General Eduardo Pazuello no Ministério da Saúde:

> Publicação de portaria permitindo o uso da cloroquina e hidroxicloroquina para pacientes com sintomas leves; Divulgação dos boletins com dados de infectados e mortos pela doença com atraso pelo governo federal; Substituição de técnicos do Programa de Saúde da Mulher que estavam trabalhando para valorizar o Programa de Saúde Reprodutiva e a questão do aborto legal, bem como a substituição dos técnicos do Programa de Saúde do Trabalhador que estavam defendendo incluir a Covid-19 como acidente de trabalho; Suspensão, em julho de 2020, do convênio com a Universidade Federal de Pelotas para o financiamento da Pesquisa EPICOVID19-BR uma das mais abrangentes pesquisas em nível nacional sobre a Covid-19; Publicação do Decreto presidencial nº 10.530, de 26/10/2020, que permitia a

> inclusão da Atenção Primária de Saúde no programa de concessões e privatizações, com foco em construção, modernização e operação de Unidades Básicas de Saúde (UBS)[66]; Decreto nº 10.531/2020 que institui a Estratégia Federal de Desenvolvimento para o Brasil sob comando do Ministério da Economia. Linha mestra: reforçar a parceria com o setor privado. Menciona o espaço que a saúde deve ter neste projeto. Este decreto salienta a importância do agronegócio como referência na promoção da saúde e qualidade de vida. Estes dois últimos decretos foram publicados em articulação com o Ministério da Economia (BRAVO;MENEZES, 2021, p. 66-67).

O Ministério da Saúde somente em 1º de dezembro de 2020 vai apresentar um Plano Nacional de Vacinação contra a COVD-19, demonstrando a falta de prioridade na proteção à saúde da população brasileira. Mesmo assim, segundo as autoras, tal plano apresentava limites em decorrência da falta de transparência, a debilidade na proposição de metas e a submissão da pasta à politização do tema das vacinas realizada pelo presidente da república.

Além disso, dando continuidade ao processo de contrarreforma da saúde mental, em dezembro de 2020, o Ministério da Saúde, junto com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), vai apresentar uma proposta de revisão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que propõe extinguir importantes serviços desta, invertendo a lógica antimanicomial. Tal proposta representa o desmonte total da Política de Saúde Mental no SUS com a revogação de cem (100) portarias sobre saúde mental, editadas entre 1991 a 2014, ameaçando diversos programas e serviços do setor.

Em 15 de março de 2021, vai assumir o Ministério da Saúde em substituição ao General Pazuello, Marcelo Queiroga, Presidente da Sociedade de Cardiologia, que foi indicado para direção da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), mas que ainda não tinha sido votado no Senado Federal. Segundo as autoras, Queiroga não tinha vínculo com o setor público nem experiência em gestão, e todo o seu discurso foi de continuidade e não de rompimentos com o trabalho desenvolvido. A mudança do Ministério vai ocorrer no pior momento da pandemia da COVID-19, com recordes sucessivos.

Em 27 de abril de 2021, é instalada a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Pandemia, no Senado Federal, com o objetivo de identificar os responsáveis por ações e omissões no combate ao Coronavírus “SARS-CoV-2” e, especialmente,

[66] Segundo Bravo e Menezes (2021, p. 67), esse decreto foi revogado pelo presidente Jair Bolsonaro, após repercussão negativa da sua publicação e da pressão de diversos movimentos.

pelo agravamento da crise sanitária no Amazonas com a ausência de oxigênio para os pacientes internados; e as possíveis irregularidades em contratos, fraudes em licitações, superfaturamento, desvios de recursos públicos, assinatura de contratos com empresas de fachada para prestação de serviços genéricos ou fictícios, entre outros ilícitos, valendo-se para isso de recursos originados da União Federal, assim como outras ações ou omissões cometidas por administradores públicos federais, estaduais e municipais, no trato com a coisa pública, durante a vigência da calamidade originada pela Pandemia do Coronavírus. O trabalho desenvolvido pela CPI identificou falhas no enfrentamento à pandemia, como a demora para a compra de vacinas e a prioridade no uso de cloroquina e outras irregularidades. O último relatório da CPI foi encerrado em 26 de outubro de 2021, com pedido de indiciamento de 78 pessoas, dentre as quais Jair Bolsonaro; além de 2 empresas.

Assim, termino a análise do governo Bolsonaro com o seguinte texto de Castilho e Lemos:

> O governo Bolsonaro é marcado por uma direção política que atenta contra a própria sobrevivência da classe trabalhadora. Sua escolha pela necropolítica impõe um extermínio a todos/as aqueles/as que ameacem o grande capital, como é o caso das ações orquestradas contra os povos indígenas, ribeirinhos e quilombolas; contra a Amazônia e seu desmatamento criminoso; na liberação de centenas de agrotóxicos; no pacote anticrime; na contrarreforma da previdência social; na garantia de armamento aos grandes proprietários de terra; nas reduções orçamentárias das políticas sociais; nos sucessivos cortes nas universidades e na cultura, e, portanto, no descrédito com relação à ciência e à cultura, como campos de elevação da consciência. Em nenhuma das propostas existe algo que se volte à proteção da vida da população que vive em condições de fome e miséria. Não há nada que promova e preserve a vida, ao contrário, todas as ações de seu governo vão na direção de viabilizar a morte, por meio, do enxugamento total do Estado brasileiro, transformando-o por completo em um Estado de contenção social ou penal, que aplica uma política punitiva potencialmente agressiva contra a classe trabalhadora, em especial, contra negros/as; população LGBTQI+ e mulheres (2021, p. 272).

Será nesse contexto dos anos 2000, especialmente nos governos de coalizão do PT (Lula [2003-2006; 2007-2010] e Dilma Rousseff [2011-2014; 2015-2016]), que vai se desenhar o arcabouço jurídico e político da Política de Saúde do Trabalhador com todos os entraves impostos pelo Estado capitalista, pois, como bem aponta Firpo (2013:182), no campo da ST podem ocorrer avanços pontuais e até importantes desde que “atendam ou não firam interesses estruturais ou conjunturais que conformam o modelo hegemônico”. Portanto, é sobre esses avanços pontuais, mas também importantes, de que trataremos nos próximos subitens.

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

A RENAST surge em virtude de uma revisão crítica sobre a inserção e a dinâmica dos Centros de Referência e os Programas de Saúde do Trabalhador, constituídos nos períodos de 1980 e 1990. Tais propostas se constituíram à margem das estruturas orgânicas de saúde do SUS, de forma isolada e marginalizada, o que levou com que muitos deles fossem criados e desaparecessem sem consolidar a área da saúde do trabalhador no campo da saúde (VASCONCELLOS;LEÃO, 2011, p. 463).

Em decorrência da marginalidade institucional da área e a falta de recursos, inclusive pela ausência de financiamento para as ações, segundo o autor, entre 1999 e 2002 houve um debate na coordenação da saúde do trabalhador (COSAT), que buscava rever a estrutura da área como um todo.

Vasconcellos (2007, p. 252) divide a RENAST em dois momentos. O que o autor chama de primeira RENAST foi marcado pela realização do Encontro, ocorrido em Brasília, em agosto de 2000, que reuniu cerca de 50 técnicos, com representantes de 19 estados brasileiros e de 27 programas de saúde do trabalhador.

O texto que serviu de referência para o debate da construção da 1ª RENAST propunha três linhas de abordagem: conceitual, baseada em uma concepção sistêmica; diagnóstica, que observava os problemas de caráter estrutural e conjuntural na construção da área; e a propositiva, que, considerando a fragilidade histórica do modelo não resolutivo e não incorporado sistemicamente à rede de serviços, provocava os antigos e novos programas de saúde do trabalhador para a superação do modelo. Para tanto, os técnicos presentes no Encontro, propunham que tais instâncias de saúde do trabalhador funcionassem como núcleos de inteligência, comprometendo sua atuação na disseminação das ações para a rede de saúde como um todo, nos seus diversos níveis de complexidade. Tais núcleos de inteligência em Saúde do Trabalhador, mantendo-se as atuais rubricas ou, até, padronizando-as, teriam como principais atribuições a normatização, as relações institucionais intra e extra setoriais, o macroplanejamento, a capacitação de recursos humanos, a consolidação de macroindicadores e a avaliação, o desenvolvimento de mecanismos

de auditoria e a gestão político-estratégica. As ações assistenciais seriam executadas pela rede de serviços (nível executivo), capacitada, preparada e supervisionada por esses núcleos.

Essa proposta original da RENAST não se efetivou, em virtude das dificuldades de articulação na própria estrutura ministerial, que até 2002 contava com duas secretarias no Ministério da Saúde: a Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), na qual estava situada a COSAT; e a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), que desde de 1999 abrigava uma assessoria de Saúde Ocupacional. Tal fragmentação do Ministério, segundo o autor, refletia o próprio campo de ST, que, diante da dificuldade de articulações e conexões, suscitou o propósito de constituição de uma rede. Contudo, sem que fossem superadas tais dificuldades de articulação interna, em 2002 (final do governo FHC), sob a crítica[67] de diversos setores (COSAT, CONASS, CUT, dentre outros), é criada a Portaria nº 1.679, que cria a RENAST, baseada na versão elaborada pela SAS, marcando o momento denominado pelo autor de 2ª RENAST.

A RENAST, textualmente, segundo Leão e Vasconcellos (2011, p. 465-466), tinha o propósito de articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho, de forma regionalizada e hierarquizada. A rede desenvolver-se-ia de maneira articulada entre as esferas de governo (MS e secretarias estaduais e municipais) e a organização de ações de saúde do trabalhador articular-se-ia em três contextos: rede de atenção básica e do programa Saúde da Família; rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (estaduais e regionais); e ações na rede assistencial de média e alta complexidade.

Na Renast, os CERESTs são serviços articuladores da rede e de retaguarda do SUS, conforme se lê no texto da Portaria.

> Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador devem ser compreendidos como pólos irradiadores [...] assumindo a função de suporte técnico e científico [...]. Suas atividades só fazem sentido se articuladas aos demais serviços da rede do SUS, orientando-os e fornecendo retaguarda nas suas práticas, de forma que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada. Em nenhuma hipótese, os CRST poderão assumir

[67] Segundo Vasconcellos e Leão (2011, p. 465), tais críticas recaiam, especialmente, sobre o processo de elaboração, no qual ficou patente a desarticulação das áreas de política e assistência do Ministério da Saúde e a divergência entre elas acerca do modelo da rede. A COSAT criticava a tônica assistencialista dada à RENAST.

> atividades que o caracterizem como porta de entrada do sistema de atenção (BRASIL, 2002).

Souza (2016, p. 156-157) destaca a diferença da nomenclatura presente na proposta da chamada 1ª RENAST (“Rede Nacional de Saúde do Trabalhador”), que não continha o termo “Atenção”, que foi incluído apenas posteriormente, na proposta oficializada pela Portaria GM/MS 1.679/2002, o que vai revelar a influência da cultura focalizada mais na assistência/atenção e menos na vigilância, embora, no seu texto, traga menções à necessidade de privilegiar a vigilância.

> Nessa perspectiva, a Renast deveria atuar como estratégia estruturante de ações e serviços assentados menos no modelo assistencial e mais nas práticas de vigilância da saúde, da atenção primária e da educação popular e na educação permanente dos profissionais do sistema de saúde como um sistema de saúde como um todo, para ficar em algumas (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011, p. 471).

Além disso, Vasconcellos e Leão (2011, p. 473) vão sinalizar que a própria denominação de “centro de referência” aponta para um sentido organizacional marcado por uma perspectiva ambulatorial e curativa ou mesmo de centro especializado de tratamentos. Portanto, consideram que, por trás dessa nomenclatura, encontram-se a lógica assistencialista e o enfoque medicocêntrico, oriundo da cultura da doença.

Concorda-se com Souza (2016, p. 157) de que essa realidade é reflexo de um processo histórico marcado pela cultura biologicista/assistencial na área da saúde em geral, e pelo predomínio da lógica da Saúde Ocupacional no enfrentamento da “questão”. Portanto, a construção da política encontra-se impregnada pela referida lógica, muito mais adequada ao caráter conservador da fase neoliberal do capitalismo, conforme abordado neste estudo.

Segundo Dias e Hoefel (2005, p. 821), apesar das críticas e dos desencontros institucionais ocorridos no processo de elaboração dessa portaria, principalmente quanto à sua ênfase nas ações assistenciais, ela foi apoiada pelos profissionais e técnicos dos CRST e setores do movimento dos trabalhadores, que reconheceram na iniciativa a oportunidade de institucionalização e fortalecimento da saúde do trabalhador no SUS. Pela primeira vez, seria possível contar com um financiamento extrateto das ações, desde que vinculado à operacionalização de um plano de trabalho de Saúde do Trabalhador, no nível estadual e municipal.

Apesar dos avanços legais adquiridos pelo campo da Saúde do Trabalhador, Lacaz e Minayo Gomez (2005, p. 152) observam que duas considerações devem ser feitas em relação às políticas públicas referentes a esta área específica: a primeira refere-se à temática do modelo de atenção em saúde dos trabalhadores, visto que se num primeiro momento os Programas de Saúde do Trabalhador tiveram uma abordagem claramente de Saúde Pública, buscando integrar-se à rede básica de saúde, num segundo momento, com a criação dos CRST, houve um privilegiamento a uma instância especializada que se isolou da rede básica vista como porta de entrada da demanda. Com isso, os CRSTs tornaram-se uma estrutura que servia de referência a uma rede básica muito pouco envolvida com os problemas relacionados à saúde dos trabalhadores. Isto torna necessária a revisão de tal modelo, e a RENAST deveria ir na direção da superação dessa dicotomia. Além disso, a ênfase inicial da RENAST na área assistencial deve avançar para a perspectiva de articulação entre as ações de assistência e vigilância, objetivando a sua eficácia na prevenção de agravos e na promoção da saúde do trabalhador.

Em 2005, devido à necessidade de efetuar ajustes e incorporar novas formas de atuação da RENAST, foi criada a Portaria nº 2437, de 7 de dezembro. Tal Portaria visava ampliar e fortalecer a RENAST por meio da organização de serviços e municípios sentinelas; implementação de ações de vigilância e promoção da saúde; o fortalecimento do controle social; e o aumento do repasse financeiro.

Segundo Leão e Vasconcellos (2011, p. 467), em virtude da ausência de resultados concretos, principalmente a não incorporação da relação saúde-trabalho nas práticas correntes do SUS, foi publicada a Portaria nº 2728, em 11/12/2009, que volta a dispor sobre a implementação da RENAST.

Nesta Portaria é ressaltada a exigência de pactuação nas esferas intergestoras – CIB (Comissão Intergestores Bipartite) e CIT (Comissão Intergestores Tripartite) – seguindo a lógica de gestão do sistema que busca o consenso interfederativo, consoante com o SUS.

Com vistas a proporcionar a produção, sistematização e disponibilização da informação em saúde do trabalhador, a RENAST prevê a organização dos municípios sentinela, que devem ser definidos com base nos dados epidemiológicos, previdenciários e econômicos, que indiquem riscos à saúde dos trabalhadores. Sendo assim, a partir desta Portaria, tais definições deverão ser pactuadas na CIB e na CIT.

Leão e Vasconcellos (Ibidem, p. 470), a partir da discussão sobre o conceito de rede e a configuração da RENAST, que se pretende constituir enquanto rede, chegam à conclusão de que a RENAST é uma rede que não enreda, baseando-se nos seguintes pontos de crise da RENAST:

> (1) a ausência de uma concepção de integralidade; (2) a ênfase desproporcional numa das partes da atenção – o assistencialismo; (3) a ausência de mecanismos mais sólidos e compulsórios de articulação e comunicação; (4) a heterogeneidade da inserção institucional dos seus centros de referência; (5) a mentalidade imprópria dos membros dos CEREST em relação ao seu papel; e (6) a ausência de uma missão estruturante (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011, p. 470-471).

Os autores colocam que a RENAST foi concebida como uma rede de informação, vigilância, capacitação, assistência, investigação, pesquisa, controle social, comunicação e educação em ST, contudo sua trajetória vem demonstrando impasses e obstáculos para sua efetiva implementação. Sendo assim, eles colocam

> "Fazer" saúde do trabalhador, de acordo com os princípios fundadores do Modelo Operário Italiano, que engloba a participação dos trabalhadores e a transformação das condições de trabalho e saúde, envolve a necessidade de diálogo entre órgãos governamentais e intergovernamentais, trabalhadores e suas representações, entendendo a Renast como algo não estanque, fixo, imóvel. Se o SUS é uma construção contínua, repensada para aprimorar seu funcionamento e eficiência, a Renast será parte dessa construção na medida em que impedir a cristalização de guetos e paralelismos ao próprio SUS (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011, p. 483-484).

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

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 implantação (SILVA *et al.*, 2021, p. 144).

Segundo Vasconcellos e Ribeiro (2011, p.443), após diversas iniciativas mal-sucedidas, em 2004 foi colocado em consulta pública o documento *Política Nacional de Saúde do Trabalhador*, que não chegou a ser oficializada. Em 2005, é subscrito um novo documento e divulgado pelos Ministérios do Trabalho, da Saúde e da Previdência Social, que servirá de subsídio para a 3ª Conferência Nacional de Saúde

do Trabalhador[68], sob o título de “Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador”, que foi disposto na Portaria Interministerial nº 800, de 3 de maio de 2005, para consulta pública. Segundo Nobre (2013), em 2009 é criada uma comissão tripartite intersetorial, composta por bancadas de governo, empresarial e de trabalhadores (centrais sindicais), que resultou na criação da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), em 2011.

Para Vasconcellos e Ribeiro, o título da política vai expressar o direcionamento ideopolítico:

> A expressão “saúde do trabalhador” antecedida do termo “segurança”, demarca um retrocesso conceitual, deixando explícito que a área de saúde do trabalhador seria insuficiente para dar conta das questões de segurança no trabalho (2011, p. 443).

A PNSST foi um retrocesso para o campo visto sua evidente aproximação com a perspectiva da Saúde Ocupacional, com a retomada do arcabouço teórico-metodológico da Segurança do Trabalho vinculada às práticas hegemônicas direcionadas à manutenção de níveis de segurança que garantam a produtividade do processo de trabalho. Conforme já sinalizado neste estudo, a Segurança do Trabalho foi alvo de crítica do processo de surgimento do campo situando-se na contramão da “Saúde do Trabalhador”.

Em 2008, tendo em vista a tamanha descaracterização do campo, os coordenadores estaduais de ST passam a pressionar para que fosse retomada a elaboração de uma política de ST no âmbito do SUS, sendo constituído um Grupo de Trabalho (GT) com representações estaduais, sob a coordenação da COSAT. Em 2010, o GT vai apresentar a primeira versão da política nas instâncias de gestão e controle social; passa por consulta pública; por pactuação nas instâncias de gestão do SUS – Conass e Conasems, Comissão Intergestores Tripartite (CIT) –; retorna para aprovação no CNS; e passa pela Procuradoria do MS. E, após incorporar sugestões, a proposta é aprimorada, resultando na criação da PNSTT, por meio da Portaria MS/GM nº 1823, de 23 de agosto de 2012 (SILVA *et al.*, 2021; NOBRE, 2013).

[68] Cabe ressaltar, que a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, ocorrida em 2005, teve como tema “Trabalhar sim, Adoecer não!”, o que significou um retrocesso em relação às conferências anteriores. Tal título, com caráter dúbio, possibilita que o debate seja direcionado para a medicalização da relação trabalho e saúde, cultura hegemônica e que se contrapõe ao da saúde do trabalhador. Assim, a 3ª Conferência e a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador vão retroalimentar a cultura biologicista hegemônica.

Conforme Silva *et al*. (Ibidem, 2021, p.144-145), o processo de elaboração, discussão e publicação da PNSTT, embora longo e demorado, foi um processo participativo, que contou com o acúmulo de experiência e construção de diversos atores, que veio a resultar em uma política ampla, complexa e atual. Assim, em seu artigo 2º, a PNSTT vai apresentar como finalidade principal:

> […] definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012).

Cabe ressaltar que, apesar de terem sido retomados alguns princípios da ST, a política de 2012 (PNSTT) não excluiu a de 2011 (PNSST). Sobre isso, Vasconcellos vai colocar que

> Ao erigir duas políticas de saúde do trabalhador, o Estado brasileiro assumiu sua intenção de ter NENHUMA política de Estado para a área. Quem tem duas não tem uma. Demonstra-se que se cria uma coisa com o SUS e outra coisa no SUS. É nenhuma política de Estado porquanto fragmenta, titubeia, virtualiza, mostra um Estado partido e envergonhado de assumir uma direcionalidade una de suas estruturas (2013, p. 180).

A crítica de Vasconcellos (2013, p.181) é pertinente ao apontar para o fato de que, embora a PNSTT tente retomar a ênfase na vigilância, ela fica tensionada por uma dinâmica política fragmentada, “contraditória” e que tende ao conservadorismo. Assim, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) torna-se um horizonte difícil de ser atingido, restando o que o autor denomina de “vigilância do gesto”, que é aquela dependente de iniciativas pontuais, por vezes voluntaristas, de pessoas engajadas, comprometidas e abnegadas, mas pouco resolutivas e transformadoras. Assim, o Estado brasileiro, no âmbito da ST apresenta uma política e uma vigilância que fica no campo da intenção que se dissipa no conservadorismo e na ambiguidade nacionais; e uma outra política e outra vigilância que representam o que existe de fato, desenvolvidas através de esforços pontuais e pouco consistentes. Desse modo, o autor conclui que:

> O Estado brasileiro tem duas caras quando olha para a ST. Uma finge que enxerga. A outra é cega. Os sucessivos governos utilizam colírios que não lhes facultam a visão. Aqui, a luta é mais complexa, pois depende do enfrentamento, ora de alguns dogmas, ora de práticas enraizadas, ora de instituições conservadoras, isso para não falar do poder econômico e da

> lógica mercantil de condução das políticas públicas (VASCONCELLOS, 2013, p. 181).

Costa *et al.* (2013, p.18), ao analisarem a PNSTT, colocam que, a despeito da tentativa de consolidação das ações da ST no SUS, a política no que se refere à VISAT ainda apresenta uma redação tímida sobre o assunto, considerada como ação estratégica. Nesse sentido, ao exemplificam o parágrafo 2º do artigo 14º, o qual estabelece que cabe aos CERESTs as ações diretas de vigilância, apenas em caráter complementar ou suplementar no caso “em que o Município não tenha condições técnicas e operacionais, ou para aquelas definidas como de maior complexidade”. Os autores consideram que esta redação exprime uma dubiedade, reflexo da fragilidade das ações de vigilância, na ausência de prioridades e de programas articulados nos vários níveis do território. Assim, eles questionam quanto ao fato de que, diante da questão de que a maioria dos CERESTs não possui autoridade sanitária, como pode desenvolver a competência da própria equipe, que tem a atribuição de ser referência para a rede? Ou seja, como ser referência sem o desenvolvimento da própria ação?

Os autores vão sinalizar que,para além dessa dubiedade e indefinição, as ações de ST pressupõem, por sua natureza, uma política de Estado, que seja condizente com a perspectiva de superação da precariedade do trabalho contemporâneo e com a proteção integral da saúde dos trabalhadores. Aqui, de novo, vai se cair entre a política e a vigilância da “intenção” e a que existe de “fato”, conforme apontado por Vasconcellos.

Concordo com Nobre (2013, p.189-190), que para a efetivação da PNSTT é necessário o fortalecimento da RENAST, que não se resume aos CERESTs, necessitando que os componentes da vigilância em saúde, bem como as várias instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), incorporem as ações de ST nas suas práticas, buscando superar a histórica invisibilidade, marginalidade e isolamento do campo. Ou seja, que a Rede enrede!

Além dos diversos desafios e entraves para a construção da ST no SUS, apontado pelos diversos autores, torna-se necessário ao final deste capítulo, que se reflita sobre a seguinte questão: a PNSTT foi erigida com o compromisso com a atenção integral à saúde dos trabalhadores, articulando as ações de promoção à saúde, vigilância, atenção de média e alta complexidade e controle social, enquanto elementos indissociáveis. Contudo, cabe a pergunta: como avançar na produção de

uma atenção integral à saúde dos trabalhadores, considerando as mudanças no mundo do trabalho e a ofensiva contra a classe trabalhadora, com o desmonte dos direitos sociais e trabalhistas, inclusive da Política de Saúde, que vem sofrendo os ataques pelos ideários neoliberais?

3 CONTROLE SOCIAL E SAÚDE DO TRABALHADOR: DESAFIOS E LIMITES

Este capítulo tem por objetivo, com base em todos os materiais pesquisados – bibliográfico e documental –, discutir sobre os limites e desafios postos ao controle social no SUS e, mais especificamente, na Saúde do Trabalhador (ST).

Para tanto, abordará os seguintes temas: o Controle Social na Saúde a partir da década de 1990: Esfera Pública, Sociedade Civil e Democracia; a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT); a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT); a Estrutura Sindical Brasileira e os limites para a construção das Organizações por Local de Trabalho (OLTs); e as mudanças no mundo do trabalho e os impactos na luta operária brasileira.

3.1 O Controle Social na Saúde a partir da década de 1990: esfera pública, sociedade civil e democracia

O controle social na política de saúde é hoje, um direito conquistado inscrito na Constituição Federal (CF) de 1988 como uma das diretrizes dessa política, que passa a ser entendida como a participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais.

A participação popular é regulamentada no plano jurídico em 1990 por meio da Lei 8142/90, que, juntamente com a Lei 8080/90, conforma a Lei Orgânica da Saúde (LOS). Através da Lei 8142/90, a participação popular é garantida a partir de duas instâncias formais: o Conselho de Saúde e a Conferência de Saúde.

O conselho de saúde, órgão colegiado composto de forma paritária[69] por 50% de representantes dos usuários e os 50% restantes de representantes dos

[69] A resolução 33, regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde em 23 de dezembro de 1992, complementa esta definição de paridade nos Conselhos, definindo que eles devem ser compostos por 50% de representantes do segmento dos usuários, e os demais 50% deve ser de 25% de representantes dos prestadores de serviços públicos e privados e 25% pelos trabalhadores de saúde. Tal Resolução foi substituída pela Resolução n° 333, de 4 de novembro de 2003, que não apenas substituiu a resolução 33, mas consolidou as suas proposições ao definir as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde.

prestadores de serviços (público e privado) e profissionais de saúde, objetiva atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, principalmente em seus aspectos econômicos e financeiros, devendo suas decisões ser homologadas pelo chefe de poder legalmente constituído em cada uma das esferas de governo.

A conferência de saúde tem por objetivo avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a reformulação da política de saúde nos níveis correspondentes. Esta deve ocorrer periodicamente com representação dos vários segmentos sociais sendo convocada pelo Poder Executivo ou extraordinariamente, por este ou pelo conselho de saúde. Suas deliberações devem ser entendidas como norteadoras da implantação da política de saúde e, por conseguinte, influenciar as discussões travadas nos conselhos de saúde.

A participação social tem por base a universalização dos direitos sociais, a ampliação da noção de cidadania e uma nova compreensão do caráter e do papel do Estado. Tem como uma de suas expressões a ideia da sociedade controlando o Estado, ou seja, a proposta de 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 de transgredir do que o induzir a agir, pois o Estado precisa ser vigiado, contido, corrigido em suas práticas habituais (CARVALHO, 1995, p. 25-28).

Stotz (2006, p. 151) vai salientar que o termo controle social enquanto participação da sociedade no âmbito das políticas públicas ainda não se fazia presente no discurso dos participantes da VIII CNS, no qual, em seu relatório final, referia-se à “participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde”.

No que se refere à CF de 1988, o autor vai apontar que, no texto constitucional, o teor da participação foi concebido de forma bastante limitada e aquém da formulação expressa na VIII CNS, ao mencionar, nas diretrizes de

organização do SUS, o termo “participação da comunidade”[70], que, na história brasileira, baseia-se num ideário de participação limitada. Coloca que o enfrentamento à tal limitação vai se dar na Lei 8142/90, que irá retomar a perspectiva ideológica da VIII CNS.

Segundo Stotz (2006, p. 151), o termo “controle social” e a inflexão do seu significado ocorrerá em 1992, com a 9ª CNS, passando a ter o sentido de um controle da sociedade sobre o Estado, que, na prática, levou ao deslocamento da ênfase do controle social a ser exercido pelos conselhos de saúde sobre o SUS do âmbito da formulação para o da fiscalização das políticas e, principalmente, da gestão do sistema de saúde. Tal mudança vai se dar, segundo o autor, em virtude do temor da perda de autonomia dos movimentos sociais mediante o governo neoliberal de Fernando Collor de Mello, num contexto de plena ofensiva contra as organizações populares e da esquerda em geral.

Segundo Bravo e Souza (2002, p. 68), os conselhos de saúde vêm sendo concebidos com base em diversas posições teóricas e políticas, presentes no debate da saúde na atual conjuntura.

A concepção baseada em Gramsci – sob a qual se baseia este estudo – compreende os conselhos como espaços contraditórios e arena de conflitos, no qual diferentes projetos sociais estão em disputa. Tal concepção não tem sido hegemônica nas pesquisas existentes na atualidade.

A concepção baseada na perspectiva estruturalista do marxismo tem como principal representante Althusser. De acordo com essa perspectiva, os conselhos são visualizados como espaços de cooptação da sociedade civil por parte do poder público. Tal concepção não percebe as contradições que podem emergir nesse espaço a partir de interesses contraditórios, expressando uma visão maniqueísta da relação Estado e sociedade.

A concepção que não aceita o espaço dos conselhos, questionando a democracia de base, participativa, que apenas defende a democracia representativa. Tal concepção política neoconservadora, é defendida por alguns representantes

[70] Para aprofundamento do conceito de participação comunitária, vide CARVALHO, Antônio Ivo de. *Conselhos de Saúde no Brasil* – participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

governamentais, e tem o respaldo intelectual de cientistas políticos que se dedicam à análise da democracia e dos sistemas de representação nas sociedades capitalistas.

A concepção baseada em Habermas ou nos neo-habermasianos, que compreende os conselhos como espaços consensuais, em que os diferentes interesses sociais convergem para o interesse de todos. Tal perspectiva tem influenciado grande parte dos estudos acerca desses espaços. Tal fato é considerado neste trabalho como expressão acadêmica do atual modelo de acumulação do capital, que dá espaço a uma onda neoirracionalista em que os modelos de análise macroestruturais, principalmente a teoria marxista, passam a sofrer profundas críticas. Com isso, busca-se descaracterizar as lutas sociais e divulgar o fim da história com a vitória do modelo capitalista de sociedade.

Duriguetto (2007, p. 209) vai apontar que o conceito de esfera pública sob o qual se baseia a formulação habermasiana é a existência de uma “paridade”, ou seja, distribuição igualitária de oportunidades de intervenção entre os sujeitos, que, a despeito de suas diferenças reais, possam deliberar “como se fossem iguais”. Nesse campo de “iguais” a construção do “consenso” resulta da participação, expressão, debate e discussão das opiniões e interesses de todos. Assim, a esfera pública indica a dimensão da sociedade no qual esse intercâmbio discursivo torna-se possível. Nessa perspectiva, a esfera pública defendida por Habermas não é constituída por interesses em oposição ou campo de enfrentamento entre Estado e sociedade, “mas por uma prática de discurso crítico racional dos assuntos públicos”.

Concordamos com Carvalho (1995, p. 27) que o surgimento dessas novas formas institucionais de participação, com seu pluralismo, não instaura de forma mágica a igualdade de oportunidades de acesso ao poder, nem tampouco elimina a desigualdade de potencial reivindicatório entre as diversas classes e camadas sociais. Entretanto, tais mecanismos de participação devem ser concebidos, aí sua inovação, como espaços de democratização na relação entre Estado e sociedade. Aqui, a ideia de democratização relaciona-se à ideia da criação de uma hegemonia das classes subalternas com vistas à criação de um novo projeto societário.

Nesse sentido, a esfera pública é, segundo Raichelis (1998, p. 82) “espaço de publicização de interesses heterogêneos, de confronto entre práticas sociais contraditórias e de luta pela hegemonia político-cultural em torno de projetos societários”. Assim concebida, a esfera pública envolve, necessariamente, a

organização de segmentos da sociedade civil a partir de projetos políticos e, portanto, a representação de interesses coletivos de grupos e classes sociais contraditórios.

Ainda segundo Duriguetto (2007, p. 210), a concepção e significação de sociedade civil vêm se pautando nas formulações de Habermas e por autores influenciados por ele, com destaque para Cohen e Arauto. Tais autores, partindo da distinção de Habermas entre “sistema” e “mundo da vida”, vão definir este último como a esfera no qual os sujeitos sociais desenvolvem interações intersubjetivas, associativas e comunicativas em contraposição às ações em busca do poder, desenvolvidas no âmbito estatal e da busca do lucro, desenvolvidas no âmbito mercantil. Tal dinâmica associativa vai colocar a necessidade de criação de instituições para preservar, impulsionar e consolidar a solidariedade e identidade criadas. Essa dimensão institucional do “mundo da vida” é que vai corresponder ao conceito de sociedade civil e de esfera pública pelos autores. Desse modo,

> a esfera pública é a esfera de absorção e discussão dos temas e problemas que afetam o conjunto da sociedade, atuando como instância transmissora dos mesmos que, tematizados de forma convincente e persuasiva, possam ser assumidos e trabalhados pelo sistema político (DURIGUETTO, 2007, p. 210).

A partir desses autores, a sociedade civil vai ser conceitualizada enquanto esfera dotada de autonomia e auto-organização em relação ao Estado e o mercado, cuja convivência terá seu ponto de equilíbrio no fortalecimento dos processos de interação social desenvolvidos no campo da sociedade civil ou esfera pública.

Tal perspectiva compreende que as organizações, ações e movimentos presentes na esfera da sociedade civil – concebida como esfera pública não estatal – estariam direcionadas para a defesa do interesse público com vistas a alcançar o “bem-comum” por meio da negociação e do entendimento. Portanto, a luta social se faz sem contradições, antagonismos e, por conseguinte, sem confronto de classes, que passam a ser vistos como meros conflitos de interesses, entre posições opostas num momento, mas coincidentes em outros, direcionados para a construção de um novo “contrato” ou “pacto social”.

Sendo assim, evidencia-se a esfera da sociedade civil como indiferenciada, a-classista e homogênea, perspectiva esta, que, segundo Dias (1994, p. 129), possui forte inspiração liberal, apesar de muitas vezes querer se afirmar como gramsciana. Portanto, diz o autor

> Um dos erros vitais na análise da sociedade civil é pensá-la como articulação de instituições indiferenciadas. Instituições onde não se coloca a questão da divisão classista. O produto dessa visão é uma concepção homogeneizadora, subalternizante e que tende a minimizar a percepção dos conflitos sociais e do seu papel na transformação socia. (DIAS, 1994, p. 129).

A partir dessa perspectiva, conforme apontam Bravo e Correia (2012, p. 135-136), os conselhos e conferências são vistos como espaços de pactuações em torno das dificuldades das gestões, tendem a formar consensos em torno de propostas para um suposto “bem-comum”. Sendo assim, os conselheiros tendem a ser responsabilizados pela gestão da saúde, sendo em muitos casos pressionados a aprovarem prestações de contas muito pouco transparentes, sob o argumento dos prejuízos que podem acarretar ao município ou estado caso não sejam aprovados.

Assim, tais espaços podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e cooptação dos movimentos sociais e, ao invés de controlar, passam a ser controlados. Com isso, os conselhos e conferências perdem seu sentido original de ser espaço de controle dos setores organizados da sociedade sobre as ações do Estado, de modo que este incorpore as demandas da maioria da população, ou seja, das classes subalternas.

Neste estudo, a sociedade civil não é vista como um espaço sócio-organizativo de representação dos interesses gerais, de orquestração de pactos sociais, mas um espaço de luta de classes, de contradição, de relações desiguais de poder e de acesso diferenciado de recursos econômicos, políticos e culturais. A partir desse marco teórico, “as lutas sociais são interpretadas como ‘guerra de posição’ ao invés de serem consideradas ‘guerras de interpretação’”. (DURIGUETTO, 2007, p. 211).

Sendo assim, o controle social das classes subalternas tem limites nos espaços dos conselhos, visto que neles existe embate de propostas divergentes quanto aos rumos da política específica na perspectiva dos interesses tanto dos segmentos das classes subalternas quanto das classes dominantes, que lá estão representados. Portanto, o controle social é uma possibilidade nesse espaço, dependendo da correlação de forças dentro dos mesmos, que é resultado, por sua vez, da correlação de forças existentes no conjunto da sociedade. De modo a haver algum controle social na perspectiva das classes subalternas, concorda-se com Bravo e Correia, que é fundamental à articulação dos segmentos que a compõem, com vistas

à construção de um projeto comum para a sociedade com vistas à constituição de uma “vontade coletiva”, obtendo um posicionamento em bloco mais efetivo dentro desses espaços e ampliando seu poder de intervenção.

Segundo Duriguetto (2007, p. 212), ao lado da definição de sociedade civil enquanto esfera pública não estatal, existe a definição de democracia defendida nesse campo teórico, que passa a ter como núcleo do conceito o princípio da cidadania.

A partir desse referencial teórico, a noção de cidadania vai sofrer um significativo deslocamento referencial, no qual a “nova” concepção não se limita aos preceitos liberais-marshallianos, mas se amplia pela constante proposição de novas demandas e reivindicações oriundas das ações, organizações e movimentos presentes na esfera pública, pela criação e reconhecimento – entre os cidadãos e entre eles e o Estado – do “direito a ter direitos” e do “direito a ter novos direitos”. Tais teorizações partem dos postulados marshallianos e os ampliam na perspectiva de incorporar à análise da cidadania os temas e os meios que galvanizam a luta de diferentes grupos, movimentos e organizações de modo a se oporem às diferentes formas de estratificação econômica, cultural e opressão política. Assim, essa nova dimensão normativa de cidadania vai se materializar por meio de ações coletivas múltiplas e diferenciadas presentes na sociedade civil (transmutada em esfera pública) que vai fazer ecoar temas, problemas e demandas, de modo a suscitar o debate público e a incorporação, tanto pelos cidadãos como pelo Estado, de suas proposições.

A ampliação dos direitos políticos de cidadania vai aparecer associada à proposição de mecanismos político-administrativos que efetivem o processo de descentralização do Estado dirigido à criação de canais institucionais que possibilitem a participação social nos processos de discussão, controle e fiscalização das políticas sociais públicas, bem como à criação progressiva de espaços de participação não institucionalizados. Desse modo, segundo a autora, a participação política vai aparecer no âmbito institucional e extrainstitucional de forma ativa e contínua, tendo como aposta a expansão gradual do “direito a ter direitos” – sociais e culturais –, configurando-se no processo descrito como democratização.

Sendo assim, a formulação de uma visão ampliada de democracia e sua operacionalização com vistas à luta pela cidadania permite pensar os projetos de

mudança social sem que redundem em transformação econômica nem se concentrem na tomada de poder político. Ao contrário, o aperfeiçoamento da democracia e as novas dimensões da cidadania levam a pensar a transformação da sociedade a partir da escolha e da tematização pública de questões que os diferentes sujeitos sociais consideram relevantes para o bem-estar coletivo. Desse modo, a cidadania vai aparecer mais relacionada às temáticas relativas às liberdades e autonomia civil, e as desigualdades econômicas tendem a se manifestar e a terem a sua resolutividade a partir de uma linguagem comum de direitos.

Conforme aponta Duriguetto (2007, p. 214), tal concepção de cidadania incorpora fortemente uma dimensão de justiça social, de equidade, de reconhecimento e respeito pelas diversidades culturais no conjunto da vida social. Sendo assim, a ideia de equidade vai tornar-se tema hegemônico estando próxima ao conceito de justiça social como um esforço de equilíbrio que, como consequência, vai levar em conta as diferenças individuais de mérito, a diversidade. Contudo, Fontes (1995, p.32) vai ponderar – ao nosso ver, corretamente – que a reflexão sobre a equidade não deve ser negada, visto seu caráter emergencial e pragmático para a redução das distâncias sociais, contudo somente a partir do aumento da igualdade social é que ela vai adquirir, de fato, conteúdo ético. E afirma que,

> A rigor, somente uma reflexão calcada no princípio da igualdade permite pensar a variedade e a diferença (...). O princípio eqüitativo, no sentido da formulação de políticas diferentes para os desiguais, somente ganha todo seu significado se pensado a partir da matriz simbólica da igualdade. Caso contrário, ele pode implicar num risco altíssimo: o de legitimar a exclusão [....] (FONTES, 1995, p. 32).

Segundo Montano e Duriguetto (2010, p. 331), é o referencial culturalista e suas prospecções sociointerventivas que são a base das refuncionalizações dos conceitos de sociedade civil, de democracia e dos Novos Movimentos Sociais (NMS). Segundo os autores, as abordagens “culturalistas” utilizadas na grande maioria dos estudos sobre os NMS no Brasil, são influenciadas pelas reflexões advindas das vertentes acionistas[71] (particularmente de Touraine e Evers), complementadas pela

[71] As análises acionistas têm como referência o “Maio francês”, no qual as lutas e revoltas de estudantes e outros grupos sociais, organizadas e desenvolvidas por fora e com independência do Estado, de sindicatos e de partidos políticos. Portanto, sem identidade aparente de classe. Sendo assim, os acionistas rejeitavam e se distanciavam tanto dos processos vinculados ao bloco capitalista quanto dos identificados com o bloco socialistas, defendendo uma mudança geral que partisse das

obra de Habermas e, mais recentemente, pelos pensadores pós-modernos, a exemplo de Boaventura de Souza Santos.

Tais reflexões tornaram-se emblemáticas pela valorização dos saberes, das visões de mundo e dos valores criados pelos sujeitos participantes nos movimentos sociais. Ou seja, nessas abordagens, são valorizados os processos sociais relacionados à dinâmica interna das manifestações coletivas – as novas formas de sociabilidade e de valores gerados, com vistas a descortinar o percurso desses sujeitos coletivos emergentes, considerados como “novos sujeitos políticos”, levando à valorização do cotidiano, enquanto palco de luta contra a dominação ideopolítica e econômica. Ocorre um “descentramento do político”, ou seja, o imediato toma o lugar do mediato, e a transformação macroscópica é substituída pelas pequenas lutas.

> O surgimento de novos movimentos sociais levou à constituição de novos sujeitos políticos que, assim, implicou na criação de novos espaços políticos, fora do plano institucional que ensejarão novas práticas sociais e novas representações simbólicas, que as acompanham. (EVANGELISTA, 1992).

Nessas abordagens teóricas, as classes sociais são substituídas pela pluralidade de sujeitos coletivos, vistos a partir dos significados contidos em sua prática social, dos sentidos de existir, do seu imaginário e identidade cultural. Assim, passam a ser valorizadas as lutas microscópicas e fragmentárias, sem coordenação e estratégias politicamente definidas, em detrimento das lutas centradas nas contradições de classes, ganhando centralidade as questões identitárias e culturais.

Sendo assim, no debate da esfera pública de cidadania, o convívio consensual não gera sujeito coletivo revolucionário, portanto não gera hegemonia. O espaço da sociedade civil é concebido como o espaço onde se desenvolvem as “lutas sociais” dirigidas e articuladas a fim de alcançar o bem-comum, o interesse público, esvaziando, assim, as “lutas sociais” de qualquer determinação econômica e das contradições e conflitos de classe. Tal esvaziamento, conforme Duriguetto (2007, p. 224) é ainda mais reforçado quando se divide as organizações por esferas supostamente separadas: as lutas sindicais, desenvolvidas no espaço do mercado; as partidárias, no espaço estatal; e as do “bem-comum”, no campo da sociedade civil entendida como esfera pública. Portanto, a concepção de democracia daí decorrente

---

pequenas ações locais e cotidianas, fora do Estado, dos partidos políticos e da contradição capital/trabalho (MONTANO; DURIGUETTO, 2010, p. 312).

não é considerada como um produto da luta de classes e, consequentemente, não vislumbra a possibilidade de superação do capitalismo.

Tal perspectiva vai se expressar nos espaços dos conselhos e conferências de saúde, por meio da fragmentação que se observa do movimento popular de saúde, traduzido nas diversas e variadas organizações de portadores de patologia, incapacidades e problemas de saúde. Stotz (2006, p. 153) considera que este pode ser um dos fatores a explicar a burocratização dos conselhos e a pouca permeabilidade que eles apresentam às demandas populares com potencial de unidade e universalização.

Ao contrário do que aponta o debate da esfera pública de cidadania, neste estudo, a democracia é compreendida como pluralismo com hegemonia, visto que implica na construção de um sujeito revolucionário com vistas à progressiva construção de um novo projeto societário. Assim, com base em Gramsci, a sociedade civil é vista como campo do confronto de projetos societários, cujo horizonte das classes subalternas é a socialização do poder político e da riqueza socialmente construída. Assim, concordamos com Wood, que

> a substituição do socialismo por um sistema indeterminado de democracia, ou a diluição das relações sociais diversificadas e diferentes em categorias gerais como “identidade” ou “diferença”, ou conceitos frouxos de “sociedade civil” representa a rendição ao capitalismo e a todas as suas mistificações ideológicas. Diversidade, diferença e pluralismo são obviamente necessários; mas não um pluralismo indiferenciado e desestruturado. Precisamos de um pluralismo que realmente reconheça a diversidade e a diferença, não apenas a pluralidade e a multiplicidade. Ou seja, que reconheça a unidade sistêmica do capitalismo e que tenha a capacidade de distinguir entre as relações constitutivas do capitalismo e outras desigualdades e opressões [……] Não devemos confundir respeito pela pluralidade da experiência humana e das lutas sociais com a dissolução completa da causalidade histórica, em que nada existe além de diversidade, diferença e contingência, nenhuma estrutura unificadora, nenhuma lógica de processo, em que não existe o capitalismo e, portanto, nem a sua negação, nenhum projeto de emancipação humana (2010, p. 224-225).

A partir da década de 1990, com a hegemonia do projeto neoliberal e a desresponsabilização do Estado no trato das sequelas da “questão social”, vai se efetivar a proposta de criação de uma “esfera pública não estatal”, para a qual vai se deslocar a execução das políticas e serviços sociais. Trata-se da esfera pública não estatal compreendida como terceiro setor, que nada mais é do que uma nova roupagem do conceito de sociedade civil no ideário neoliberal. Aqui a organização da sociedade civil enquanto terceiro setor – visto estar situada para além do Estado e do

mercado – passa a ser estimulada como campo de ações e organizações a partir de uma lógica “solidarista”, “filantrópica”, de autoajuda e ajuda mútua.

Tais organizações do chamado “terceiro setor”, segundo Montano e Duriguetto (2010, p. 339-340), vêm se apresentando como “porta-voz” da “sociedade civil organizada”, tendo as seguintes características, de acordo com os autores pós-modernos: configuram-se a partir de organizações da sociedade civil de diversas classes sociais em parcerias interclasses e fomentadas (legal, política e financeiramente) pelas parcerias com o Estado ou com a empresa (pensa-se no conjunto da sociedade civil, sem contradições, sem interesses contraditórios: ONGs, fundações empresariais, instituições religiosas, entidades filantrópicas etc); são as articulações e parcerias no âmbito da sociedade civil que fundam essas organizações; desenvolvem ações sociais, tornando-se a sociedade civil dócil, deseconomizada e despolitizada.

Cabe destacar, que Duriguetto (2007, p. 225) chama a atenção para o fato de haver uma diferença substantiva entre os teóricos do campo de “intenção progressista” do “terceiro setor” e os da “esfera pública de cidadania”. No campo teórico dos defensores da “esfera pública de cidadania”, a estratégia para o aperfeiçoamento da democracia refere-se à contínua e progressiva luta pela garantia de direitos de cidadania e, sobretudo, pela criação de novos direitos que são demandados pelo conjunto plural e diferenciado dos sujeitos sociais presentes na dinâmica societária, sendo que o interlocutor, o espaço e os direcionamentos políticos e prático-operativos para a conquista e ampliação desses direitos não se restringem à esfera estatal, mas também são organizados, demandados e publicizados no campo da sociedade civil, ou seja, da esfera pública de cidadania.

Já os defensores “progressistas” do “terceiro setor” não são impulsionados pela perspectiva do direito, mas o que orienta as suas ações são os valores da solidariedade, da filantropia, do voluntarismo, da não política. Sendo assim, a esfera estatal (primeiro setor) é tida como burocrática e ineficiente, e o mercado (segundo setor), que tem como objetivo o lucro, não são as instâncias escolhidas para o direcionamento das suas demandas sociais. Portanto, é na sociedade civil que esses valores serão encontrados, impulsionados e direcionados. Portanto, vamos identificar nesse aspecto a confluência dessa perspectiva do “terceiro setor” com o projeto neoliberal.

Assim, como apontam Montano e Duriguetto (2010, p. 305), será dentro da ofensiva hegemônica neoliberal e a cooptação de amplos setores da “esquerda pós-moderna”, com a promoção ideológica da “satanização do Estado” (entenda-se Estado Democrático e de Direito) e uma “santificação da sociedade civil” (transmutada agora no ideológico “terceiro setor”, despolitizado e concebido como espaço de “parcerias” entre as classes) que vai se desenvolver tais projetos sociais ideológicos, denominado pelos autores como o Projeto do “Terceiro Setor”.

Na proposta de contrarreforma do Estado brasileiro, temos a sociedade civil sendo convocada a ser parceira com vistas a contribuir financeiramente com os custos dos serviços prestados, com a pretensão de desresponsabilizar o Estado com a proteção social, com a justificativa da necessidade de se buscar soluções inovadoras, a partir do envolvimento empresas, sindicatos, famílias e grupos comunitários, conforme aponta documento do Banco Mundial. (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 130-131).

Sendo assim, conforme Bravo e Correia (2012, p.131), o protagonismo da sociedade civil que será exigido pelas orientações do Banco Mundial se dará no sentido desta assumir a responsabilidade da atenção à saúde, de modo a não ser cobrado do Estado aquilo que não é de sua exclusiva atribuição. As autoras vão destacar o documento do Banco Mundial, que vai expressar o sentido de participação da sociedade que se pretende.

> No Brasil, a cultura política de centralismo paternalista tem gerado, nas comunidades, a esperança de que venham a ser beneficiárias de instalações e serviços “gratuitos” pelo Estado. A atribuição de poder às comunidades também significa que elas devem aprender a distribuir e utilizar racionalmente os recursos. [....] A cobrança aos usuários, tanto direta como através de impostos locais, é um instrumento essencial para fixação de prioridades. [.....] O fim de um modelo político paternalista e centralizado abre caminho para respostas criativas em todos os níveis de governo, pelo setor privado, por organizações não-governamentais e, individualmente, pelo cidadão (apud BRAVO; CORREIA, 2012, p. 131).

É a partir dessa perspectiva de redefinição do papel do Estado que a contrarreforma vai propor a descentralização como deslocamento de responsabilidade para a sociedade. Neste contexto, a proposta de participação reaparece no discurso como uma alternativa de resgate da sociedade civil, em relação de corresponsabilidade pelos serviços e pela gestão pública através da “participação da comunidade”. Com isso, o Estado reduz o seu papel de prestador direto dos

serviços, reorientando a sua intervenção como regulador e provedor financeiro, distanciando-se da concepção de participação social do SUS. Portanto, trata-se de um novo padrão de resposta à questão social, com a perda de direitos e minando com a perspectiva de direitos sociais universais.

Assim, Montano e Duriguetto (2010, p. 307) irão observar que o chamado "terceiro setor" trata-se de um fenômeno real,

> ao mesmo tempo inserido e produto da reestruturação do capital, pautado nos (ou funcional aos) princípios neoliberais: um novo padrão (nova modalidade, fundamento e responsabilidades) para a função social de resposta à "questão social", seguindo os valores da solidariedade local, do voluntariado, da autorresponsabilização e individualização da ajuda. (MONTANO; DURIGUETTO, 2010, p. 307).

Desse modo, o debate acerca da construção ampliada e participativa de uma esfera pública da cidadania não tem como objetivo ocupar o espaço de desresponsabilização estatal nas suas funções sociais implementadas pelas estratégias de descentralização e privatização das políticas sociais. Ao contrário, apontam para que as "organizações da sociedade civil" lutem pela preservação, conquista e ampliação dos direitos civis, sociais e políticos. Sendo assim, segundo Duriguetto, ela representa um campo teórico e político de resistência ao neoliberalismo.

É necessária a compreensão de que as instâncias de controle social foram instituídas no quadro de mudanças que se operaram, a partir da década de 1990, marcado pela regressão dos direitos sociais, de mundialização do capital que tem na financeirização da economia um novo estágio de acumulação do capitalista, cuja estratégia do grande capital é a crítica acirrada às conquistas sociais da CF de 1988 e a construção de uma cultura política da crise (MOTA, 1995), enquanto estratégia para difundir e tornar seu projeto consensual e compartilhado. Desse modo, diferentemente do contexto de efervescência política da década de 1980, a partir de 1990, vai ocorrer a substituição das lutas coletivas por lutas corporativas em defesa de grupos de interesses particulares e imediatos dos trabalhadores.

Diante desse contexto de crise do capital, no qual a classe dominante para o seu enfrentamento vem buscando o consentimento ativo das classes subalternas ao projeto do capital, torna-se fundamental o resgate do conceito original de Gramsci sobre a sociedade civil, com vistas a subsidiar o debate e as práticas sociais e políticas

em torno do controle social, desmistificando a apropriação do seu pensamento pelas interpretações liberais contemporâneas que acabam por desembocar no politicismo exacerbado e na contraposição entre Estado e Sociedade Civil. Conforme apontam Bravo e Correia (2012, p. 133), “As lutas políticas não se dão apenas na sociedade civil, mas na totalidade da estrutura social e da formação social”.

A institucionalização dos mecanismos de controle social sobre as políticas públicas e sobre os recursos públicos a elas destinados traz como desafio que eles não se tornem mecanismos de formação de “consentimento ativo” das classes subalternas de modo a conservar o *status quo*, mas que, ao contrário, criem resistências à redução das políticas sociais, à sua privatização e mercantilização.

Nessa direção, concorda-se com Duriguetto (2007, p. 226), que, para o enfrentamento crítico aos efeitos deletérios ocasionados pela reestruturação produtiva, da contrarreforma neoliberal estatal e da transformação da sociedade civil em “terceiro setor”, de modo a efetivar a desresponsabilização do Estado no trato da questão social, é fundamental que as classes subalternas presentes no campo da sociedade civil, tenham, para além da luta pela hegemonia, a defesa e a luta para fazer avançar as conquistas democrático-populares e os direitos sociais e trabalhistas historicamente conquistados.

Sendo assim, no que se refere à política de saúde, nesse contexto de crescente processo de privatização por dentro do SUS, por meio da participação complementar do setor privado (complementaridade invertida), no qual recursos públicos da saúde são alocados na rede privada, por meio de convênios e compra de serviços privados, e pelo repasse da gestão do SUS para entidades privadas, denominadas de “novos modelos de gestão” – OSs, OSCIPS, Fundações Estatais de Direito Privado, Empresas Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERHs) –, é necessário que os movimentos sociais e organizações da sociedade civil presentes nas instâncias de controle social do SUS se posicionem em defesa do SUS universal, gratuito, de qualidade, público, estatal, sob a administração direta do Estado e contra a privatização da saúde. Ou seja, que seja retomada a luta que mobilizou o Movimento da Reforma Sanitária nos anos de 1980, que foi a luta contra a privatização da saúde, a negação da saúde como mercadoria e fonte de lucro, e a defesa intransigente da saúde pública.

Conforme aponta Behring,

> [...] no Brasil, a defesa dos direitos e das políticas sociais compõe, há muito, uma agenda dos trabalhadores, frente à incapacidade da burguesia brasileira de incorporar sequer a pauta da emancipação política, associada profundamente ao capital estrangeiro, fortemente cosmopolita, racista, misógina e antidemocrática. Neste sentido, a agenda dos direitos, sendo a ela impressa uma direção estratégica de esquerda, pode ultrapassar a si mesma, tornando-se explosiva, num país onde os processos de emancipação política estiveram sempre limitados (2006, p. 251).

Os mecanismos de controle social – conselhos e conferências – foram instituídos no âmbito do Estado e estão situados no Poder Executivo, portanto não se tem a pretensão de que nesses espaços haja o controle do capital, pois este é incontrolável, como bem aponta Mészáros. Trata-se de garantir a luta pelo direito à saúde interferindo na elaboração da política do setor. Nesse sentido, conforme Bravo e Correia, pode-se disputar o fundo público, denunciar sua alocação crescente para a reprodução do capital em detrimento da reprodução do trabalho, exigir a transparência dos recursos públicos e a efetivação dos direitos sociais. Tais pautas estão circunscritas no âmbito da emancipação política, mas que adquirem importância num contexto de regressão dos direitos sociais e incentivo à ampliação da mercantilização das políticas sociais, em especial da saúde.

No debate atual sobre os mecanismos de controle social – conselhos e conferências –, Bravo e Correia (2012, p. 134-135) destacam algumas posições acerca desses espaços: a que compreende que esses espaços devem ser abandonados pelos movimentos sociais, visto estarem totalmente capturados pelo Estado; a que entende os conselhos como únicos espaços de luta para a conquista de mais poder dentro do Estado; e a que entende que tais espaços devem ser tensionados e ainda ocupados pelos movimentos sociais, apesar de reconhecer seus limites em uma conjuntura de refluxo e cooptação de muitos deles.

Este estudo está pautado na concepção gramsciana de Estado e sociedade civil. Sendo assim, considera-se que tais instâncias de controle social são espaços contraditórios e arena de disputas por hegemonia, cujos limites estão postos pela sua atuação no contexto de um Estado burguês. Tais mecanismos não estão acima da sociedade e nem são isolados, imunes aos conflitos de interesses, cooptação, disputas da direção da política social articuladas a projetos societários. Sendo assim, concorda-se com Bravo (2006, p. 93) que os conselhos não podem ser nem supervalorizados, nem subvalorizados. Considera-se que tais instâncias de controle

social são fundamentais para a democratização dos espaços públicos e para a mudança da cultura política sob a qual se fundou o Estado brasileiro, marcado pelo patrimonialismo e exclusão das classes subalternas na gestão das políticas sociais. Eles foram constituídos pautados na perspectiva da democracia participativa, tendo como horizonte a construção da democracia de massas. Contudo, não podemos cair na armadilha, conforme aponta Bravo (2009, p. 400), de atribuir a esses espaços de participação social o papel de agentes fundamentais de transformação do Estado e da sociedade, mas vê-los como uma dentre as diversas arenas onde são travadas as disputas por hegemonia no país.

Nesta perspectiva, Bravo e Correia (2012, p. 137) apontam o surgimento de novos mecanismos de controle democrático com vistas a exercerem pressão social, fora do espaço institucional do Estado, de modo a fugir das amarras e das contradições que envolvem a expressão controle social remanescente do contexto ditatorial. Trata-se dos espaços dos Fóruns de Saúde e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, constituída por movimentos sociais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários e têm travado duras lutas em defesa da saúde pública estadual e contra a privatização. Elas destacam que o que tem caracterizado as lutas sociais nesses espaços é a articulação de forças sociais, que anteriormente possuíam atuação isolada, de modo a construir uma agenda unitária para a saúde, inserindo-se, assim, num contexto mais amplo das lutas anticapitalistas e de enfrentamento da determinação estrutural do processo saúde/doença.

Na direção da ampliação dos espaços de participação social na área da saúde do trabalhador, destaca-se a criação do Fórum Intersindical de Saúde do Trabalhador do Rio de Janeiro, em 2015, na perspectiva de resgatar a articulação entre o movimento sindical, a academia e os técnicos da área da saúde do trabalhador, no que se refere à luta política e a produção do conhecimento sobre a relação trabalho e saúde.

As questões colocadas para os conselhos em relação à participação e às dificuldades de funcionamento desses espaços na prática têm apontado para análises que colocam em discussão a contraposição entre a luta institucional versus ação mobilizatória.

Para Tatagiba (2002, p. 99-100), apesar da riqueza deste debate, tal polarização traz como consequência a secundarização das estratégias de luta,

quando o desafio atual é justamente fortalecê-las e articulá-las na direção de um projeto político mais amplo de democratização da relação Estado-Sociedade. Desse modo, ações de natureza mobilizatória e de natureza institucional não são excludentes e sim complementares. Nesta perspectiva, defende-se a estratégia que tenha como objetivo fortalecer as lutas sociais e a organização das classes subalternas, na defesa da emancipação política, tendo como horizonte a emancipação humana.

Ressalta-se importância dos Fóruns de articulação e de luta, em especial os Fóruns de Saúde e o Fórum Intersindical de Saúde do Trabalhador, enquanto espaços que podem contribuir para o fortalecimento desses espaços institucionais com ações de politização, debate e pressão aos mecanismos de controle social. Desse modo, o fortalecimento desses espaços não institucionalizados pode contribuir para a ampliação, mobilização e organização da classe trabalhadora. Assim, considera-se importante a luta por dentro do Estado e por fora do Estado, sendo esta última ainda mais significativa.

Segundo Barros (1998, p.36-37), os Conselhos e Conferências não são os únicos espaços de ação para o exercício do controle social, apesar de serem os mecanismos fundamentais, visto estarem previstos em lei federal. Além deles, a autora considera outras instâncias que se acionadas podem ser consideradas enquanto espaços de exercício do controle social, que são:

a) O Ministério Público, que “é uma instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbida na defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis” (RODRIGUES, 2001, p. 93).
b) Órgão de defesa do consumidor, como o PROCON, que não apenas se dedica ao consumidor de bens e objetos, mas também prevê a proteção ao consumidor de serviços: o mau atendimento nas unidades de saúde, as condições precárias de funcionamento dos serviços de saúde podem e devem ser notificados no PROCON (BARROS, 1998, p. 37).
c) Meios de Comunicação Oficiais e Alternativos.
d) Conselhos Profissionais, onde é possível que qualquer pessoa denuncie um mau atendimento no Conselho respectivo (Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Psicologia etc).

Tais instâncias podem auxiliar os defensores e destinatários da política pública na defesa dos seus direitos, portanto, serem parceiras na luta pelo controle social. Desse modo, o controle social é entendido não apenas como uma luta legal por um direito adquirido, mas como a potencialidade e a criatividade dos usuários na elaboração da política, por serem eles os que vivenciam no cotidiano a efetividade ou não dos serviços de saúde bem como as lacunas deixadas por eles e, portanto, sabem como deve ser uma política pública de saúde (BRAVO, 2001, p. 49).

Nesse sentido, alguns autores que discutem e defendem o projeto de reforma sanitária brasileira apontam outras propostas de ação para o exercício do controle social em nível local, como a vigilância epidemiológica, o diagnóstico participativo e a capacitação técnica dos movimentos sociais e profissionais de saúde. Nessa direção, Costa e Noronha (2003, p. 359-360) apontam outras alternativas de importância estratégica para a efetivação do controle social, que são: o voto sufragado na escolha dos governantes (executivo e legislativo) das diversas esferas de governo; o plebiscito criado pela CF; o projeto de lei de iniciativa popular, criado pela CF; mobilização popular, por meio dos mecanismos próprios das entidades populares e sindicais; e os meios de comunicação próprios dos conselhos, além das instâncias já sinalizadas por Barros, como o Ministério Público, os Órgãos de Defesa do consumidor e a mídia em geral.

Além desses, Bravo (2001, p. 81) aponta a existência de outras propostas de ação pensadas, principalmente pelos movimentos populares que atuam no setor saúde, que passam pela via das discussões em colegiados, que são os casos dos conselhos de saúde não previsto na lei federal, lembrando que essa só prevê a existência de conselhos nos níveis federal, estadual e municipal, mas que representam canais de ampliação da democracia, que são:

a) Conselhos Comunitários de Saúde (CCS): são fóruns de discussão, mobilização e articulação da sociedade civil. É o espaço “privilegiado para que a população faça discussões sobre as questões referentes à saúde na sua localidade, bem como elabore propostas a serem levadas e defendidas em instâncias decisórias (Conselhos Distritais e/ou municipais)” (BRAVO, 2001, p. 81).
b) Conselhos Distritais de Saúde (CODS’s): são conselhos organizados a partir dos distritos sanitários, respeitando-se suas particularidades e

proximidades regionais. A criação desses conselhos é considerada estratégica em municípios muito grandes, propiciando a discussão e elaboração da política de saúde em determinadas áreas de abrangência. Desse modo, torna-se necessária a articulação entre esses conselhos e desses com o conselho Municipal de Saúde, com vistas à garantia da totalidade da política de saúde. Tais conselhos são instituídos através de leis municipais.

c) Conselhos Gestores de Unidade (CGU): são conselhos formados por unidade de saúde, tendo por objetivo aumentar as possibilidades de participação dos usuários na formulação e fiscalização das ações de saúde locais. É o espaço propício para a discussão dos problemas inerentes ao funcionamento da unidade. Assim como os conselhos distritais, é importante que se estabeleça uma articulação entre eles e entre eles e os conselhos municipais de saúde. São instituídos através de lei municipal.

Nesta disputa entre os projetos de democracia de massas e democracia restrita, torna-se questão fundamental a ênfase no debate da gestão democrática das políticas sociais, com vistas ao fortalecimento do projeto de democracia de massas, sendo uma estratégia de democratização social, econômica e política da sociedade brasileira.

3.2 A Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhador (CISTT)

A criação da CISTT de âmbito nacional foi institucionalizada, por força dos artigos 12 e 13 da Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90, que prevê a criação de comissões intersetoriais, dentre as quais a de ST, enquanto instâncias de controle social do SUS, com vistas a assessorar o Conselho Nacional de Saúde (CNS) com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS.

A CISTT Nacional foi instituída por meio da Resolução Nº 11, de outubro de 1991, do CNS. Trata-se de uma comissão intersetorial vinculada ao CNS, que, apesar

de não possuir caráter deliberativo ou resolutivo, estabelece propostas de formulação política para a área.

As CISTTs foram fomentadas nas normas de Saúde do Trabalhador, a partir da Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador:

> Recomenda-se a criação de comissão, na forma colegiada, com a participação de trabalhadores, suas organizações sindicais e instituições públicas com responsabilidades em saúde do trabalhador, vinculada organicamente ao SUS e subordinada aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com a finalidade de assessorá-lo na definição de políticas, no estabelecimento de diretrizes e prioridades, e no acompanhamento e avaliação da execução das ações de saúde do trabalhador (BRASIL, 1998).

Segundo Hoefel e Severo (2011, p. 125), em 1998 em decorrência de sucessivas pressões dos sindicatos e seus respectivos departamentos de saúde do trabalhador, o Ministério da Saúde assina a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), que recomenda a criação da

> Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, com a participação de entidades que tenham interfaces com a área de saúde do trabalhador, subordinada aos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde, com a finalidade de assessorá-los na definição das políticas, no estabelecimento de prioridades e no acompanhamento e na avaliação das ações de saúde do trabalhador (BRASIL, op. Cit, 1998).

A Portaria nº 1.679/02, que cria a RENAST e os CERESTs, em seu art. nº 7 dispõe que:

> O controle social da RENAST – por meio da participação das organizações de trabalhadores urbanos e rurais – se dará por intermédio das instâncias de controle social do SUS, conforme estabelecido na legislação vigente.

A Portaria nº 2437, de 7 de dezembro de 2005, criada com vistas a efetuar ajustes e incorporar novas formas de atuação da RENAST, vai preconizar o fortalecimento do controle social enquanto componente essencial do processo de ampliação dela. Desse modo, nesta Portaria vamos encontrar uma perspectiva mais abrangente de controle social e de gestão democrática da rede, ao estabelecer, para além dos Conselhos, Conferências e as CISTTs, o controle direto das ações dos CERESTs, por meio da criação dos Conselhos Gestores, cujas funções deverão ser definidas em regulamentação do Conselho de Saúde da esfera correspondente de poder. Também vai incluir entre as funções dos CERESTs, prover subsídios para o fortalecimento do controle social na região e nos municípios do seu território de abrangência.

Com a publicação da Portaria 2.728, de 11/11/2009, que revoga a Portaria 2.437 de 2005, fica estabelecido que o controle social nos serviços que compõem a RENAST, vai se dar por intermédio das Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde, previstos na Lei nº 8142/90, bem como por intermédio das CISTTs, vinculadas aos respectivos conselhos. Nesta Portaria, não consta a necessidade de controle direto sobre as ações dos CERESTs, por intermédio da criação dos conselhos gestores. Considera-se que tal fato representou um retrocesso em relação à Portaria anterior, já que na atual portaria o controle social na RENAST fica restrito às CISTTs, inibindo, assim, a possibilidade de ampliação da participação dos trabalhadores nas ações da ST, bem como perde a oportunidade de construir um controle social numa perspectiva regionalizada, já que os conselhos gestores devem ser constituídos por representantes, de forma paritária, pelos municípios da área de abrangência do CEREST.

Assim, a Portaria estabelece, em seu artigo nº 8, que:

> O controle social nos serviços que compõem a RENAST, com a participação de organizações de trabalhadores e empregadores, [deve se dar] (...) por intermédio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, previstos na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, bem como por meio das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador – CIST vinculadas aos respectivos Conselhos.

Em 2011, foi colocado no site do Ministério de Saúde, para fins de consulta pública, o documento “Manual de Gestão da RENAST – Versão Preliminar”, que propunha, em substituição aos conselhos gestores, a criação de conselhos de gestão participativa, enquanto órgãos colegiados permanentes, que deveriam reunir-se, pelo menos, a cada dois meses, constituído de forma paritária (50% de representantes de usuários, 25% de representantes dos trabalhadores da unidade e 25% de representantes da direção da respectiva unidade), podendo ter natureza consultiva ou deliberativa e caráter facultativo. De acordo com o documento, tendo em vista a existência de diversos conselhos gestores no âmbito da gestão dos CERESTs, pretendia-se unificar/homogeneizar os procedimentos relativos à criação dessas instâncias que tem por objetivo ampliar a inserção e a abrangência da participação democrática no processo de gestão das unidades de saúde.

Na proposta apresentada no documento, que pretendia unificar/homogeneizar tais instâncias, vê-se na realidade um desmonte delas. Ao invés de serem

estimuladas, elas são tornadas facultativas e suas atribuições flexibilizadas, podendo ser consultivas ou deliberativas. Agora, cabe a pergunta: quem define se a instância será consultiva ou deliberativa?

Considera-se fundamental a defesa da constituição de conselhos deliberativos e paritários, visto representar um avanço na democratização da relação Estado-sociedade, contribuindo 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.

Conforme apontam Bravo e Menezes (2012, p. 289), os Conselhos de Gestão Participativa vêm sendo propostos em substituição aos conselhos de saúde inscritos na CF de 1988. Eles foram instituídos nos Hospitais Federais e Institutos do Rio de Janeiro, no contexto da crise da saúde no município do Rio de Janeiro em 2005, por meio da Portaria 1270/GM de 2005. Além deles, outra forma de substituir os conselhos tem sido a criação de Ouvidorias e as propostas de Conselhos das Fundações Estatais de Direito Privado. Tais mecanismos, segundo a análise das autoras, caracterizam-se por possibilitar uma ilusão de participação, vistos que tais espaços não têm caráter deliberativo; apontam para a fragilização dos conselhos de política e de direitos; flexibilizam o controle democrático existente; individualizam as questões e têm relação com o fortalecimento do gerencialismo como fio condutor das agendas de contrarreforma no país.

A proposta de criação de Conselhos Gestores de Unidade de Saúde vem sendo apontada desde a VIII Conferência Nacional de Saúde como instância integrante da estrutura de gestão participativa, contudo eles não foram regulamentados por lei federal. A Lei 8.142/90, que define a participação popular como uma das diretrizes do SUS, apenas regulamenta os conselhos de saúde em níveis federal, estadual e municipal. Contudo, cabe destacar, que o Conselho Nacional de Saúde, em suas resoluções, em respeito às deliberações das Conferências e Plenárias de Saúde, reconhece a importância da ampliação da participação social por meio da criação de Conselhos Distritais e Locais de saúde, entendendo-os como um avanço do processo de descentralização da saúde. Inclusive, ao analisar os Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador, vamos identificar proposta de criação dos conselhos gestores, apontando que eles devem possuir caráter deliberativo e serem paritários.

Outra questão que se identifica a partir das Portarias 2.437/2005 e 2.728/2009 da RENAST é a inserção da representação patronal na composição das CISTTs, subvertendo a concepção de controle social da ST, cuja peculiaridade das experiências é o fato de, na sua composição, não estar incluída a participação de representantes patronais *lato sensu*. Isto é justificado, em virtude de que o controle social nesta área se dá sobre a atividade produtiva na sua relação com a saúde; sendo assim, “não se junta o infrator para discutir com o Estado e o vitimado as estratégias de puni-lo ou obrigá-lo a reparar o dano” (VASCONCELLOS; BONFATTI, 2020, p. 254).

Desse modo, vê-se reproduzindo no SUS a perspectiva do tripartismo, difundido pela OIT, distanciando-se, assim, da perspectiva teórico-conceitual e metodológica que deu origem ao campo da ST. A reprodução dessa dogmática de participação tripartite torna-se um obstáculo para a ruptura de práticas e intervenções de saúde no âmbito das relações entre capital e trabalho ainda hoje hegemônicas, e, consequentemente, para a construção de um pensamento crítico para a formulação de políticas públicas, com vistas à defesa da saúde dos trabalhadores, já que preconiza a colaboração de classes a partir do princípio de uma suposta igualdade entre trabalhadores, empregadores e Estado, que, como bem apontam Gaze, Leão e Vasconcellos (2011, p. 230), na realidade escondem o jogo político que visa a tornar invisível a pressão do capital sobre o trabalho, negando o conflito de classe com vistas a manutenção do *status quo*, promovendo “a paz da desigualdade”.

É necessária a compreensão de que o Estado capitalista não é neutro, como já bem apontava Engels no seu livro *A origem da família, da propriedade e do Estado*:

> Como o Estado nasceu da necessidade de conter o antagonismo das classes, e como, ao mesmo tempo, nasceu em meio ao conflito delas, é, por regra geral, o Estado da classe mais poderosa, da classe economicamente dominante, classe que, por intermédio dele, se converte também em classe politicamente dominante e adquire novos meios para a repressão e exploração da classe oprimida (ENGELS, 2002, p. 178).

Portanto, o Estado capitalista é um Estado de classes que representa os interesses das classes dominantes. De modo a ocultar o seu caráter classista, o Estado capitalista estabelece uma ruptura entre os processos econômicos e políticos, criando o fetiche de que representa os interesses de toda a sociedade, o bem comum,

aparecendo como expressão de uma comunidade de iguais a comunidade dos cidadãos.

Considera-se que o tripartismo no âmbito da ST encontra-se em consonância com o ideário da esfera pública de cidadania, conforme abordado no item anterior. Desse modo, as CISTTs vêm sendo concebidas enquanto espaços de pactuação entre trabalhadores, empregadores e o Estado, no referente ao direito à saúde no trabalho, muito distante da ideia de validação consensual enquanto princípio da ST.

Por outro lado, o modelo tripartite de participação privilegia o sistema produtivo formal, tornando-se um dissenso em relação ao princípio da universalização do SUS, bem como com a PNSTT, que aponta para a necessidade de serem consideradas as configurações atuais do mundo do trabalho, as mudanças nos processos produtivos e na estrutura sindical e o crescimento das relações informais e precárias de trabalho, de modo a haver um esforço no sentido de equacionar a participação de outras representações sociais, como trabalhadores de setores da economia informal, da produção agrícola, da pesca, das comunidades tradicionais, dos trabalhadores rurais sem-terra, dos quilombolas, dos trabalhadores autônomos e outros.

No 1º e 2º Inventário da RENAST, publicados respectivamente, em 2011 e 2013, cujo objetivo era implantar um processo de avaliação permanente das ações da Renast, é apontado no indicador referente ao controle social, a polêmica existente em torno da participação da representação patronal no âmbito desta política.

> A representação patronal no âmbito da Renast é alvo de controvérsias. Há duas tendências de pensamento a respeito da sua incorporação: uma depende da função que as CIST exercem de fato, ou seja, se é um fórum de negociação e discussão de processos de implantação por melhores condições de trabalho, na perspectiva da promoção da saúde dos trabalhadores; outra é se representam, como prescrito formalmente, uma instância de controle social vinculada à ação do SUS, na qual o planejamento e a avaliação de suas ações é atividade fundamental e predominante. No primeiro caso a presença patronal seria bem-vinda, pois qualquer negociação de condições de trabalho requer a representação do patronato; já no segundo, há de se considerar que as representações dos empregadores tendem a concentrar poder e a exercê-lo em detrimento dos direitos dos trabalhadores, relativizando os problemas das condições de trabalho e situações de risco para a saúde, distantes de um alinhamento lógico com as diretrizes sanitárias.

Em 2017, a CISTT Nacional lançou uma cartilha com vistas a orientar os conselhos de saúde na constituição das CISTTs, que vinham sendo constituídas sem

uma normatização específica que orientasse a sua criação. Nela, vai ocorrer a mudança na nomenclatura da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) que passa a se chamar Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT). Quanto à participação dos empregadores na composição das CISTTs, a cartilha vai manter tal previsão, conforme previsto nas Portarias da RENAST.

Ainda em relação à cartilha, apesar de ela sinalizar que as CISTTs não são instâncias regionais, propõe que elas sejam constituídas por órgãos e instituições que sejam da área de abrangência dos CEREST. Isso porque, nos objetivos e finalidades, é posto como atribuições das CISTTs acompanhar e fiscalizar os serviços e as ações realizadas pelos CERESTs, observando seus planos de trabalho e a participação na construção ou sugerir ações nos Planos de Trabalho dos mesmos. Aqui nota-se mais uma vez o desestímulo à criação de instâncias que realizem o controle direto dos CERESTs, ao incorporar atribuições que seriam dessas instâncias às CISTTs.

Conforme observa-se, no contexto da RENAST, vêm sendo priorizadas as CISTTs, enquanto mecanismo de controle social na ST, que não possuem caráter deliberativo e que vêm se constituindo enquanto espaços formais dentro dos conselhos de saúde sem qualquer articulação com eles e dependente de acomodações da agenda dos conselhos para que as suas propostas sejam apresentadas e eventualmente aprovadas. Além disso, tais comissões, que deveriam ser intersetoriais, vêm se constituindo, muitas vezes, apenas por membros dos conselhos de saúde.

De acordo com Gomez, Vasconcellos e Machado (2018, p. 1968), transformar a representação dos trabalhadores em representatividade nas instâncias de participação dos usuários no setor saúde, especialmente nas CISTTs, vem se constituindo em um desafio permanente. Sendo assim, o baixo nível de mobilização das organizações da classe trabalhadora vem repercutindo na pouca efetividade das estruturas de controle social, com vistas a garantir as ações de atenção em Saúde do Trabalhador nos planos estaduais e municipais de saúde.

Segundo o Relatório da RENAST de 2016, publicado pela Coordenação de ST (CSAT), do MS, em estudo realizado em 2014, dos 209 CERESTs habilitados apenas 74 informaram haver participação dos trabalhadores na elaboração da

Programação Anual de Saúde. Em 2015, esse número subiu para 94, representando um aumento de 9,79%.

Tal informação revela a predominância do tecnicismo nas ações de ST, que na realidade, conforme aponta Oliveira (2022), esconde um imobilismo. Apesar da participação dos trabalhadores ser a premissa fundamental para a área, os trabalhadores continuam a ser tratados como objetos e não como sujeitos ativos do processo. Obviamente, isso reflete a prática do SUS, que não conseguiu romper com um modelo gerencial marcado pela verticalização das ações.

O Planejamento e a Programação em Saúde continuam sendo realizados pelo órgão central com base em conceitos econômicos – e evidentemente políticos – da estimativa do custo-benefício, desconsiderando a realidade local em que as ações de saúde serão implementadas. Tal questão acaba sendo reforçada pela centralização dos recursos financeiros no governo federal, e sua utilização para impor políticas e programas aos demais entes federativos, tirando a sua autonomia de gestão e reforçando o não atendimento aos princípios da equidade e da integralidade das ações; além disso, de modo geral, as instâncias de controle social do SUS não participam do processo de planejamento, recebendo os planos realizados pelos especialistas dos órgãos centrais, que têm por base as discussões e pactuações definidas nas Comissões Intergestoras (CIB e CIT) e que, portanto, nem sempre estão adequadas aos problemas concretos, situados e datados. Também, as ações sanitárias são vistas de forma desagregada, desconsiderando o princípio da hierarquização dos níveis de atendimento à saúde e tecnologias disponíveis.

Entretanto, tal questão coloca a necessidade de se trazer a reflexão elaborada por Poulantzas (apud EBERHARDT, 2021, p. 50-51) acerca da relação entre ciência e classe social, de modo a pensar o lugar que ocupam os pesquisadores e profissionais de saúde na estrutura social da sociedade capitalista.

De acordo com Poulantzas, na passagem do capitalismo para o estágio monopolista, identifica-se o crescimento de um conjunto de trabalhadores assalariados, vinculados ao trabalho intelectual e que executam o trabalho improdutivo, ou a supervisão e controle do trabalho operário, que vão se constituir numa “nova pequena-burguesia”, que, junto à “pequena-burguesia tradicional”, composta por pequenos proprietários e pequenos produtores, compõe atualmente a classe pequeno-burguesa nas formações sociais capitalistas. Para o autor, os lugares

de classe diferentes ocupados por essa pequena-burguesia vão determinar alguns aspectos político-ideológicos, com destaque para os seguintes: o medo permanente da proletarização e a ilusão de ascensão social individual, baseada na competência e no mérito; reivindicação de uma transformação social por meios não revolucionários, mas pela “participação” nos processos decisórios; o fetichismo do poder; e a tendência a considerar o Estado neutro, com papel de arbitrar o conflito entre as classes sociais.

Quanto ao pertencimento de classe, tanto dos pesquisadores como dos profissionais de saúde, ambos constituem a camada assalariada vinculada ao trabalho intelectual, que, empregados pelo Estado ou por empresas privadas, mesmo que explorada pelo empregador, desempenham um trabalho não produtivo. Portanto, integram a camada da pequena-burguesia. Trata-se, portanto, de uma posição contraditória que oscila entre as classes sociais fundamentais na sociedade capitalista, ainda mais considerando-se que a Ciência não é neutra, mas integrada à ordem do sistema capitalista.

No capitalismo, a separação das ciências dos problemas concretos enfrentados pela população trabalhadora relaciona-se à separação social entre teoria e prática, concretizada pela acumulação de conhecimentos teóricos, científicos e técnicos pelos cientistas e especialistas e de conhecimentos práticos pelos trabalhadores. (STOTZ; PINA, 2017, p.5).

No Relatório da RENAST de 2016, publicado pela Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT), do Ministério da Saúde (MS), constava a existência de 126 CISTTs no Brasil, dos quais 27 eram estaduais e 99 municipais. Dentre as CISTTs municipais, 65 estavam localizadas nos municípios-sede dos CERESTs, o que significa que os demais municípios da região não possuem representação do controle social.

Um levantamento mais recente desenvolvido pelo DIESAT (2020, p. 263) mostra que em 2018 houve um incremento do número de CISTTs no Brasil, que passaram para 188, dos quais 27 eram estaduais e 161 municipais. Observa-se que ainda há uma centralização das CISTTs municipais nos municípios-sede dos CERESTs

O baixíssimo número de CISTTs municipais implantadas nos conselhos de saúde reflete a invisibilidade da Política de ST na agenda das instâncias do controle social, que, para além da questão do não reconhecimento da categoria trabalho como

determinante do processo saúde-doença e da baixa participação das organizações dos trabalhadores nas instâncias de controle social, aponta para uma desarticulação dos CERESTs e/ou PSTs com o controle social.

Além disso, o fato de que há uma centralização das CISTTs municipais nos municípios-sede dos CERESTs pode apontar para a dificuldade que eles vêm enfrentando no desenvolvimento de suas ações no âmbito regional.

Por outro lado, considerando a existência de CISTTs estaduais em todos os estados da federação, considera-se que tais instâncias poderiam ter um papel fundamental no sentido de acompanhar e fomentar a criação das CISTTs a nível municipal.

Cabe apontar os problemas com os quais, segundo Vasconcellos (2011, p. 446), a institucionalização da área esbarra, sinalizando os que considera os mais significativos.

Primeiro, a incompreensão do SUS da categoria trabalho enquanto um dos determinantes da saúde. Outro aspecto é a formação de quadros técnicos voltados para um mercado de trabalho de saúde ocupacional, o que acaba por gerar uma concepção corporativa e empresarial não compatível com a compreensão da relação saúde-trabalho enquanto questão relevante de saúde pública. Além disso, a fragmentação das estruturas do Estado, ocasionando uma baixa intersetorialidade, a arena política hegemonizada pela saúde ocupacional e a desarticulação interinstitucional no aparelho da saúde.

Sendo assim, o autor coloca que a baixa percepção da categoria trabalho como um determinante da saúde, em um contexto de invisibilidade social do problema, leva a uma baixa resposta das organizações sociais, sindicais e do próprio controle social do SUS.

3.3 A vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT)

Para além das instâncias institucionais do controle social na ST, a participação ativa dos trabalhadores por meio das suas organizações através do seu conhecimento sobre os processos e condições de trabalho é parte constitutiva do campo da ST e,

portanto, a ações de VISAT deve-se incorporar, necessariamente, à participação dos trabalhadores e suas organizações desde a fase do planejamento até sua execução e ação.

A partir da Instrução Normativa Nº 3120 de 1998, que tem por objetivo "fornecer subsídios básicos para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, no âmbito do Sistema Único de Saúde…", o controle social, nas ações de VISAT, é concebido como a

> incorporação dos trabalhadores e das suas organizações, principalmente as sindicais, em todas as etapas da vigilância em saúde do trabalhador, compreendendo sua participação na identificação das demandas, no planejamento, no estabelecimento de prioridades e adoção de estratégias, na execução das ações, no seu acompanhamento e avaliação e no controle da aplicação de recursos. (Brasil, 1998)

Segundo Vasconcellos, Almeida e Guedes (2010, 2013), a partir dessa Instrução Normativa ocorre uma radicalização do processo participativo, em que o controle social supera o seu papel clássico de atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde indo em direção a uma participação política introjetada no corpo das ações e serviços do Estado. Sendo assim, o controle social em ST vai ajustar-se à constituição de comunidades ampliadas de produção do conhecimento, tal como formulado originalmente pelo MOI. Entretanto tal concepção exige que o controle social na saúde tenha como centralidade a vigilância em saúde, superando, assim, o paradigma médico-assistencial, que faz com que a sua agenda política fique centrada nas demandas não equacionadas no modelo assistencial, na falta de resolutividade do sistema ao atendimento às enfermidades, o que faz com que a VISAT acabe ficando fora da pauta do controle social (VASCONCELLOS, 2010, p. 127).

Além disso, tendo em vista a compreensão da VISAT enquanto informação para a ação/intervenção nos ambientes, condições e processos de trabalho, de modo contínuo e sistemático e com a participação/controle social dos trabalhadores, cujo pressuposto é o controle da exposição/sujeição dos trabalhadores com vistas a prevenir os agravos à saúde, que podem se expressar por meio de sofrimento, dano, exigências, cargas, desgaste, doenças ou acidentes, exige-se que seja superada a cultura assistencial da Saúde Pública, que dicotomiza a assistência da vigilância. De modo geral, a vigilância epidemiológica se restringe ao limite técnico das informações

sobre a ocorrência de doenças, e a vigilância sanitária tem como papel central a intervenção sobre os fatores que contribuem para a ocorrência das doenças e que põem em risco a saúde da população. É justamente essa dicotomia que a VISAT busca e deve superar.

Na Portaria 3.120, a abordagem de VISAT pretende a superação dos limites conceituais e institucionais das ações, o que implicaria numa superação da fragmentação das ações entre as diversas vigilâncias. Sendo assim, a VISAT é compreendida como parte integrante do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, juntamente com as Vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental. Tem como objetivo, a promoção, a proteção e a assistência à saúde daqueles que trabalham, cujo objeto de ação é a investigação e intervenção sobre os processos de trabalho na sua relação com a saúde. Desse modo, ela é legalmente conceituada como

> uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (BRASIL, 1998).

Assim, conforme aponta Lacaz (2013, p. 50), idealmente a VISAT busca conhecer a realidade da população trabalhadora visando a intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde dessa população, avaliar os impactos das medidas adotadas, além de subsidiar a tomada de decisões dos órgãos competentes do governo em todos os seus níveis (federal, estadual e municipal), bem como estabelecer sistemas de informações em ST, que venham a incorporar, além das informações tradicionalmente existentes, a criação de um banco de dados que tenham origem nos processos de vigilância e a divulgação sistemática dessas informações analisadas e consolidadas. Embora tal perspectiva se aproxime da concepção de vigilância em saúde, conforme o autor, verifica-se uma dificuldade de inserção institucional e de relacionamento intrainstitucional para a sua efetivação, visto a estrutura institucional do SUS encontrar-se ainda fortemente fundamentada nos moldes da vigilância epidemiológica e sanitária.

A PNSTT vai dar ênfase às ações de VISAT, e busca retomar a articulação entre assistência e vigilância, ao definir que, para fins de implementação da política, deverá ser considerada a articulação entre

> I – as ações individuais, de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores; II – as ações de planejamento e avaliação com as práticas de saúde; e III – o conhecimento técnico e os saberes, experiências e subjetividade dos trabalhadores e destes com as respectivas práticas institucionais. (Brasil, 2012).

Contudo, diversos estudos demonstram que o modelo hegemônico de atenção à saúde no Brasil, e em especial na ST, continua centrado na dimensão assistencial, e, portanto, conforme aponta Pinheiro *et al.* (2013, p. 71), apesar de, corretamente e reiteradamente, haver a defesa da indissociabilidade entre vigilância e assistência, sob o atual modelo acaba ocorrendo uma relação tensa e assimétrica na execução dessas duas modalidades de ação. Sendo assim, a assistência acaba por absorver a maior parte das atividades, dos recursos humanos e financeiros do setor saúde.

Considerando a participação dos trabalhadores enquanto fundamento das ações de VISAT, o trabalhador e suas instituições organizativas e sindicais são vistos como os grandes protagonistas e os sustentáculos da VISAT. Assim, a PNSTT atenta às novas configurações no mundo do trabalho vai definir como trabalhador.

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

Tal concepção ampliada de trabalho, contudo, vai colocar como desafio técnico-político para a VISAT, para além das organizações sindicais, a necessidade da garantia da participação dos trabalhadores mais excluídos, precarizados, desorganizados, de modo a construir estratégias que tenham uma abordagem de participação e mobilização do conjunto da classe trabalhadora, de modo a se constituir em um “processo integrativo, inclusivo e solidário” (PINHEIRO *et al*., 2013, p. 67).

Além disso, torna-se fundamental que o SUS construa e efetive um sistema de informação em ST, que tenha por base o território[72], capaz de contemplar todos os

[72] O conceito de território adquire importância, não na sua concepção de apropriação como um espaço naturalizado e acabado, mas na sua concepção como um território de vida pulsante, de conflitos, de interesses contraditórios, de projetos e de sonhos. Ou seja, o território como sendo mais do que uma superfície-solo, mas um território econômico, político, cultural e epidemiológico (MENDES *et al*., 1994).

trabalhadores, independentemente de seus vínculos trabalhistas, pois sem isso ficará muito difícil impor limites preventivos aos danos do trabalho para a saúde e a vida, visto que muitas empresas terceiras funcionam sem qualquer registro quanto ao seu estabelecimento, inviabilizando ações fiscalizatórias. Aqui torna-se fundamental a integração na própria vigilância em saúde e na rede de assistência, primordialmente com a Atenção Primária de Saúde (APS), capaz de potencializar a abrangência das intervenções no território de saúde, por meio do trabalho conjunto com as unidades básicas de saúde.

No Relatório da RENAST de 2016, foi apontado que, de acordo com levantamento realizado em 2014, dos 209 CERESTs habilitados, apenas 34 informaram que houve participação dos trabalhadores nas ações de VISAT e que, em 2015, esse número foi ampliado para 85, havendo um incremento de 24,6%.

Tal informação aponta para a necessidade da formação das equipes técnicas dos CERESTs para as ações de VISAT, visto que grande parte das equipes não possui uma formação em saúde coletiva. Sendo assim, eles possuem ainda como referência o modelo historicamente predominante de intervenção nos locais de trabalho criado pelo Ministério do Trabalho e Emprego, o que também pode ser observado no amplo uso que esses profissionais realizam das Normas Regulamentadoras (NRs) enquanto arcabouço legal para a realização dessas ações.

Por outro lado, Lacaz (2013, p. 52) aponta como questão cultural/estrutural a baixa consciência sanitária dos trabalhadores, que vai refletir no pouco envolvimento dos sindicatos dos trabalhadores nas ações de VISAT, questão agravada com a inexistência da OLT e com as mudanças no mundo do trabalho no contexto de crise estrutural do capital.

3.4 O atrelamento sindical ao Estado e o Esvaziamento das OLTs

Em 1986, David Capistrano, ao fazer a apresentação da primeira publicação no Brasil, do livro de Ivar Oddone *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*, vai apontar quatro obstáculos para o avanço da luta pela saúde dos trabalhadores no Brasil, dos quais será apontada a dificuldade da OLT.

> o primeiro, é a persistente dificuldade de enraizamento dos sindicatos nas fábricas, nos locais de trabalho, o que impossibilita o desenvolvimento pleno da luta contra a contaminação dos ambientes de trabalho, visto estar com os operários parte do conhecimento específico necessário para detectar condições nocivas e as formas de removê-las – além da força para impô-las… (CAPISTRANO, 2020, p. 22).

Sendo assim, neste subitem, buscar-se-á refletir sobre os desafios postos para a construção do protagonismo dos trabalhadores na luta pela defesa da sua saúde, de forma autônoma e independente, a partir da discussão da estrutura sindical de Estado (BOITO JR, 1991), ou atrelamento sindical ao Estado, concebido como: a) o reconhecimento pelo Estado da organização sindical que pode representar e participar de negociações em nome de determinado segmento dos trabalhadores, sendo, portanto, o Estado quem investe no sindicato oficial de representação dos trabalhadores de determinada categoria profissional; b) a unicidade sindical, que garante o monopólio da representação a um único sindicato de uma categoria profissional, numa mesma base territorial, que não é inferior a um município; e c) a organização sindical por categoria profissional, o que leva à fragmentação da organização dos trabalhadores de uma mesma empresa ou local de trabalho, segundo determinada especificidade profissional (PINA *et al.*, 2020, p. 237-238).

Tal discussão é fundamental, pois, conforme aponta Vogel (2016, p. 8), "...la capacidad para llevar a cabo una lucha em materia de temas de salud em el trabajo implica transformaciones internas dentro del movimiento sindical"[73].

Conforme aponta Pina *et al.* (2020, p. 238), tal estrutura sindical de Estado acaba por promover o distanciamento do sindicato oficial em relação aos trabalhadores e o esvaziamento das organizações por locais de trabalho (OLTs), difundindo a ideologia de que somente por meio do reconhecimento e da delegação do Estado burguês os trabalhadores podem se organizar para defender seus interesses.

Considera-se que esse modelo de estrutura sindical vai se expressar nas instâncias de controle social, a partir dos seguintes aspectos: tendência à participação nas instâncias de controle social dos representantes das organizações dos trabalhadores legalmente instituídas, burocratizando a participação, o que inclusive

[73] "A capacidade para levar a cabo uma luta em matéria de temas de saúde no trabalho implica transformações internas dentro do movimento operário."

vai dificultar a participação de representantes do movimento de trabalhadores informais e/ou não regulamentados por lei; 2) na falta de representatividade das organizações sindicais em virtude da ausência de vínculo dos mesmos com as suas bases, o que vai se expressar na invisibilidade do tema da ST na pauta do movimento sindical.

Essa estrutura sindical de Estado, conforme apontado no segundo capítulo desta tese, foi instituída na Era Vargas (1930-1945), enquanto mecanismo de cooptação e controle do movimento operário e da luta sindical, num contexto de acirramento da luta de classe. Entretanto, apesar do ciclo de lutas e a reorganização do sindicato, em final da década de 1970 e ao longo da década de 1980, com o surgimento do "novo sindicalismo" e a retomada das experiências das OLTs[74], que levou ao afastamento de dirigentes pelegos[75] de inúmeros sindicatos oficiais, que passaram a ser ocupadas por diretorias combativas no plano reivindicativo, especialmente vinculados à CUT, os pilares dessa estrutura sindical de Estado mantiveram-se inabalados.

Pina *et al*. (2020, p. 238) vão sintetizar os efeitos do atrelamento sindical ao Estado apontados por Boito Jr: a dispersão dos trabalhadores e a impossibilidade de eles virem a se constituir enquanto classe; a seleção de lideranças burguesas e governistas (pelegas); e a moderação da luta sindical dos trabalhadores. Tais efeitos podem ser ilustrados por meio do apontamento realizado pelo autor, acerca da

[74] Segundo Antunes e Nogueira (1982, p. 85-87), os primeiros indícios de comissão de fábrica no Brasil se deram no contexto do ressurgimento do movimento sindical e operário na conjuntura de "democratização" dos anos de 1945-1947, e que, de acordo com os autores, foram fundamentais para o avanço das lutas operárias naquele período, bem como para a sua sobrevivência nos anos posteriores. Nessas ações operárias, já se questionava a estrutura sindical consolidada durante o Estado Novo, que permitia a presença de elementos contrários aos interesses dos trabalhadores (burocratas e pelegos sindicais), bem como impedia a conquista de suas reivindicações. Tal fato permitiu, em período de relativa liberalização política, o surgimento de lideranças mais combativas nas direções sindicais, eleitas pelo voto dos operários, que significou o primeiro passo para a transformação da estrutura sindical atrelada ao Estado em instrumento de luta para os trabalhadores. Será no contexto de retomada da luta operária na década de 1970, que vai renascer as experiências da Comissão de Fábricas no Brasil, com vistas a buscar a sua autonomia, liberdade e independência frente ao Estado e as classes dominantes (ANTUNES; NOGUEIRA, 1982, p. 85-87).

[75] Conforme aponta Eberhardt (2021, p.41), o termo "pelego" é utilizado no meio sindical para designar os líderes sindicais que priorizam a colaboração com o Estado e a empresa em detrimento da organização dos trabalhadores. Simboliza o pedaço de couro e pêlo, geralmente da ovelha, utilizado por quem monta a cavalo junto a sela com vistas a amortecer o impacto da cavalgada. Neste aspecto, refere-se mais especificamente, um grupo sindical que mantinha estreitas ligações com as empresas e com a ditadura militar, sob a liderança de Cid Ferreira, e era mantido financeiramente por recursos oriundos do imposto sindical.

chamada “greve de adesão passiva”, que é organizada de fora para dentro da fábrica por meio dos piquetes organizados pelo sindicato oficial, portanto sem a participação ativa dos trabalhadores na organização execução. Ou seja, o sindicato oficial, investido por delegação do Estado, decreta a greve, o trabalhador adere à greve, mas não a organiza.

Essa estrutura sindical de Estado acaba por se tornar uma “camisa de força” ao restringir as lutas dos trabalhadores aos limites estreitos da ordem burguesa tornando o sindicato “integrado ao Estado e separado dos trabalhadores” (BOITO JR, 1991, p. 39).

Pina *et al*. (2020, p. 238) vão apontar que, além das questões apontadas por Boito Jr, é necessário considerar, também, a questão da fixação de datas-base para a negociação e estabelecimento de convenções ou acordos coletivos entre “empregados e empregadores”, que leva à limitação da espontaneidade da luta dos trabalhadores, ao definir legalmente os períodos de mobilização coletiva, principalmente em situações de agravamento das condições de trabalho e de vida; do mesmo modo, as datas-bases dos operários de um determinado ramo econômico ou categoria profissional não coincidem, de modo a impedir a unificação das lutas.

Os autores também apontam a questão da imposição do dissídio. São as ações ajuizadas no Tribunal Regional do Trabalho (TRT) ou no Tribunal Superior do Trabalho (TST), quando ocorre conflito irremediável entre capitalistas e trabalhadores, retirando a decisão desse âmbito e concedendo à Justiça do Trabalho o estabelecimento da legalidade da convenção coletiva. A recusa à aceitação do ato jurídico pelos trabalhadores e a eclosão da greve para pressionar os patrões e a própria justiça podem implicar na decretação da ilegalidade do movimento pelos Tribunais do Trabalho.

Segundo os autores, a questão do atrelamento sindical de Estado não entrou na agenda das pesquisas da área da ST, exceto na discussão do assistencialismo médico nos sindicatos e no fato de ser apontado como um “paradoxo” do “novo sindicalismo” por sua visibilidade social e política, embora com pouca inserção nos locais de trabalho com acomodação à estrutura sindical oficial. Entretanto, eles apontam que o tema apareceu no momento da construção dos pressupostos da ST expresso nos documentos preparatórios e nos debates da 1ª CNST, expressando a compreensão amplamente majoritária do grupo dirigente da Reforma Sanitária, cujo

posicionamento dirigiu-se à perspectiva da articulação da chamada “Unidade Sindical”, que englobava sindicalistas defensores da estrutura sindical oficial, que tinha a sua expressão na CGT, em sentido oposto à chamada “Oposição Sindical”, que aglutinava os trabalhadores e sindicalistas em torno da superação do atrelamento sindical, no qual estava inserida a CUT, que, ainda na década de 1980, caminhou progressivamente e se acomodou à estrutura sindical de Estado.

Contudo, a CUT premida entre as transformações no mundo do trabalho e o “sindicalismo de resultados”, que vinha ganhando espaço no movimento sindical através da Força Sindical, passou a defender o “sindicalismo propositivo”.[76]. Tal processo teve como consequências na OLT, a sujeição das antigas Comissões de Fábrica à direção dos sindicatos, por meio da constituição dos chamados Comitês Sindicais de Empresa (CSE). Tratam-se de estruturas organizacionais dos sindicatos nas empresas voltadas para a colaboração da organização dos locais de trabalho com as empresas, tendo como referência a experiência de cogestão praticada nas montadoras da Alemanha e Espanha.

De acordo com Pina *et al.* (2020, p. 243-244), a centralização sindical da representação nos locais de trabalho significou o aprofundamento da “cogestão das empresas”, forma aparentemente consensual de interesses entre capital e trabalho, expressa pela busca do sindicato em preservar benefícios nos contratos de trabalho e se comprometer com a melhoria da eficiência produtiva das empresas. Com isso, a prática sindical acabou por abrir a porta para a prevalência do negociado sobre a lei, que foi incorporada pela contrarreforma trabalhista de 2017, que teve o sentido geral de enfraquecer o poder de negociação coletiva dos trabalhadores, de modo a: a) transformar a empresa ou local de trabalho em lócus da negociação; 2) estimular o acordo individual; c) estabelecer a primazia do negociado sobre a lei; d) pôr fim à ultratividade dos acordos e convenções coletivas; suas cláusulas não permanecem mais incorporadas aos contratos coletivos e individuais dos trabalhadores; e) possibilitar a representação dos trabalhadores por local de trabalho sem participação sindical; f) impulsionar a terceirização, o trabalho temporário, o trabalho em tempo parcial e o trabalho intermitente, levando a tendência à fragmentação dos trabalhadores e da sua base sindical, bem como o isolamento individual, rompendo

[76] Essa discussão será melhor abordada no item “As mudanças no mundo do trabalho e seus impactos sobre o movimento operário brasileiro”.

assim com os laços de pertencimento de classe; e g) encaminhar o fim da obrigatoriedade da contribuição sindical. (PINA *et al*., 2020, p. 244).

Enfim, a contrarreforma trabalhista provocou a diminuição do poder de negociação coletiva dos trabalhadores organizados, sem, contudo, alterar os fundamentos da estrutura sindical de Estado, como é o caso da unicidade sindical e da organização por categoria profissional. A unicidade não garante a unidade sindical nem impede o desmembramento sindical, tanto pela divisão de base territorial, quanto pela fragmentação por especificidade profissional com a criação de novas categorias. Segundo os autores, tal tendência de fragmentação dos trabalhadores na base sindical foi acentuada nas duas últimas décadas, por meio, por um lado, pela expansão da terceirização que estimulou a fragmentação da base sindical ao favorecer a criação "artificial" de categorias (supostamente) por especificidade profissional; por outro, por meio do fomento à competição na cúpula pela contribuição sindical e a ampliação da corrida para a formação de novos sindicatos por categorias, criados artificialmente, possibilitado pela lei de reconhecimento das centrais sindicais (Lei 11648 de 2008, regulamentada através da Portaria MTE nº194 de 2008). Com isso, esta lei acabou por fortalecer a estrutura sindical de Estado.

Por meio do preceito do negociado sobre o legislado, esta contrarreforma trabalhista esvazia as prerrogativas dos sindicatos no que se refere à solução dos conflitos e na definição de regras que regem, e com isso afirma a individualização dos contratos e cria uma falsa ideia de igualdade na relação entre capital X trabalho. Além disso, inverte a hierarquia normativa da proteção do trabalho, pois o acordo individual entre capitalista e trabalhador prevalece sobre o acordo coletivo entre empresa e sindicato, este acordo predomina sobre a convenção coletiva entre sindicato de trabalhadores e sindicato patronal no âmbito de toda categoria profissional, e a convenção sobre a lei.

Outro aspecto da contrarreforma trabalhista apresentada pelos autores refere-se ao fim da obrigatoriedade da contribuição sindical, que consideram que poderia ser uma oportunidade para os sindicatos, que, ao terem de buscar formas de financiamento próprias, poderiam se aproximar dos trabalhadores nos locais de trabalho. Entretanto, apontam que predomina por parte do sindicalismo o empenho, por um lado, no questionamento jurídico ao fim da contribuição sindical obrigatória através de Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI) no Supremo Tribunal Federal

(STF); e, por outro lado, em negociar com as empresas (nas convenções e acordos coletivos) e com o Estado outras formas de financiamento que venham a compensar a perda da contribuição sindical. Sendo assim, tais iniciativas acabam por deslocar o foco da mobilização por local de trabalho, reforçando a ideologia legalista e contribuindo para a reprodução do modelo sindical afastado das bases.

3.5 As mudanças no mundo do trabalho e seus impactos na luta operária brasileira

Em finais da década de 1960 do século XX, o capitalismo inicia um processo de esgotamento do seu padrão de acumulação baseado na produção e no consumo de massas, identificado como crise do fordismo/keynesianismo, que vai se expressar principalmente pela queda na taxa de lucro, variações na produtividade e desemprego, adentrando numa onda longa com tonalidade de estagnação, segundo a concepção de Mandel (1982). Conforme Mészáros (2011), tal crise do capital vem se configurando cada vez mais como uma crise estrutural de continuum depressivo, visto seu caráter endêmico, cumulativo, crônico e permanente, com a perspectiva de se tornar cada vez mais profunda e acentuada. Além de ser também uma crise civilizatória, que põe em risco a vida da espécie humana, visto seu caráter destrutivo e predatório do controle sobre as forças da natureza; vive-se uma crise de hegemonia ou do Estado em todas as esferas. Trata-se de uma crise estrutural geral das instituições capitalistas de controle social, uma crise de dominação.

A reação burguesa à crise global do capital vai se dar por meio de três processos imbricados e interdependentes: a reestruturação produtiva, que tem como característica central a geração de desemprego crônico e estrutural; a mundialização da economia, que vai implicar numa redivisão social e internacional do trabalho e uma relação centro/periferia diferenciados do período anterior, articulado ao processo de financeirização; e os ajustes neoliberais com um novo perfil das políticas econômicas e industriais desenvolvidas pelos Estados nacionais, e um novo padrão de relação Estado / sociedade civil com fortes implicações para o desenvolvimento de políticas

públicas, para a democracia e para o ambiente moral e intelectual, caracterizado pelo consumismo, hedonismo e autismo (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 124).

Segundo Chesnais (1996, p. 32), a mundialização do capital deve ser compreendida enquanto uma fase específica do processo de internacionalização e valorização do capital, abarcando um conjunto de regiões do mundo onde há recursos e mercado, tornando mais evidente o caráter excludente e destrutivo da lógica do capital. Segundo o autor há uma relação estreita entre mundialização do capital e o "efeito depressivo profundo".

Nesta nova configuração do capitalismo mundial, apesar de a riqueza ser criada no processo produtivo, é a esfera financeira quem comanda a repartição e a destinação social dessa riqueza. Ainda segundo Chesnais (1996, p. 15-16), a "dinâmica" da esfera financeira alimenta-se por meio de dois mecanismos: os primeiros referem-se à "inflação do valor de ativos", ou seja, através do "capital fictício"; e os outros baseiam-se nas transferências efetivas de riqueza para a esfera financeira, cujo mecanismo mais importante é o serviço de dívida pública e as políticas monetárias a estes associados.

Neste contexto de ascensão do capital financeiro, houve o ressurgimento de formas agressivas e brutais pela busca do aumento da produtividade do capital em nível macroeconômico, com início na produtividade do trabalho. Tal aumento baseia-se por meio da combinação de modalidades clássicas de apropriação de mais valia, tanto absoluta quanto relativa.

Assim, a década de 1980 é marcada por um salto tecnológico no universo fabril, com a introdução da automação, da robótica e da microeletrônica, fazendo com que o modelo fordista/keynesiano seja substituído ou combinado ao modelo toyotista ou acumulação flexível – originário do Japão – como novo modo alternativo de produção do capital. Tal processo exigiu novas formas de estruturação do mercado financeiro, comercial, o que vem acarretando o aprofundamento das desigualdades regionais e entre os diversos setores da economia, além de uma diminuição entre as noções de espaço e tempo.

O toyotismo ou acumulação flexível – marcado por uma flexibilização do processo produtivo, dos produtos e dos padrões de consumo – vem acompanhado de uma flexibilização dos direitos trabalhistas e dos contratos de trabalho, objetivando

uma maior subordinação dos trabalhadores às demandas das empresas, através do aumento do trabalho em tempo parcial e do trabalho precário.

Nesse contexto, segundo Antunes (2015, p. 61-62), observa-se no universo do mundo do trabalho uma processualidade contraditória que, por um lado, reduz o operariado industrial e fabril, ou seja, uma diminuição da classe operária industrial tradicional; por outro, um aumento do subproletariado, do trabalho precário e do assalariamento no setor de serviços. Ocorre a incorporação do trabalho feminino e a exclusão dos mais jovens e dos mais velhos. Além disso, como resultado mais brutal dessas transformações, segundo o autor, ocorre a expansão, sem precedentes na era moderna, do desemprego estrutural. Isto vem acarretando um processo de maior heterogeneização, fragmentação e complexificação da classe trabalhadora.

Além disso, constata-se uma tendência no mundo do trabalho em que, de um lado, há um efetivo processo de intelectualização do trabalho manual, com a superqualificação dos trabalhadores em vários ramos produtivos; e, de outro, em sentido radicalmente inverso, uma desqualificação e mesmo subproletarização intensificadas. Nesta periferia da força de trabalho, Antunes (2015, p. 74) coloca a existência de dois subgrupos. O primeiro é composto de empregados em tempo integral cujas habilidades encontram-se facilmente disponíveis no mercado de trabalho e que se caracteriza por uma alta rotatividade de trabalho. O segundo grupo situado na periferia oferece uma flexibilidade numérica ainda maior, em que se incluem os empregados em tempo parcial, empregados casuais, os trabalhadores temporários, subcontratados, que possuem menos segurança no emprego do que o primeiro grupo periférico, sendo esse grupo o que mais tem crescido nos últimos anos.

Segundo Antunes (2018, p. 76), se no século XX presenciamos a vigência da era da degradação do trabalho, no século XXI adentramos na era da precarização estrutural do trabalho, em que a informalização do trabalho vem se constituindo como traço constitutivo da acumulação do capital, de acordo com a modalidade de flexibilização liofilizada, conforme denomina o autor, enquanto modalidade de organização e controle do processo de trabalho.

Nesta nova morfologia do trabalho, encontram-se no topo da pirâmide social do mundo do trabalho os trabalhos ultraqualificados que atuam no âmbito informacional e cognitivo; na base, ampliam-se a informalidade, precarização e o desemprego, todos estruturais; e, no meio, o trabalho qualificado que pode

desaparecer ou erodir, em virtude das alterações temporais e espaciais que impactam as plantas produtivas ou de serviços em todas as partes do mundo (ANTUNES, 2018, p. 77).

É neste contexto que os capitais globais vêm exigindo o desmonte da legislação social protetora do trabalho, ampliando o desmonte dos direitos sociais arduamente conquistados pela classe trabalhadora.

A partir da década de 1990 com a entrada do neoliberalismo no Brasil, que trouxe uma intensificação da reestruturação produtiva, viu-se deslanchar a desregulamentação dos direitos do trabalho. Desde então, conforme aponta Giovani Alves (2017, p. 99), passamos a vivenciar uma “reforma” trabalhista permanente – diria uma contrarreforma, conforme Behring (2003) –, que tem por objetivo destruir o arcabouço da legislação trabalhista, no contexto da constituição de uma cultura política da crise, como estratégia de universalização da ordem burguesa no Brasil, que utiliza o impacto da crise sobre os trabalhadores como objeto de adesão e consentimento (MOTA, 1995, p. 64).

A partir da entrada de Michel Temer, após o golpe jurídico-parlamentar de 2016, que levou ao impeachment da Presidenta da República Dilma Rousseff, adentramos em um período de contrarrevolução preventiva, de cariz ultraneoliberal, conforme caracterização de Antunes (2018, p. 269), em que se presencia o aprofundamento de uma ofensiva contra os trabalhadores, com a demolição dos direitos trabalhistas, a partir da aprovação da lei da terceirização que permite a terceirização total e irrestrita, e a Lei 13467 (reforma trabalhista).

Conforme aponta Giovani Alves (2018, p.2), a Lei nº 13467, conhecida como Reforma Trabalhista de 2017, ao lado da Lei 13429/2017, conhecida como a Lei da Terceirização, criaram a base jurídica para a expansão da “nova informalidade” no mundo do trabalho do Brasil, garantindo, assim, o aprofundamento da superexploração da força de trabalho. Tais legislações abriram o caminho para o que Ricardo Antunes (2018, p. 168) denomina de Sociedade da Terceirização Total, configurando a era da precarização total do trabalho.

Segundo Antunes (2018, p. 142), a precarização do trabalho deve ser compreendida como um processo contraditório, visto que ela tanto desperta resistências por parte dos trabalhadores, como, tendencialmente, se apresenta como um processo contínuo cujos mecanismos de imposição se entrelaçam com as

necessidades permanentes de valorização do capital e a autorreprodução do sistema. Sendo assim, ela é, por um lado, um fenômeno intrínseco a sociabilidade capitalista; e, por outro, uma forma particular assumida pela exploração do trabalho no contexto de crise estrutural do capital, que, como se assiste, é a sua intensificação, configurando uma tendência à precarização total do trabalho em escala global.

Desse modo, segundo o autor, não existem limites para a precarização, mas somente formas diferenciadas de manifestação, capazes de articular em uma única cadeia produtiva, desde o trabalho terceirizado, quarteirizado, trabalho em casa dos próprios trabalhadores, até aquele intensificado ao limite, desenvolvidos nos ambientes das corporações mundiais. Assim, nesta nova fase do capitalismo, o domínio do trabalho é, mais do que nunca, domínio do tempo do trabalho.

Mas, como bem aponta Dias (1998, p. 50), a intenção do capitalismo não é apenas destruir o trabalhador coletivo, mas os seus coletivos. Para tanto, é necessário criar as condições para essa nova face da dominação capitalista, por meio da liquidação das antigas identidades de classe e as vigentes relações de trabalho.

Desse modo, não será afetada apenas a materialidade dos trabalhadores, ou seja, suas condições de trabalho, seus direitos sociais, sua remuneração e sua própria condição de trabalhador devido ao desemprego estrutural, mas, também, a sua esfera subjetiva, política, ideológica, dos valores e do ideário que pautam suas ações e práticas concretas (ANTUNES, 1998).

A constituição de um novo (e precário) mundo do trabalho, conforme coloca Alves (2000), contribuiu para a debilitação do movimento operário e para a crise do sindicalismo, caracterizado por um lado, pela aceleração do processo de dessindicalização; e, por outro, a adoção por parte dos sindicatos de uma ação predominantemente defensiva, de cariz neocorporativo. Ou seja, não foi somente o mundo do trabalho que se metamorfoseou, mas o movimento operário também.

Segundo aponta Antunes (1998), o chamado novo sindicalismo, que, como já sinalizado, protagonizou as lutas operárias em finais da década de 1970 – inclusive as relativas a ST –, foi gradativamente, ao longo das últimas décadas, transformando as suas práticas cotidianas de tendência confrontacionista[77] para uma programática

[77] Antunes (2018, p. 198) vai chamar atenção para o fato, que na fase movimentista, a CUT já trazia embutida a característica da busca pela negociação. Contudo, combinavam-se movimentação, confronto e prática negocial. Mas, gradativamente, a confrontação vai dar espaço para a prática negocial, que se tornará predominante a partir da década de 1990.

sindical predominantemente negocial, no qual o confronto cedeu espaço para parcerias, negociações e incentivo aos pactos sindicais. Isso vai se desdobrar, de acordo com o autor, numa prática sindical que, além de fetichizar a negociação, vai transformar os dirigentes sindicais em novos gestores, que vão encontrar na estrutura sindical mecanismos e espaços de realização, tal como operar com fundos de pensão, planos de pensão e de saúde, além de inúmeras vantagens intrínsecas ao aparato burocrático típico da estrutura sindical de Estado. Tais mudanças também vão modificar o destinatário do discurso sindical, cujo ideário vai se deslocar, paulatinamente, de um sindicalismo de classe para um sindicalismo cidadão.

Conforme sinaliza Dias (1998, p. 51), a maioria do movimento social organizado, em escala planetária, carente de referências classistas, tende, cada vez mais, a integrar-se passivamente à ordem, permanecendo prisioneiro de concepções econômico-corporativas, reduzindo sua intervenção nas lutas sociais, privilegiando o campo corporativo de modo a articular a defesa no pleno do emprego, melhores salários etc. Assim, do ponto de vista do campo da política, sob a ótica do capital, tomado como o único horizonte possível, a ideia dominante, a ideia "moderna" passa a ser a negociação a qualquer preço. Com o movimento sindical brasileiro não seria diferente!

De acordo com Antunes (2018, p. 198), será na virada dos anos de 1980 para 1990, ou seja, na passagem do III Congresso da CUT – CONCUT (1988) para o IV CONCUT (1991) que o sindicalismo cutista passa a privilegiar a conduta propositiva e seu corolário, a negociação, que passou a ser o foco da orientação política da central.

Essa "nova" praxis sindical[78] (ANTUNES, 1998, p. 199) parte da premissa de que o sindicalismo não deve apenas ter uma conduta de rejeição às iniciativas dos patrões e governos, mas procurar, diante dos dilemas enfrentados pelos trabalhadores, construir alternativas "propositivas" consideradas mais viáveis e realistas, passando a executar um sindicalismo moderado, resultado, ao mesmo tempo, das diretrizes político-ideológicas da tendência hegemônica no seu interior, a

[78] Antunes (2018, p. 199) aponta que Iram Jácome Rodrigues vai colocar que a III CONCUT representou o fim da fase heroica da construção da CUT e tudo o que ela representava para parte da militância cutista. A tese do "fim da fase heróica", fundamenta-se na concepção, de que nos primeiros momentos de criação, em virtude da necessidade de adquirir maior legitimidade junto às bases, haveria maior disposição para o desenvolvimento de lutas e estratégias sindicais mais radicalizadas, ofensivas ou confrontacionistas, informadas de modo mais acentuado no ethos socialista.

Articulação Sindical[79]; e em sintonia com o cenário de refluxo da atividade sindical durante esse período, tanto em nível internacional quanto no Brasil.

Assim, houve uma mudança no perfil da ação e das atividades sindicais no interior da CUT, no qual as práticas de maior confrontação e mais combativas passaram a dar lugar a um padrão sindical mais pragmático e negocial.

Conforme Antunes (2018, p. 201), na década de 1990 o sindicalismo da CUT, mais propenso à negociação, pautado pela existência de centrais sindicais diferenciadas e dificultado pelo advento da Força Sindical[80], criada em 1991 e que passou a disputar fortemente os espaços políticos e sindicais próprios de um sindicalismo mais negocial, a levou, sob hegemonia da Articulação Sindical, a responder avançando na alternativa mais contratualista e propositiva, oferecendo-se como alternativa sindical factível face ao neoliberalismo.

Diante deste quadro de desmonte dos direitos trabalhistas no Brasil, como exigência do capital num contexto de profunda crise estrutural e de busca pela recomposição do seu processo de acumulação, e diante também da mutação do chamado novo sindicalismo, fundamental para a construção do campo da ST no Brasil, torna-se fundamental refletir sobre os desafios que se colocam para o campo da Saúde do Trabalhador e, mais especificamente para o controle social.

A Saúde do Trabalhador é um campo da Saúde Pública, que tem por objetivo o estudo e a intervenção da relação entre o processo de trabalho e a saúde. Dentre os seus determinantes, estão compreendidos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de riscos ocupacionais e os decorrentes da organização laboral, presentes nos processos de trabalho que contemplam as relações saúde e doença em toda a sua complexidade.

---

[79] Segundo Antunes (1995, p. 32-33), a Articulação Sindical é o que aglutina o bloco majoritário na CUT, que dá maior ênfase à luta econômica, à luta mais imediata, que diz respeito a algo decisivo da vida cotidiana dos trabalhadores, o que lhe permite uma maior proximidade com as massas, visto o universo da sua ação estar voltada para aquilo que move cotidianamente a massa dos trabalhadores: a sua sobrevivência.

[80] Segundo Antunes (1995, p. 38), a Força Sindical, com seu sindicalismo de resultado, origina-se da confluência de duas atuações sindicais que vivenciaram trajetórias distintas diferentes – Luiz Antônio de Medeiros e Antônio Rogério Magri –, que, na segunda metade da década de 1980, abraçaram o mesmo projeto, permitindo a formação, no Brasil, de uma nova direita no movimento sindical, distinta do velho peleguismo e perfeitamente inserida na onda neoliberal que penetrou também no movimento sindical no país.

Conforme aponta Lourenço (2016, p. 28), a ST só pode se constituir através de um conjunto de medidas que limitem a ânsia do capital por mais trabalho, o que se dá por meio da proteção e regulação do trabalho e a garantia da proteção social, o que só pode ser garantido através da luta de classes, ou seja, somente a força coletiva dos trabalhadores e das trabalhadoras pode propulsionar os movimentos necessários para o reconhecimento dos danos à saúde, para a luta pela preservação da vida e da saúde e pelas mudanças sociais de cariz emancipatório.

Contudo, segundo a autora, dois limites estão postos para a configuração da ST no capitalismo contemporâneo: a precarização do trabalho, marcada principalmente pela terceirização e a informalidade, e as novas formas de organizar e gerir o trabalho, marcada pela priorização do universo psicológico e moral, engajado com as metas das empresas, que se compõe enquanto um conjunto de estratégias que reestruturam as empresas e flexibilizam a legislação trabalhista, a partir da crise do capital da década de 1970.

Nesse estudo, considera-se que, em tal contexto de contrarreforma trabalhista, em que há uma nova morfologia do trabalho, com uma precarização do trabalho com profundos impactos para a saúde da classe trabalhadora, o SUS possui um caráter estratégico na medida em que busca o acesso universal da população, com a participação e controle dos trabalhadores, independente do vínculo que eles possuam no mercado de trabalho. Mas, por outro lado, colocam-se diversos desafios para a ST enquanto um campo da Saúde Pública.

Neste sentido, Lourenço (2016, p. 39) aponta dois limites da política de saúde brasileira na atualidade: o aumento da demanda em virtude do processo de reestruturação do capital e a degradação e expropriação da saúde e da vida; e da própria estrutura da política de saúde, especialmente o ataque que vem sofrendo pelos ideários neoliberais contra o patrimônio público-universal, ditados pelo Banco Mundial, que busca transformar o bem público em mercadoria obtida via mercado.

Por outro lado, tais transformações no mundo do trabalho acompanhadas dos retrocessos nas políticas de proteção social tornam fundamental o fortalecimento das bases de apoio social ao SUS e da ST em conexão com a nova morfologia do trabalho, em que emergem ações coletivas à margem das representações tradicionais dos trabalhadores. Ou seja, é necessário estar atento às instâncias inovadoras e democráticas dos próprios trabalhadores de base, e não às formas instituídas de

representação por categoria, sob o risco de as instâncias de controle social ficarem cada vez mais fragilizadas e perderem sua capacidade de intervenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar o controle social na Saúde do Trabalhador (ST), de modo a refletir sobre os limites e desafios da participação dos trabalhadores nas suas ações, torna-se necessário rompermos com os desvios reformistas e a ideia de um Estado protetor. Portanto, entender os limites da construção de instâncias de controle social por dentro de um Estado capitalista requer a compreensão de que a democracia burguesa possui um caráter tático e não finalístico.

A democracia no capitalismo, como bem aponta Netto (1990), somente se generaliza e universaliza, enquanto não transborda para um ordenamento político que requeira uma organização societária baseada numa igualdade social real, uma igualdade dos meios de produção. Assim, o capitalismo impõe um limite absoluto à democracia, que não deve ser venerada nem fetichizada. Não se trata aqui da negação da democracia enquanto ferramenta de luta, mas questiona-se o fato de, nos últimos anos, ela ter ganho centralidade na agenda da luta política das classes subalternas, sendo, portanto, abandonada a perspectiva de superação da ordem capitalista. A democracia, sendo limitada e limitadora sob o capitalismo, cumpre somente o papel de abrir as possibilidades para que as classes subalternas possam se organizarem politicamente e combaterem a hegemonia cultural e ideológica da burguesia. A democracia burguesa não cria as condições para os trabalhadores lutarem pela construção de uma sociedade sem privilégios e sem discriminações. A democracia popular deve ser consolidada e permanentemente ampliada. Desse modo, a luta das classes subalternas deve ter como horizonte a emancipação humana.

Aqui neste estudo, considera-se que a democracia possui relação orgânica com a hegemonia, o que implica na construção de um sujeito revolucionário com vistas à progressiva construção de um novo projeto societário.

Desse modo, as instâncias de controle social são concebidas enquanto espaços contraditórios e arenas de disputas por hegemonia, cujos limites estão postos pela sua atuação dentro do Estado burguês. Portanto, tais mecanismos não devem ser nem supervalorizados nem subvalorizados, mas serem visualizados como uma das múltiplas arenas em que se trava a disputa hegemônica no país. Assim,

considera-se que a luta política deve se dar por dentro e por fora do Estado, sendo esta última ainda mais significativa.

Portanto, partindo de uma perspectiva gramsciana da relação entre Estado e sociedade civil, o controle social é concebido dentro da articulação dialética entre o Estado, que abrange a sociedade civil marcada pela luta de classes, e que deverá ter como perspectiva a defesa dos interesses das classes subalternas e de construção de resistências às tendências do uso do fundo público com o objetivo de financiar a reprodução do capital. Isso requer a superação de interesses corporativos por dentro desses espaços e a construção de uma agenda de lutas que retome a agenda do movimento sanitário dos anos de 1980 que originou a elaboração do Projeto de Reforma Sanitária(PRS), que é a negação da saúde enquanto mercadoria e fonte de lucro; e de resgate da concepção de determinação social do processo saúde-doença, fugindo das armadilhas da concepção dos determinantes sociais da saúde (DSS)[81], que tratam os problemas sociais como fragmentos da realidade social que adquirem autonomia, de clara influência estrutural funcionalista, escondendo que a saúde é um processo social, cuja determinação essencial encontra-se no processo de acumulação capitalista e que, portanto, a sua solução requer a dissolução dessa ordem social.

Assim, a efetivação do controle social das classes subalternas está para além da ocupação dos espaços institucionais, sendo necessária a articulação das diversas forças políticas que as representam, de modo a superar o corporativismo e a fragmentação das lutas, na perspectiva de construção de um projeto de sociedade, que tenha como horizonte a superação da sociabilidade capitalista.

Nessa perspectiva, a partir dos anos 2000, vêm se construindo experiências de fóruns de articulação e de luta, enquanto estratégias para o enfrentamento do desmonte dos direitos no âmbito da saúde, com vistas à defesa da saúde pública e estatal enquanto direito universal, visando à organização de resistência e a retomada do protagonismo da classe trabalhadora. São exemplos nessa direção a criação dos

[81] Para um aprofundamento sobre a discussão dos determinantes sociais de saúde, sugerem-se as seguintes leituras: SOUZA, Diego de Oliveira; SILVA, Sóstenes Ericson Vicente da; SILVA, Neuzianne de Oliveira. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da "questão social". *Saúde e Sociedade*, São Paulo, USP, v. 22, n. 1, 2013. p. 44-56.; GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate.*, Rio de Janeiro: CEBES, v. 41, n. 112, jan./mar. 2017. p. 63-76.

Fóruns de Saúde[82] e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde[83]; bem como, o Fórum Intersindical: Saúde, Trabalho e Direito[84], que surge com o objetivo de articular a academia, o movimento sindical e os serviços de saúde na formação para a ação em ST, especialmente no campo da VISAT. Tais espaços podem pressionar as instâncias institucionais de controle social e fortalecer a luta pela saúde, entendida como melhores condições de vida e trabalho. Entretanto, considera-se que tais fóruns precisam estar articulados sob o risco de se reproduzir o histórico divórcio entre o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) e o Movimento Sindical de ST, o que contribuiu para o caráter periférico e marginal do campo no contexto do SUS. (LACAZ *et al*., 2019; TEIXEIRA; MENDONÇA, 1989).

De modo a analisar os limites e desafios do controle social na ST na realidade atual, torna-se necessário considerar aspectos relativos à especificidade da formação sócio-histórica e cultural brasileira, enquanto país da periferia do capitalismo – conforme tratado no segundo capítulo deste estudo –, com impactos na relação entre o Estado e sociedade.

Nesse sentido, as instâncias de controle social vêm enfrentando dificuldades decorrentes da cultura política sob a qual se fundou o Estado brasileiro, marcado pela cultura senhorial, pelo patrimonialismo, clientelismo, pela tutela e o favor, o que vem impedindo que tais instâncias, de fato, consigam interferir nos rumos da política de saúde e de saúde do trabalhador (ST).

Não à toa, tais instâncias de controle social possuem baixa capacidade deliberativa, visto a recusa dos gestores em partilhar o poder de decisão da política de saúde, nela incluída a ST. Tal resistência se expressa por meio de diversos

---

[82] De modo a aprofundar sobre o histórico dos Fóruns de Saúde, sugere-se a leitura de MENEZES, Juliana Souza Bravo de. *As lutas por saúde no Brasil*: o Projeto de Reforma Sanitária em face das contrarreformas. 2016. 246 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

[83] A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde foi criada em 2010, sendo composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários e retoma como fonte unificadora de lutas a mesma motivação que deu sustentação às lutas travadas pelo Movimento de Reforma Sanitária, na década de 1980, que é o processo de privatização da saúde.

[84] Para aprofundar o histórico do Fórum Intersindical: Saúde, Trabalho e Direito, sugere-se a leitura de SANTOS, Ana Paula Menezes Bragança dos. *A implementação de uma comunidade de pares:* o Fórum Intersindical de Formação em Saúde-Trabalho-Direito para a Ação em Saúde do Trabalhador. 2017. 92 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, 2017.

mecanismos que buscam o esvaziamento desses espaços, como: a neutralização deles, a descaracterização do seu papel, a depreciação das suas reuniões, a falta de transparência nas informações, entre outros. Além disso, há a cooptação de conselheiros, que, ao se sentirem próximos das instâncias de poder, passam a estabelecer uma relação de troca de favores, da utilização de tráfico de influência para a aquisição de benefícios e privilégios.

No sentido do esvaziamento do caráter deliberativo das instâncias de controle social, considera-se a criação das Comissões Intergestores[85] (CIB, CIT, CIR), como parte desse processo. É, na realidade, nessas instâncias intergestores em que de fato são tomadas as decisões, que chegam às instâncias de controle social apenas para serem homologadas. Aqui, cabe ressaltar a experiência do CEREST – Polo Duque de Caxias (RJ), que, na tentativa de garantir a participação dos trabalhadores na definição das ações de ST na região, conseguiu a inserção do controle social no GT de ST da CIR da Metro I, composta pela Região da Baixada Fluminense e o município do Rio de Janeiro.

Além disso, é importante ressaltar o modo como se estrutura a organização sindical no país, marcada pela estrutura sindical de Estado ou atrelamento sindical ao Estado, enquanto empecilho para a construção de um movimento sindical independente, autônomo e com liberdade, que seja capaz de atender às reais necessidades dos trabalhadores. Tal modelo terá impactos no que se refere à representatividade dos trabalhadores nas instâncias de controle social do SUS e da ST, visto que, em virtude da unicidade sindical, muitas categorias profissionais ficam sem representação nas instâncias municipais de controle social, em virtude de muitos sindicatos não terem base territorial nos municípios, além de propiciar a fragmentação dos trabalhadores, dificultando uma organização e luta unitária dos trabalhadores; e tendência das instâncias de controle social do SUS a reconhecer somente as organizações dos trabalhadores legalmente constituídos, o que acaba por dificultar a participação da organização de trabalhadores não regulamentados e/ou legalmente instituídas.

[85] As Comissões Intergestores foram criadas a partir da NOB 01/96, em novembro de 1996. Esta NOB representou a estratégia para implementar na saúde a contrarreforma do Estado. Temos a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e as Comissões Intergestores Regionais (CIR).

Por outro lado, as instâncias de controle social passam a ser instituídas a partir da década de 1990, momento em que se opera um quadro de mudanças no mundo do trabalho, com impacto na saúde dos trabalhadores e na luta da classe operária, especialmente do movimento sindical, enquanto uma exigência do capital num contexto de profunda crise estrutural e de busca pela recomposição do seu processo de acumulação no contexto das teses neoliberais, e seu impacto na relação Estado e sociedade. Desse modo, tais instâncias vêm se constituindo na contramão do processo histórico-conjuntural, avessa à ampliação do sistema de proteção social e à responsabilização do Estado pela sua condução.

A ST vivencia um momento de viabilização das conquistas obtidas no plano jurídico-institucional que abrangem direitos garantidos na legislação, mas que, na prática, ainda encontram dificuldades de sua efetivação, tendo em vista que esbarram no contexto da política neoliberal de desmonte do serviço público, bem como com uma conjuntura de retração do movimento organizado dos trabalhadores. Sendo assim, na sua operacionalização, vem enfrentando alguns desafios, no que se refere ao seu reconhecimento enquanto ação do sistema público de saúde, o que se evidencia na ausência de ações neste campo e na falta de compromisso das diversas instâncias para a sua efetivação.

Tais dificuldades, conjunturais e operacionais, vivenciadas pelo campo da ST têm impactado na experiência da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT), que ainda não conseguiu institucionalizar-se enquanto instância democrática, além de se constatar um viés contraditório na noção de controle social com a reprodução no SUS da perspectiva do tripartismo, ao introduzir a participação das organizações dos empregadores na sua estrutura, distanciando-se da perspectiva teórico-conceitual e metodológica que deu origem ao campo.

Sendo assim, considera-se fecunda a discussão tratada por Souza (2016), ao discutir a relação entre a “questão da saúde dos trabalhadores” e o “campo da saúde do trabalhador”. O autor vai apontar que, a partir do momento em que os trabalhadores enfrentam a “questão”, é constituído um novo padrão de investigação e intervenção sobre esta, no qual os próprios trabalhadores são os protagonistas do processo. Entretanto, com o surgimento do “campo”, em resposta à “questão”, surge como uma proposta contra-hegemônica à Medicina do Trabalho (MT) e à Saúde

Ocupacional (SO), mas, ainda assim, dentro do sociometabolismo do capital, o que passa impor uma série de limitações à apreensão científica integral da “questão”, bem como às intervenções forjadas no âmbito político institucional, em especial por meio das políticas sociais. Portanto, o autor vai concluir que a ST trata-se de uma proposta que somente é passível de se concretizar mediante a ruptura científica, política, enfim, uma ruptura em geral, com as arenas que o “campo” frequenta, no seu processo de legitimação. Só dessa forma os que compõem o “campo”, bem como os que estão fora dele, mas que se acham envolvidos com a “questão”, poderão enfrentá-la na sua “essência”, contribuindo para o enfrentamento do capital.

Berlinguer (1988, p. 6), ao analisar a Reforma Sanitária italiana, já apontava para as incongruências de uma reforma baseada em princípios socialistas e as possibilidades do capitalismo assimilá-la. Sendo assim, vai apontar que os empecilhos à Reforma Sanitária,

> [...] derivam, sobretudo, das incongruências entre uma reforma baseada em princípios socialistas, mesmo que expressos em formas contraditórias, e uma sociedade que mantém as características essenciais do capitalismo, em muitos casos acentuando-lhe os defeitos.

Mesmo considerando os limites e desafios do controle social e da participação dos trabalhadores no contexto do Estado capitalista, tendo em vista os processos de flexibilização do trabalho e de contrarreformas do Estado brasileiro, que têm levado a um processo de regressão dos direitos sociais da classe trabalhadora, torna-se necessário que os mecanismos de democracia burguesa sejam ampliados e radicalizados, na perspectiva da construção da hegemonia das classes subalternas. Assim, concorda-se com Dias, de que a

> legalidade, apesar do ocultamento do seu caráter classista pode e deve, na sua contraditoriedade, ser um espaço de luta, no qual se constroem, ou podem ser construídas as identidades de classe, os projetos de hegemonia. A democracia, mesmo a mais limitada, interessa mais aos trabalhadores do que a ditadura mais esclarecida do capital (1999, p. 75-76).

Nessa direção, com vistas ao fortalecimento do controle social e visando contribuir para o protagonismo dos trabalhadores na luta pela sua saúde, apresentam-se algumas propostas: romper o insulamento dos serviços de ST, de modo que atendam aos interesses da classe trabalhadora, trazendo para dentro do SUS os paradigmas da ST, ocupando os espaços do controle social, por dentro e por fora das instâncias formais; que o “campo da saúde do trabalhador” se aproprie

da “questão da saúde dos trabalhadores” como referencial de atuação, visualizando a ST para além de um campo de estudo/intervenção, mas enquanto uma questão de luta de classes; a realização de trabalho de base junto à classe trabalhadora, visando à construção de uma consciência sanitária e a sua mobilização e organização, levando-se em consideração a nova morfologia do trabalho; a reaproximação com o movimento sindical; combater o modelo tripartite de participação nas instâncias de controle social na ST, resgatando os referenciais de participação construídos ao longo da trajetória da ST no Brasil; fomentar e fortalecer os conselhos gestores nos CERESTs; fomentar e fortalecer as CISTTs junto aos conselhos de saúde; fortalecer os diversos fóruns de articulação e de luta pela saúde e de ST e que eles possam construir uma pauta coletiva conjunta de ações e luta; estimular a realização de estudos e pesquisas que atendam aos reais interesses e demandas da classe trabalhadora, garantindo a divulgação dos resultados obtidos; construir mecanismos efetivos de comunicação das diversas instâncias formais de controle social, inclusive as de ST, com vistas a garantir a transparência nas informações e ações deles e propiciar maior visibilidade social; capacitação continuada para conselheiros e membros das CISTTs, que congregue dimensões política e técnica, com base numa perspectiva crítica e propositiva, com vistas a instrumentalizá-los e politizá-los, resgatando os fundamentos do campo da ST; formar para ação de VISAT, serviços de saúde e controle social, tendo como base a Portaria 3.120/98; construir estratégias de aproximação com novas formas de representação social (associações de trabalhadores autônomos, associação de vítimas de doenças do trabalho, movimento dos atingidos por barragens trabalhadores rurais, MST, associação de pescadores, feirantes etc.), que compõem categorias tradicionalmente sem acesso aos serviços de saúde, inclusive a RENAST; aproximação com movimentos de gênero, raça, pessoas com deficiência, movimentos ambientais; fomentar espaços discussão com os trabalhadores - levando em consideração a nova morfologia da classe trabalhadora – sobre o determinante social do processo saúde-doença; construir metodologias participativas para a elaboração de diagnóstico e planejamento das ações.

Contudo, pensar em ações para o enfrentamento dos limites e desafios do controle social na ST, apontados ao longo deste estudo, passa pela ampliação da luta coletiva, pelo fortalecimento das lutas sociais e pela organização das classes

subalternas, na defesa da emancipação política, construindo estratégias de enfrentamento à barbárie social, ao desmonte dos direitos sociais e trabalhistas, que tem levado os trabalhadores a sofrerem o que Freire (2006, p.47) chama de mutilação social[86]. Portanto, a reversão desse quadro somente se dará por meio da luta de classes, com uma aliança entre trabalhadores estáveis e precarizados, de cariz emancipatório, em prol da luta pela preservação da vida e da sua saúde enquanto um direito humano.

[86] Para Freire (2006, 47), a mutilação social é caracterizada pela redução ou perda dos direitos sociais conquistados, além do que a autora denomina de atrofia sociopolítica, expressa no arrefecimento das lutas para o alcance da saúde como direito, e também, a autocensura em decorrência da permanente ameaça de desemprego e frente à maciça carga doutrinária dos programas “educativos” realizado pelas empresas. E, ainda, na reatualização do conservadorismo que tem tomado conta do movimento operário, identificado pela autora como construção e reforço do processo de alienação social no trabalho.

REFERÊNCIAS

ALONSO, ÁngelCárcoba (compilador). *La salud no se vende, ni se delega, se defende. El modelo obrero.* Madrid, Fundación Sindical de Estudios y Comisiones Obreras de Madrid, 2007.

ALVES, Giovanni. *O novo (e precário) mundo do trabalho*: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. São Paulo: Boitempo, 2000.

_____. *Dimensões da precarização do trabalho*: Ensaios de Sociologia do Trabalho. Bauru: Canal 6, 2013.

_____. O Minotauro Brasileiro. Reforma Trabalhista e Desenvolvimento Histórico do Capitalismo no Brasil. *Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região.* São Paulo: TRT-15ª Região, n. 51, 2017.

_____. A "nova informalidade" do mundo do trabalho – Aspectos da reforma trabalhista no Brasil. *Revista Eletrônica de Jornalismo Científico. Dossiê de Emprego e Profissões.* São Paulo, ComcienciaLabjor. UNICAMP/SBPC, nov. 2018.

ANDERSON, Perry. Balanço do Neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Orgs.). *Pós-neoliberalismo* – As Políticas Sociais e o Estado Democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p.9-23.

ANTUNES, Ricardo; NOGUEIRA, Arnaldo. *O que são Comissão de Fábrica.* 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1982.

_____. *A Rebeldia do Trabalho*: O confronto operário no ABC paulista: As greves de 1978-1980. São Paulo: Ensaio; Campinas, São Paulo: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1988.

_____. *O Novo Sindicalismo no Brasil*. 2. ed. ver e ampl. Campinas, São Paulo: Pontes, 1995.

_____. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. *Os Sentidos do Trabalho* - Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2000.

_____. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

_____ *O privilégio da servidão*: O novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018. (Mundo do Trabalho).

_____. *Capitalismo pandêmico*. São Paulo: Boitempo, 2022.

ARRETCHE, Marta. O mito da descentralização como indutor de maior Democratização e Eficiência das Políticas Públicas. In: GERSCHMAN, Silvia; VIANNA, Maria Lucia Werneck (Orgs.). *A Miragem da Pós-modernidade. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização.* Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1997. p. 127-152.

ARRETCHE, Marta. *Estado Federativo e Políticas Sociais: Determinantes da Descentralização.* Rio de Janeiro: Revan; São Paulo, FAPESP, 2000.

BARROS, Elizabeth. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: BRASIL. *Incentivo à participação popular e o controle social no SUS.* Brasília: Ministério da Saúde, 1998. p. 29-37.

BATALHA, Cláudio. *O movimento operário na Primeira República.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

BEHRING, Elaine Rossetti. *Brasil em Contrarreforma* – desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo, Cortez, 2003.

_____; BOSCHETTI, Ivanete. *Política Social*: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. *Emancipação, revolução permanente e política social*. Rio de Janeiro: CEOI/UERJ, 2006.

BENSAÏD, Daniel. Lênin, O Estado e a Revolução. *Blog da Boitempo*, 25 mar. 2919. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br>. Acesso em 25/03/2019.

BERLINGUER, Giovanni. *A saúde nas Fábricas*. São Paulo: Cebes; Hucitec, 1983.
_____. *Medicina e Política.* 3. ed. Tradução de Pe. Bruno Giuliani. São Paulo: Hucitec, 1987.

_____. Uma reforma para a saúde. In: BERLINGUER, Giovanni; FLEURY-TEIXEIRA, Sonia Maria; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Reforma sanitária*: Itália e Brasil. Tradução de Tânia Pellegrini. São Paulo: Hucitec/CEBES, 1988. p.1-97.

BOITO JR, Armando. *O sindicalismo de Estado no Brasil*: uma análise crítica da estrutura sindical. Campina-SP: Editora da UNICAMP; São Paulo: Hucitec, 1991.

BORÓN, Atílio. A sociedade civil depois do dilúvio neoliberal. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (organizadores). *Pós-neoliberalismo* – As políticas sociais e o estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p. 63-118.

BRASIL. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília – DF: Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, 1986.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, Brasília-DF: Senado, 1988.

_____. *Lei nª 8080*, de 19 de setembro de 1990. Brasília-DF, 1990.

_____. *Lei Nº 8142*, de 28 de dezembro de 1990. Brasília, 1990.

BRASIL. *Resolução nº 011*, de 31 de outubro de 1991. Brasilia, Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde, 1991.

_____. *Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília-DF: Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde, 1994.

_____. *Portaria nº 3.908/GM*, de 30 de outubro de 1998. Aprova a norma operacional de saúde do trabalhador, na forma do anexo a esta portaria, que tem por objetivo definir as atribuições e responsabilidades para orientar e instrumentalizar as ações de saúde do trabalhador urbano e do rural, consideradas as diferenças entre homens e mulheres, a ser desenvolvidas pelas secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. *Portaria nº 3.120*, de 01 de julho de 1998. Instrução normativa sobre ações de vigilância em saúde do trabalhador no SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2 de julho de 1998, Seção 1, p. 36, 1998. Acesso em: 12 jun. 2013.

_____. *Portaria nº 1.679*, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). *Caderno de Legislação em Saúde do Trabalhador*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. *Portaria n. 2.437/2005*. Dispõe sobre a ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. *Portaria nº 2.728*, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 11 nov. 2009.

_____. *Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2011.

_____. *1ºInventário de Saúde do Trabalhador,2008-2009:* acompanhamento da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2010-2011 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Federal da Bahia. Brasília: Ministério da Saúde, maio 2011.

_____. *Decreto nº 7.602/2011*, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 08 de novembro de 2011.

_____. *Resolução nº 453*, de maio de 2012. Brasília: Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde, 2012.

_____. *Portaria nº 1.823*, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, nº 165, Seção I, p. 46-51, 24 de agosto de 2012.

_____. *Resolução nº 493*, de 07 de novembro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde, 2013.

BRASIL. *Relatório Final da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde, 2014.

_____. *2º Inventário de Saúde do Trabalhador, 2010-2011:* acompanhamento da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2010-2011 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Federal da Bahia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. *Relatório da RENAST 2016*: Implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – Avaliação das ações desenvolvidas no período de janeiro de 2015 a março de 2016. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2016.

_____. *Conheça a CISTT:* Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília - DF: Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde, 2017.

_____. *Lei nº 13.467*, de 13 de Julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) *Diário Oficial da União*, 14 jul. 2017..

_____. *Resolução nº 588,* de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRAVERMAN, Harry. *Trabalho e capital monopolista* – A degradação do trabalho no século xx. 3. ed. Tradução de Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: LTC, 2015.

BRAVO, Maria Inês Souza. *Serviço Social e Reforma Sanitária*: Lutas sociais e práticas profissionais. Rio de Janeiro: Cortez; Editora UFRJ, 1996.

_____. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. P. (Orgs.). *Política Social e Democracia*. Rio de Janeiro: Cortez – UERJ, 2001. p.43-65.

_____; MATOS, Maurílio Castro de. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal". In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. P. (Orgs) *Política social e democracia*. Rio de Janeiro, Cortez – UERJ, 2001. p.197-215.

_____; SOUZA, Rodriane de Oliveira. Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional. *Revista Ser Social*. Brasília: Universidade de Brasília, n. 10, jan./jun. 2002. p. 57-92.

_____; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria de; GAMA, Andréa de Sousa; MONNERAT, Giselle Lavinas (Orgs.). *Saúde e Serviço Social.* Rio de Janeiro: Cortez/UERJ, 2004. p.25-47.

_____. A política de Saúde no Governo Lula: algumas reflexões. *Revista INSCRITA*. Brasília: CFESS, n. 9, 2004. p.35-39.

_____. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, n. 88, 2006. p. 75-100.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo. (Orgs.). *Saúde na atualidade*: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ/Rede Sirius, ADUFRJ – Seção Sindical, 2011.

_____; CORREIA, Maria Valéria Costa Correia. Desafios do controle social na atualidade. *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, n. 109, jan./mar. 2012. p. 126-150.

BRAVO, Maria Inês Souza. *Saúde e Serviço Social no capitalismo* – Fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez Editora, 2013.

_____; PELAEZ, Elaine Junguer; LIMA, Marcela Natacha dos Santos Caxias de Lima; SOUZA, Rodriane de Oliveira. Avanço das contrarreformas na saúde na atualidade: o SUS totalmente submetido ao mercado. In: SALVADOR, Evilásio; BEHRING, Elaine; LIMA, Rita de Lourdes de. *Crise do Capital e Fundo Público*: implicações para o trabalho e os direitos e as políticas sociais. São Paulo: Cortez, 2019. p. 141-164.

_____.; _____. MENEZES, Juliana Souza Bravo. A Saúde nos Governos Temer e Bolsonaro. *Revista Ser Social*. Brasilia: CFESS, v. 22, n. 46, jan./jun. 2020. p.191-209.

_____; MENEZES, Juliana Souza Bravo. Política de Saúde na atualidade: novos contornos da contrarreforma. In: VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; CORRÊA FILHO, Heleno Rodrigues; GARRIDO, Paulo Henrique Scrivano; PONTE, Carlos Fidélis da; SILVA, Carlos dos Santos. *Saúde do trabalhador em tempos de desconstrução:* caminhos de luta e resistência. Rio de Janeiro: Cebes, 2021. p. 97-99.

_____;_____. Participação Social e o Direito à Saúde. In: VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; CORRÊA FILHO, Heleno Rodrigues; GARRIDO, Paulo Henrique Scrivano; PONTE, Carlos Fidélis da; SILVA, Carlos dos Santos. *Saúde do trabalhador em tempos de desconstrução:* caminhos de luta e resistência. Rio de Janeiro: Cebes, 2021. p. 75-77.

_____; _____. Saúde em tempos de pandemia da COVID-19 e as lutas da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. In: CABRAL, Maria do Socorre Reis; ASSIS, Isabelle Martins de; SOUZA, Geovana de Alcântara Cheloni. *Crise Capitalista, Pandemia e Movimentos Sociais.* São Paulo: Núcleo de Qualidade de Vida e Saúde do Curso de Serviço Social da PUC-SP, 2021. p. 61-79.

CARLI, Ranieri. *O Método em Marx:* A verdade e a essência da matéria. Campinas: Papel Social, 2019.

CASTELO, Rodrigo; RIBEIRO, Vinicius; ROCAMORA, Guilherme de. Capitalismo dependente e as origens da "questão social" no Rio de Janeiro. *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, n. 137, 2020. p.15-34.

CASTILHO, Daniela Ribeiro; LEMOS, Esther Luiza de Souza. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. *Revista Katalasys*. Florianópolis, v. 24, n. 2, maio/ago. 2021. p. 269-279.

CAPISTRANO, David. Apresentação. In: ODDONE,Ivar et al. *Ambiente de trabalho*: a luta dos trabalhadores pela saúde*.* 2. ed. ver,. e ampl. São Paulo: Hucitec, 2020. p.21-23.

CARVALHO, Antônio Ivo. *Conselhos de Saúde no Brasil* – Participação Cidadã e Controle Social. RJ: IBAM/FASE, 1995.

CARVALHO, Antônio Ivo. Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, Sonia (organizadora). *Saúde e Democracia:* A luta do CEBES*.* São Paulo:Lemos Editorial, 1997.p.93-112.

CHESNAIS, François. *A mundialização do capital*. São Paulo: Xamã, 1996.

CORRÊA FILHO, Heleno Rodrigues; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; SILVA, Carlos dos Santos. Introdução: Saúde do Trabalhador em tempos de desconstrução: caminhos de luta e resistência. In: VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; CORRÊA FILHO, Heleno Rodrigues; GARRIDO, Paulo Henrique Scrivano; PONTE, Carlos Fidélis da; SILVA, Carlos dos Santos. *Saúde do trabalhador em tempos de desconstrução:* caminhos de luta e resistência. Rio de Janeiro: Cebes, 2021. p. 8-10.

CORRÊA, Maria Juliana Moura; PINHEIRO, Tarcísio Márcio Magalhães; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. (Orgs.). *Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde:* Teorias e Práticas. Belo Horizonte: COOPMED, 2013.

CORREIA, Daniele; SILVA, Eduardo Bonfim da. O controle social e a participação social como expressão da luta de classes. In: VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; CORRÊA FILHO, Heleno Rodrigues; GARRIDO, Paulo Henrique Scrivano; PONTE, Carlos Fidélis da; SILVA, Carlos dos Santos. *Saúde do trabalhador em tempos de desconstrução:* caminhos de luta e resistência. Rio de Janeiro: Cebes, 2021. p. 92-95.

CORREIA, Maria Valéria Costa. *Que controle social?* Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

_____. A Relação Estado/Sociedade e o controle social: fundamentos para o debate. *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo, São Paulo: Cortez, ano XXV, n. 77, mar. 2004, p. 119-144.

_____. *Desafios para o controle social:* subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

_____. *O trabalho do assistente social nas instâncias públicas.* São Paulo: Cortez, 2012.

COSTA, Danilo; LACAZ, Francisco Antônio de Castro; JACKSON-FILHO, José Marçal; VILELA, Rodolfo Andrade Gouveia. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.* São Paulo: Fundacentro, v. 38, n. 127, 2013. p.11-21.

COUTINHO, Carlos Nelson. Gramsci e os Conselhos de Fábrica. In: GRAMSCI, Antonio/BORDIGA, Amadeo. *Conselhos de fábrica*. Tradução de Marina Borges Svevo. São Paulo: brasiliense, 1981. p. 7-21.

_____ *Gramsci*: um estudo sobre seu pensamento político. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

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

COUTINHO, Carlos Nelson. Notas sobre cidadania e modernidade. *Revista Praia Vermelha* – Estudos de Política e Teoria Social. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, v 1, n. 1, 1997.p. 145-165.

_____. *Contra a corrente* – Ensaios sobre democracia e socialismo. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. O Estado brasileiro: gênese, crise, alternativas. In: LIMA, J.C.F; NEVES, L.M.W (org). *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 173-200.

_____. *Estruturalismo e miséria da razão*. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

_____. A época neoliberal. *Novos Rumos.* Marília, v. 49, n., 1, jan./jun. 2012. p.117-126.

DANTAS, André Vianna. *Do Socialismo à Democracia*: tática e estratégia na Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

DEL ROIO, Marcos. Apresentação. In: LENIN, Vladimir Ilitch. *O Estado e a Revolução* – A doutrina do marxismo sobre o Estado e as Tarefas do Proletariado na Revolução. São Paulo, Boitempo, 2017. p. 13-20.

_____. *Os prismas de Gramsci:* a fórmula política da frente única (1919-1926). São Paulo: Boitempo, 2019.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL 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.

_____. *Caderno de Textos:* Formação de Atores Multiplicadores para Atuação do Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. São Paulo: DIESAT, 2021.

_____. *Quando eu soltar a minha voz:* Formação de Atores Multiplicadores para Atuação do Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. São Paulo: DIESAT, 2022.

DIAS, Edmundo Fernandes. Sobre a leitura dos textos de gramscianos: usos e abusos. *Ideias* - Revista do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas: UNICAMP, ano 1, n. 1, jan./jun. 1994. p. 111-138.

_____. Sobre a leitura dos textos Gramscianos. In: DIAS, Edmundo Fernandes et all. *O outro Gramsci.* São Paulo: Xamã, 1996. p.105-122.

_____. Reestruturação Produtiva: forma atual da luta de classes. *Revista Outubro*. ed. 1, 1998. p.45-52.

_____ *A liberdade (im)possível na ordem do capital* – Reestruturação Produtiva e Passivização. 2. ed. rev. .e ampl. Campinas-SP: IFCH/UNICAMP, Textos Didáticos, n. 29, set. 1999.

DIAS, Elizabeth Costa; HOEFEL, Maria da Graça. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, out. /dez. 2005. p.817-828.

_____; SILVA, Jandira Maciel. A Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta da constituição da RENAST. In: *3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador* (Coletânea de Textos). Brasília – DF, CNS/MS/TEM/MPAS, jun. 2005. p. 62-67.

_____; SILVA-JÚNIOR, João Silvestre; BAETA, Karla Freire; BANDINI, Marcia. Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho - obrigação legal de base técnica se transforma em imbróglio político-social: reflexões sobre possíveis saídas. *Revista Saúde em Debate*, v. 45, n. 129, abr./jun. 2021.p. 435-440.

DURIGUETTO, Maria Lúcia. *Sociedade Civil e Democracia* – Um debate necessário. São Paulo: Cortez, 2007.

EBERHARDT, Leonardo Dresch. O protagonismo operário na construção de conhecimentos e a luta pela saúde. In: PINA, José Augusto; JACKSON FILHO, José Marçal; SOUZA, Kátia Reis de; TAKASHASHI, Mara Alice Batista Conti; SILVEIRA, Lucas Bronzatto. (Org). *Saber Operário, construção do conhecimento e a luta dos trabalhadores pela saúde.* São Paulo: Hucitec, 2021.p.39-61.

ENGELS, Friedrich. *A origem da família, da propriedade privada e do Estado.* Tradução de Ruth M. Klaus. São Paulo: Centauro, 2002.

_____. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra.* Tradução de B. A Schumann: supervisão, apresentação e notas José Paulo Netto. Ed. rev. São Paulo: Boitempo, 2010.

ESCOREL, Sarah; BLOCH, R. A. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). *Saúde e Democracia*: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.p.83-120.

EVANGELISTA, João. *Crise do marxismo e irracionalismo pós-moderno.* São Paulo: Cortez, 1992.

FALEIROS, Vicente de Paula; SILVA, Jacinta de Fátima Senna da; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; SILVEIRA, Rosa Maria Godoy. *A Construção do SUS*: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FAUSTO, Boris. *Trabalho Urbano e Conflito Social*: 1890-1920. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

FERNANDES, Florestan. *A revolução burguesa no Brasil*: ensaio de interpretação sociológica. 5. ed. São Paulo: Globo, 2006.

FIORI, José Luís. *Os moedeiros falsos.* Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

FLEURY, Afonso; VARGAS, Nilton. Aspectos conceituais. In: FLEURY, Afonso Carlos Correia Fleury; VARGAS, Nilton (Orgs.). *Organização do Trabalho:* Uma abordagem interdisciplinar. Sete estudos sobre a realidade brasileira. São Paulo: Atlas, 1983. p. 17-48;

FLEURY, Sonia. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, Sonia (Org.). *Saúde e Democracia: a luta do CEBES.* São Paulo: Lemos Editorial, 1997.p.25-44.

_____; BAHIA, Ligia; AMARANTE, Paulo (Orgs.). *Fundamentos da Reforma Sanitária.* Rio de Janeiro: Cebes, 2008.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da Medicina Social. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FONTES, Virgínia. Apontamentos para pensar as formas atuais de exclusão. *Proposta*. Rio de Janeiro: FASE, n. 65, jun. 1995. p. 29-33.

_____. *O Brasil e o capital-imperialismo* – Teoria e história. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2010. p. 214-254.

FREIRE, Lúcia Maria de Barros. *O Serviço Social na reestruturação produtiva*. Espaços, programas e trabalho profissional. 2. ed. São Paulo, Cortez, 2006.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate.* Rio de Janeiro, CEBES, v. 41, n. 112, jan./mar. 2017. p. 63-76.

GAZE, Rosângela; LEÃO, Luis Henrique da Costa; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Os movimentos de luta dos trabalhadores pela saúde. In: VASCONCELLOS, Luiz Carlos; OLIVEIRA, Maria Helena Barros. *Saúde, Trabalho e Direito*: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011.p.257-356.

GRAMSCI, Antônio. *Democracia Operária* – partido, sindicatos e conselhos. Tradução A. Gil. Coimbra: Centelha, 1976.

_____. *Escritos Políticos*. Tradução de Manuel Simões. Lisboa: Seara Nova, Volume II, 1977.

GRAMSCI, Antônio /BORDIGA, Amadeo. *Conselhos de Fábrica*. Tradução de Marina Borges Svevo. São Paulo: Brasiliense, 1981.

_____. *Concepção Dialética da História.* 7. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1987.

_____. *Cadernos do Cárcere* - Os intelectuais. O princípio educativo.Jornalismo. 2. ed. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, volume 2, 2001.

_____. *Cadernos do Cárcere* – Maquiavel: Notas sobre o Estado e a Política. Edição e tradução de Carlos Nelson Coutinho; coedição de Luiz Sergio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, Volume 3, 2014.

_____. *Cadernos do Cárcere* – Introdução ao estudo da filosofia: A filosofia de Benedetto Croce. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, volume 1, 2017.

HARDIMAN, Foot; LEONARDI, Victor. *História da Indústria e do Trabalho no Brasil* (das origens aos anos 20). 2. ed. rev. pelos autores. São Paulo: Ática, 1991.

HARVEY, David. *Condição Pós-Moderna*. 9. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2000.

HOBSBAWM, Eric J. *A era das revoluções* – Europa 1789- 1848. 21. ed. Tradução de Maria Tereza Lopes Teixeira e Marcos Penchel. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007. p. 49-89; 279-301.

HOEFEL, Maria da Graça. Participação Social em Saúde do Trabalhador: Avanços, desafios e perspectivas contemporâneas. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva.* Brasília: UNB, 2011. p.119-138.

_____; SEVERO, Denise Osório. Participação em Saúde do Trabalhador: Entre o instituído e o Instituinte. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Documento Orientador da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora*. Brasília – DF, CNS/MS, 2014.p.11-28.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil:* Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 9. ed. São Paulo: Cortez; Lima, Peru: CELATS, 1993.

_____. A Questão Social no Capitalismo*. Revista Temporalis*. Brasília: ABEPESS, Grafline, Ano 2, nº 3, jan/jul. 2001. p.9-32.

_____*. O Serviço Social na cena contemporânea*. In: *Serviço Social*: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p.15-50.

IANNI, Octávio. *A Ideia do Brasil Moderno.* São Paulo: Brasiliense, 1992.

IANNI, Octávio. *A ditadura do grande capital.* São Paulo: Expressão Popular, 2019.

IASI, Mauro. *Política, Estado e ideologia na trama conjuntural*. São Paulo: ICP – Instituto Caio Prado Jr, 2017.

KOSÍK, Karel. *Dialética do Concreto.* 4. ed. Tradução de Célia Neves e Alderico Toríbio. Rio de Janeiro:Paz e Terra, 1976.

KRAUSZ, Tamás. *Reconstruindo Lênin* – Uma biografia intelectual. São Paulo: Boitempo, 2017.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Reforma Sanitária e Saúde do Trabalhador. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, n. 3, 1994. p. 41-59.

_____*. Saúde do Trabalhador*: Um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. 1996. 456 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1996.

_____. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. *Cadernos Saúde Pública***.** Rio de Janeiro: ENSP -FIOCRUZ, n. 13, 1997. p. 7-19.

_____. Saúde do Trabalhador: vinte anos de história e trajetória in: CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE. *3ª* Conferência Nacional de

Saúde do Trabalhador (Coletânea de Textos). Brasília – DF: CNS/MS/TEM/MPAS, jun. 2005. p. 56-57.

_____. *Saúde do Trabalhador no Brasil*: vinte anos de história. 2005 (mineo).

_____. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, 2007. p. 757-766.

_____. A Vigilância em Saúde do Trabalhador como elemento constitutivo da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS): aspectos históricos e conceituais. In: CORRÊA, Maria Juliana Moura; PINHEIRO, Tarcisio Márcio Magalhães; MERLO, Álvaro Roberto Crespo (Orgs.). *Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde:* Teorias e práticas. Belo Horizonte: COOPMED, 2013. p.35-60.

_____; REIS, Adhemar Arthur Chioro dos; LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; GOULART, Patricia Martins; TRAPÉ, Carla Andrea. Movimento da Reforma Sanitária e Movimento Sindical da Saúde do Trabalhador: um desencontro indesejado. *Saúde em Debate.* Rio de Janeiro:Cebes, v. 43, n. esp. 8, dez. 2019. p. 120-132.

LAURELL, Asa Cristina. La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*. Mexico, 2, 1982, p. 7-25.

_____. Ciencia y experiencia obrera: la lucha por la salud em Italia. *Cuadernos Políticos.* México, DF: Editorial Era, n. 41, jul./dec. 1984. p. 63-83.

LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, Mariano. *Processo de saúde e produção e saúde*: trabalho e Desgaste Operário. São Paulo: Hucitec, 1987.

_____; Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: LAURELL, Asa Cristina (Org.). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo.* São Paulo:Cortez, 1997. p. 151-178.

LENIN, Vladimir Ilitch. *Imperialismo* – Fase superior do capitalismo. Tradução de Leila Prado. São Paulo:Centauro Editora, 2008.

_____. *O Estado e a Revolução* – A doutrina do marxismo sobre o Estado e as tarefas do proletariado na revolução. São Paulo: Boitempo, 2017.

LEONETTI, Alfonso. Introdução. In: GRAMSCI, Antonio/BORDIGA, Amadeo. *Conselhos de Fábrica*. Tradução de Marina Borges Svevo. São Paulo: Brasiliense, 1981. p.23-32.

LESBAUPIN**,** Ivo (Org). *O desmonte da nação* – Balanço do Governo FHC. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

LESBAUPIN, Ivo. *O Rei está ficando nu!* Rio de Janeiro: ESS/UFRJ, maio 2001 (mimeo).

_____*; MINEIRO, Adhemar. O desmonte da nação em dados*. Petrópolis. RJ: Vozes, 2002.

LESSA, Sérgio. *O Mundo dos Homens*: Trabalho e Ser Social. São Paulo: Instituto Lukács, 2012.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Capitalismo Contemporâneo. In: LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza (Org.)**.** *Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e Serviço Social***:** Estudos da relação trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo. Campinas: Editora Papel Social, 2016. p.27-48.

LUKÁCS, Georg. *Socialismo e democratização* – Escritos políticos 1956-1971. Organização, introdução e tradução de Carlos Nelson Coutinho e José Paulo Netto. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2008.

_____. *Para uma ontologia do Ser Social II*. São Paulo: Boitempo, volume 2, 2013.

_____. *Para uma ontologia do Ser Social*. Maceió: Coletivo Veredas, volume 14, 2018.

MACCACARO, Giulio. Clase y salud. In: BASAGLIA, F; GIOVANNINI, E; MINIATI, S.; PINTOR, L.; PIRELLA, A*. et al*. *La salud de los trabajadores*: aportes para una política de salud. México: Editorial Nueva Imagen, 1980. p.73-90.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane Lopes. *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Vigilância em Saúde do Trabalhador: conceitos e pressupostos. In: CORRÊA, Maria Juliana Moura; PINHEIRO, Tarcisio Márcio Magalhães; MERLO, Álvaro Roberto Crespo (Orgs.). *Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde:* Teorias e Práticas. Belo Horizonte: COOPMED, 2013.p. 23-34.

MANDEL, Ernest. *O capitalismo tardio*. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MAENO, Maria; CARMO, José Carlos do. *Saúde do Trabalhador no SUS.* São Paulo: Hucitec, 2005.

MARINI, Ruy Mauro. Dialética da Dependência. In: TRASPADINI, Roberta; STEDILE, João Pedro. (Orgs). *Ruy Mauro Marini*: Vida e obra. São Paulo: Expressão Popular, 2005.p. 325-356.

MATTA, Jairo de; CORDEIRO, Milena; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Legislação Previdenciária e seus significados: reparação irreparável da saúde perdida. In: VASCONCELLOS, Luiz

Carlos; OLIVEIRA, Maria Helena Barros. Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011.p. 165-200.

MATTOS, Marcelo Badaró. *O sindicalismo brasileiro após 1930*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

MARX, Karl. *O Capital* – Crítica da Economia Política. Livro I: O Processo de Produção do Capital. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

_____. *Sobre a questão judaica.* São Paulo: Boitempo, 2010.

_____. Produção, Consumo, Distribuição. Troca (Circulação). In: *Grundrisse.* Manuscritos econômicos de 1857-1858. Esboços da Crítica da Economia Política. São Paulo/ Rio de Janeiro: Boitempo; Ed. UFRJ, 2011.p.39-64.

MENDES René; DIAS Elizabeth Costa. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 25, n. 5, 1991. p. 341-349.

MENEZES, Juliana Souza Bravo de. *As lutas por saúde no Brasil*: o Projeto de Reforma Sanitária em face das contrarreformas. 2016. 246 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

_____. Os Governos do Partido dos Trabalhadores e as políticas sociais: “Nada de novo no front”. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo (Orgs.). *A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização*. Rio de Janeiro: UERJ; Rede Sirius, 2014. p.7-19.

MÉSZÁROS, István. *Para além do capital.* São Paulo: Boitempo/UNICAMP, 2002.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. *Cadernos Saúde Pública.* Rio de Janeiro, n. 13, suplemento 2, 1997. p.21-32.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência e Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, 2005. p.797-807.

_____; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel (Orgs.). *Controle social na Saúde do Trabalhador.* Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2009.

_____. Campo da Saúde do Trabalhador: Trajetória, Configuração e Transformações. In: MINAYO GOMEZ, Carlos; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane Lopes (Organizadores). *Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. p. 23-34.

_____; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de

Saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 23, n. 6, 2018. p. 1963- 1970.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Pesquisa Social*: Teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

MIRANDA, Ary C. Considerações sobre a organização do trabalho no Taylorismo/Fordismo. In: *Reflexões acerca da situação e dos problemas referentes à crise socioambiental e seus reflexos à saúde humana:* uma contribuição a partir do materialismo histórico e dialético. 2012. 262 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde Pública e Meio Ambiente– Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012. p.12-22.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. *Estado, classe e movimento social.* São Paulo: Cortez, 2010.

MOTA, Ana Elizabete. *Cultura da crise e seguridade social*: Um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995.

NETTO, José Paulo. *Democracia e transição socialista*: escritos de teoria e política. Belo Horizonte: Oficina de Livros, 1990.

_____ . *Capitalismo Monopolista e Serviço Social.* São Paulo: Cortez, 1992.

_____. *Ditadura e Serviço Social:* Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1994.

_____. *Crise do socialismo e ofensiva neoliberal.* São Paulo, Cortez, 1995. (Coleção Questões da Nossa Época).

_____. Transformações societárias e Serviço Social – Notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, Cortez, n. 50, abr. 1996.p.87-132.

_____. FHC e a Política Social: um desastre para as massas trabalhadoras. In: LESBAUPIN, Ivo (Org). *O desmonte da nação* – Balanço do Governo FHC. Rio de Janeiro, RJ: Vozes, 1999.

NETTO, José Paulo. Cinco Notas a propósito da "Questão Social". *Temporalis*. *Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social.* Brasilia: ABEPSS, Grafline, ano 2, n. 3, jan./jul. 2001.p. 41-49.

_____. A esquerda e as duas almas do governo Lula. *Jornal do Brasil,* 19 jan. 2003.

_____. Introdução ao método na teoria social. *Serviço Social:* Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília- DF: Conselho Federal de Serviço Social -

CFESS; Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS, 2009. p. 667-696.

NEVES, Lucia Maria Wanderley; PRONKO, Marcela. A atualidade das ideias de Nicos Poulantzas no entendimento das políticas sociais no século XXI. *Germinal*: Marxismo e Educação em Debate. Londrina, v. 1, n. 2, jun, 2010. p. 97-111
NOBRE, Leticia Coelho da Costa. A política do possível ou a política da utopia? *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.* São Paulo: Fundacentro, v. 38, n. 128, jul./dez, 2013.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. *Da política do possível às possibilidades da política:* Notas sobre a transição democrática no Brasil. São Paulo: Perspectivas, 1986/87.

ODDONE, Ivar et al. *Ambiente de trabalho*: a luta dos trabalhadores pela saúde. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Hucitec, 2020.

OLIVAR, Mônica Simone Pereira. *Trabalho e Saúde*: as condições dos trabalhadores do Hospital Municipal Souza Aguiar. 2006. 247f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

_____. Comissão de Saúde do trabalhador e a luta sindical. In: LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza (org). *Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e Serviço Social:* Estudos da Relação Trabalho e Saúde no Capitalismo Contemporâneo. Campinas, Editora Papel Social, 2016.p.321-336.

_____. *Saúde do Trabalhador e Serviço Social*: O traballho de assistentes sociais na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. 2016. 277 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

OLIVEIRA, Debora Lopes; MATOS, Maurilio Castro; SOUZA, Rodriane Oliveira. Desestruturação de direitos em tempos da pandemia de COVID-19 seus efeitos na política de saúde e para o trabalho no setor. In: MAURIEL, A. P. O.; KILDUFF, F.; SILVA, M.M. da; LIMA, R.S. (ORG). *Crise, ultraneoliberalismo e desestruturação de direitos*. Uberlândia:Navegando publicações, 2021.p. 181-204.

_____. A Reforma Sanitária no Brasil e a institucionalização da Saúde do Trabalhador no SUS: desafios atuais. *ANAIS DO XVII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social*. Rio de Janeiro: ABEPSS, 14 a 17 de dezembro de 2022.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araujo; TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. *(Im) Previdência Social*: 60 anos de história da Previdência no Brasil. 2, ed. Petrópolis, RJ: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

OLIVEIRA, Maria Helena B. de; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Política de Saúde do Trabalhador no Brasil: Muitas Questões Sem Respostas. *Cadernos de Saúde Pública.* Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, v. 8, n. 2, 1992. p.150-156.

OLIVEIRA, Paulo Antonio Barros de; Wünsch, Dolores Sanches; MENDES, Jussara Maria Rosa. 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. In: VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; CORRÊA FILHO, Heleno Rodrigues; GARRIDO, Paulo Henrique Scrivano; PONTE, Carlos Fidélis da; SILVA, Carlos dos Santos. *Saúde do trabalhador em tempos de desconstrução:* caminhos de luta e resistência. Rio de Janeiro: Cebes, 2021.p.158-161.

OSORIO, Jaime. *O Estado no centro da mundialização* – a sociedade civil e o tema do poder. São Paulo: Expressão Popular, 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY**,** Sonia (organizadora). *Saúde e Democracia: A luta do CEBES.* São Paulo: Lemos Editorial, 1997.p.11-24.

_____. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta 'Saúde para Todos'. *Série Estudos em Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, IMS/UERJ, n. 175, dez. 1998.

_____. *Reforma Sanitária Brasileira*: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

_____ *et al.* Políticas de Saúde do Governo Lula: Avaliação dos primeiros meses de gestão. *Saúde em Debate.* Rio de Janeiro, v. 29, n. 70, maio/ago. 2005. p. 109-124

PAIVA, Maria Julia de. *Influência do pensamento de Antonio Gramsci no modelo operário italiano de saúde do trabalhador*. 2012. 147f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio Janeiro, 2012.

PENA, Paulo G. L.; GOMES, Alessandra Rocha. A exploração do corpo no trabalho ao longo da história. In: VASCONCELLOS, Luiz Carlos; OLIVEIRA, Maria Helena Barros. Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro, Educam, 2011.p.85-124.

_____; DIAS, Elizabeth Costa. A institucionalidade fragmentada do campo da Saúde do Trabalhador. In: VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; CORRÊA FILHO, Heleno Rodrigues; GARRIDO, Paulo Henrique Scrivano; PONTE, Carlos Fidélis da; SILVA, Carlos dos Santos. *Saúde do trabalhador em tempos de desconstrução:* caminhos de luta e resistência. Rio de Janeiro: Cebes, 2021.p. 137-138.

PINA, José Augusto; EBERHARDT, Leonardo Deutsch; STOTZ, Eduardo Navarro; MASCTA, Bruno Souza Bechara; ESTEVES, Thais Vieira; MAGALHAES, Elaine Cristina Vieira. Movimento Operário na luta pela saúde no Brasil: O atrelamento sindical ao Estado em questão. In: ODDONE,Ivar et al. *Ambiente de trabalho*: a luta

dos trabalhadores pela saúde. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Hucitec, 2020.p.235-248.

_____; JACKSON FILHO, José Marçal; SOUZA, Katia Reis de; TAKAHASHI, Mara Alice Batista Conti; SILVEIRA, Lucas Bronzatto. Trabalhadores na construção do conhecimento e na luta pela saúde: uma introdução. In: PINA, José Augusto; JACKSON FILHO, José Marçal; SOUZA, Kátia Reis de; TAKASHASHI, Mara Alice Batista Conti; SILVEIRA, Lucas Bronzatto. (Org). *Saber Operário, construção do conhecimento e a luta dos trabalhadores pela saúde.* São Paulo: Hucitec, 2021.p.27-38.

PINHEIRO, Tarcísio Marcio Magalhães; DIAS, Elizabeth Costa; CORRÊA, Maria Juliana Moura; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. In: CORRÊA, Maria Juliana Moura; PINHEIRO, Tarcisio Márcio Magalhães; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. (Organizadores). *Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde:* Teorias e Práticas. Belo Horizonte: COOPMED, 2013.

PINTO, Geraldo Augusto. Origens da Expressão Organização do Trabalho. In: *A organização do trabalho no século 20* – Taylorismo, Fordismo e Toyotismo. São Paulo: Expressão Popular, 2007. p. 19-48.

PONTES, Reinaldo Nobre. *Mediação e Serviço Social*. 2. ed. rev. São Paulo: Cortez, 1997.

PORTO, Marcelo Firpo. Saúde do Trabalhador e Modelo de Desenvolvimento: aprofundando as origens e as contradições dos entraves. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.* São Paulo: Fundacentro, v. 38, n. 128, jul./dez. 2013. p.182-186.

POULANTZAS, Nicos. *O Estado, o poder e o socialismo*. Tradução de Rita Lima. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.

PRAUN, Luci. *Reestruturação Produtiva, saúde e degradação do trabalho.* Campinas: Papel Social, 2016.

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

RE, Alessandra; LACOMBLEZ. Prefácio. In: ODDONE,Ivar *et al. Ambiente de trabalho*: a luta dos trabalhadores pela saúde. 2. ed. rev. e ampl.São Paulo: Hucitec, 2020.p.15-20.

REIS, Kátia; SANTOS, Maria Blandina Marques dos; BARBOSA, Regina Helena Simões; SANTOS, Gideon Borges dos; MENDONÇA, André Luis de Oliveira. O Modelo Operário Italiano e Gramsci: A pedagogia da luta dos trabalhadores pela saúde. In: ODDONE, Ivar *et al*. *Ambiente de trabalho*: a luta dos trabalhadores pela saúde. 2. edição rev. e ampl. São Paulo: Hucitec, 2020.p.263-276.

RIBEIRO, Fatima Sueli Neto; ALVARENGA, José Amadeu Antunes; SILVA FILHO, Arnaldo Marcolino; NASCIMENTO, Ilquias Araújo Lopes do. Controle Social em Saúde do Trabalhador: Construção e Reconstrução da utopia. In: VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; CORRÊA FILHO, Heleno Rodrigues; GARRIDO, Paulo Henrique Scrivano; PONTE, Carlos Fidélis da; SILVA, Carlos dos Santos. *SAÚDE DO TRABALHADOR EM TEMPOS DE DESCONSTRUÇÃO:* caminhos de luta e resistência. Rio de Janeiro: Cebes, 2021.p.86-89.

RODRIGUES, Geisa de Assis. A Relação do Ministério Público com os Conselhos de Saúde in: BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de; ARAÚJO, Patrícia Simone Xavier de. (orgs). *Capacitação para Conselheiros de Saúde:* Textos de Apoio*.* Rio de Janeiro:UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.p.93-98.

RODRIGUEZ NETO, E. A via do parlamento. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e Democracia*: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.p.63-92.

SANTOS, Ana Paula Menezes Bragança dos. *A implementação de uma comunidade de pares:* o Fórum Intersindical de Formação em Saúde-Trabalho-Direito para a Ação em Saúde do Trabalhador. 2017. 92 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, 2017.

SANTOS, Cláudia Gouveia dos. *Gestão Democrática na Saúde:* Análise da Experiência dos Conselhos Gestores de Unidade no Município de Duque de Caxias – RJ. 2006. 212 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

_____. *O Controle Social na RENAST*: um estudo da experiência do Conselho Gestor do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Pólo Duque de Caxias – RJ. 2007. Monografia (Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

_____; OLIVEIRA, Debora Lopes de. Controle Democrático e Saúde do Trabalhador: A Experiência do Conselho Gestor do CEREST - Pólo Duque de Caxias – RJ. In: VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; CORRÊA FILHO, Heleno Rodrigues; GARRIDO, Paulo Henrique Scrivano; PONTE, Carlos Fidélis da; SILVA, Carlos dos Santos. *Saúde do trabalhador em tempos de desconstrução:* caminhos de luta e resistência. Rio de Janeiro: Cebes, 2021.p.90-92.

SANTOS, Ronald Ferreira dos. Controle Social no SUS: Mecanismos formais - Conselhos e Conferências, e outros mecanismos de controle social. In: VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; CORRÊA FILHO, Heleno Rodrigues; GARRIDO, Paulo Henrique Scrivano; PONTE, Carlos Fidélis da; SILVA, Carlos dos Santos. *Saúde do trabalhador em tempos de desconstrução:* caminhos de luta e resistência. Rio de Janeiro: Cebes, 2021.p. 77-80.

SEMERARO, Giovanni. *Gramsci e a Sociedade Civil*: Cultura e Educação para a democracia. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

SILVA, Eduardo Bonfim da; SOUZA, Geordeci; RIOS, Olga. Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. In: VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; CORRÊA FILHO, Heleno Rodrigues; GARRIDO, Paulo Henrique Scrivano; PONTE, Carlos Fidélis da; SILVA, Carlos dos Santos. *Saúde do trabalhador em tempos de desconstrução*: caminhos de luta e resistência. Rio de Janeiro: Cebes, 2021.p.82-86.

SILVA, Jandira Maciel da; NOBRE, Leticia Coelho da Costa; BAETTA, Karla Freire; CANCIO, Jandira Azevedo. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no âmbito do Sistema Único de Saúde: trilhas, caminhos, avanços e desafios. In: VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; CORRÊA FILHO, Heleno Rodrigues; GARRIDO, Paulo Henrique Scrivano; PONTE, Carlos Fidélis da; SILVA, Carlos dos Santos. *Saúde do trabalhador em tempos de desconstrução:* caminhos de luta e resistência. Rio de Janeiro: Cebes, 2021.p.144-146.

SILVA, Robson Roberto da. A dinamica da neoliberalizacao e os ataques a Seguridade Social no Brasil. In: MAURIEL, A. P. O.; KILDUFF, F.; SILVA, M. M. da; LIMA, R. S. (Orgs.). *Crise, ultraneoliberalismo e desestruturação de direitos*. Uberlândia: Navegando publicações, 2020.p.129-158.

SILVEIRA, Andréa Maria; RIBEIRO, Fátima Sueli Neto; LINO, Aparecida de Fátima Pianta Frederico. “O Controle Social no SUS e a RENAST”. *3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador* (Coletânea de Textos). Brasília – DF: CNS/MS/TEM/MPAS, jun. 2005.p. 106-110.

SOARES, Raquel Cavalcante. *Contrarreforma no SUS e o Serviço Social*. {Recurso Eletrônico} Recife: Editora UFPE, 2020.

_____; CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, n. 140, 2021. p. 118-133.

SOUZA, Diego de Oliveira; SILVA, Sóstenes Ericson Vicente da; SILVA, Neuzianne de Oliveira. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: USP, v. 22, n. 1, 2013. p. 44-56.

_____. *Saúde do (s) trabalhador (es)*: Análise ontológica da “questão” e do “campo”. 2016. 237 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

_____; MELO, Ana Inês Simões Cardoso de; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Saúde do (s) trabalhador (es): do “campo” a “questão” ou do sujeito sanitário ao sujeito revolucionário. *Saúde em Debate.* Rio de Janeiro: Cebes, v, 41, n. 113, abr./jun. 2017. p. 591-604.

STEIN, Rosa Helena. A descentralização como instrumento de ação política e suas controvérsias (revisão teórico-conceitual). *Revista Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, n. 54, 1997. p.75-96.

STOTZ, Eduardo Navarro. Trajetória, limites e desafios do controle social no SUS. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro: Cebes, v. 30, n. 73-74, maio/dez. 2006. p. 149-160.

_____; PINA, José Augusto. Experiência operária e ciência na luta pela saúde e a emancipação social. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.* São Paulo: Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho – FUNDACENTRO, v. 42, 2017. p. 1-11.

TAMBELLINI, Anamaria Testa; ALMEIDA, Mariza Gomes de; CAMARA, Volney de Magalhães. Registrando a História da Saúde do Trabalhador no Brasil: notas sobre sua emergência e constituição. *Em Paula* - Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: FSS-UERJ, 2013. p.21-37.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões Teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária in: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). *Reforma Sanitária em busca de uma teoria.* São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez Editora/ABRASCO. Coleção Pensamento Social e Saúde. 1989. p. 17-46.

_____; MENDONÇA, M. H. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil:Comparações. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org). *Reforma Sanitária em busca de uma teoria.* São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez Editora/ABRASCO. Coleção Pensamento Social e Saúde, 1989. p.193-232.

TOLEDO, Caio Navarro de. A modernidade democrática da esquerda: adeus à revolução? *Critica Marxista.* Campinas-SP: UNICAMP, n. 1, 1994. Disponível em <www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/numeros.php>. Acesso em: 31 jan. 2024.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel. *Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável*: apontamentos para uma política de Estado. 2007. 421 f. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

_____; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. *Direitos Humanos e Saúde no Trabalho* in MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ.Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Núcleo de Estudo em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman (NEDH). Saúde e Direitos Humanos. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, ano 4, n.4, 2008. p.113-134.

_____; ALMEIDA, Carmem Verônica Barbosa de; GUEDES, Dimitri Taurino. Vigilância em Saúde do Trabalhador: Passos para uma pedagogia. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, nov. 2009/fev. 2010. p.447-462.

_____. Saúde, Trabalho e Direito no SUS - Por uma agenda dos movimentos. In: BRAVO, Maria Inês Souza; D'ACRI, Vanda; MARTINS, Janaina Bilate. (Organizadores). *Movimentos Sociais, Saúde e Trabalho.* Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2010. p. 117-134.

_____; GAZE, Rosângela; LEÃO, Luis Henrique da Costa. A Organização Internacional do Trabalho: a saúde fora do lugar. In: VASCONCELLOS, Luiz Carlos; OLIVEIRA, Maria Helena Barros. *Saúde, Trabalho e Direito*: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011.p. 201-256.

_____: RIBEIRO, Fatima Sueli Neto. A construção e a institucionalização da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde. In: VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de (Orgs.). Saúde, Trabalho e Direito: Uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: EDUCAM, 2011.p.423-452.

_____. A imperfeição da regra trabalhista referente à saúde: da Revolução Industrial à Consolidação das Leis do Trabalho. In: VASCONCELLOS, Luiz Carlos; OLIVEIRA, Maria Helena Barros. Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011.p.125-164.

_____; LEÃO, Luís Henrique da Costa. Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (RENAST): uma rede que não enreda. In: VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de (Orgs). *Saúde, Trabalho e Direito*: Uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: EDUCAM, 2011.p.453-490.

_____. Duas políticas, duas vigilâncias, duas caras. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.* São Paulo: Fundacentro, v. 38, n. 128, jul./dez. 2013.p.179-182.

_____; ALMEIDA, Carmem Verônica Barbosa de; GUEDES, Dimitri Taurino. Vigilância em Saúde do Trabalhador: Passos para uma pedagogia. In: CORRÊA, Maria Juliana Moura; PINHEIRO, Tarcisio Márcio Magalhães; MERLO, Álvaro Roberto Crespo (Orgs.). *Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde:* Teorias e Práticas. Belo Horizonte: COOPMED, 2013.p.79-98.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel; BONFATTI, Renato José. O contexto brasileiro e o modelo operário italiano. In ODDONE,Ivar *et al*. *Ambiente de trabalho*: a luta dos trabalhadores pela saúde. 2. ed. rev. e ampl São Paulo: Hucitec, 2020.p.249-262.

_____(Org.). *A História de uma luta:* Boletim Informativo do Fórum Saúde, Trabalho e Direito [Livro Eletrônico]. São Paulo: Assertativa Editorial, 2021. Disponível em: <www.multiplicadoresdevisat.com>.

VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. *Filosofia da Práxis.* Tradução de Maria Encarnación Moya. 2. ed. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – Clacso: São Paulo: Expressão Popular, 2011.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil* – Estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: IUPERJ – UCAM/Editora Revan, 2000.

_____. Participação em saúde: do que estamos falando? *Sociologias*. Porto Alegre, ano 11, n. 21, jan./jun. 2009.p. 218-251.

VOGEL, Laurent. La actualidaddel modelo obrero italiano para la lucha a favor de la salud em el trabajo: *Laboreal*. Porto, Universidade do Porto, v. 12, n. 2, 2016.

WOOD, Elen Meiksins. *Democracia contra o capitalismo* – A renovação do materialismo histórico. Tradução de Paulo Cezar Castanheiras. São Paulo: Boitempo, 2003.