



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Lucas Manoel da Silva Cabral

O sindicalismo brasileiro e o Sistema Único de Saúde

Rio de Janeiro

2019

Lucas Manoel da Silva Cabral

O sindicalismo brasileiro e o Sistema Único de Saúde

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde

Orientador Prof. Dr. Ronaldo Teodoro dos Santos

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

C177 Cabral, Lucas Manoel da Silva
O sindicalismo brasileiro e o Sistema Único de Saúde / Lucas
Manoel da Silva – 2018.
64 f.

Orientador: Ronaldo Teodoro dos Santos

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Saúde do trabalhador – Teses. 2. Sindicatos – Teses. 3. Acidentes de trabalho – Teses. 4. Riscos ocupacionais – Teses. 5. Seguro saúde – Teses. 6. Sistema Único de Saúde – Teses. 7. Saúde Pública – Teses. I. Santos, Ronaldo Teodoro dos. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 613.6(81)

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

Assinatura

Data

Lucas Manoel da Silva Cabral

O Sindicalismo Brasileiro e o Sistema Único de Saúde

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde

Aprovado em 22 de fevereiro de 2019.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Teodoro dos Santos
Instituto de Medicina Social – IMS/UERJ

Banca Examinadora:

Prof. Dr. André Luís De Oliveira Mendonça
Instituto de Medicina Social – IMS/UERJ

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos
Instituto de Medicina Social – IMS/UERJ

Prof. Dr. Jose Augusto Pina
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2019

Aos meus pais, Osmar e Estela, que muitas vezes se doaram e renunciaram aos seus sonhos, para que eu pudesse realizar os meus. Quero dizer que essa conquista não é só minha, mas nossa. Tudo que consegui só foi possível graças ao amor, apoio e dedicação que vocês sempre tiveram por mim. Sempre me ensinaram agir com respeito, simplicidade, dignidade, honestidade e amor ao próximo. E graças à união de todos, os obstáculos foram ultrapassados, vitórias foram conquistadas e alegrias divididas.

Agradeço pela paciência e compreensão com minha ausência durante essa longa jornada.

Muitíssimo obrigado.

AGRADECIMENTOS

Início os agradecimentos por meus pais, que sempre primaram pela minha educação. Obrigado Sr. Osmar e Sra. Estela por, além de me oferecerem a oportunidade de estudar, sempre estarem presentes e sou muito feliz por isso.

A minhas irmãs, Sara e Samara meu agradecimento especial, que vibraram comigo, desde a provação na prova e sempre se orgulharam de mim e confiaram em meu trabalho. Obrigado pela confiança!

Uma vez dentro da Universidade, algumas pessoas me convenceram a continuar os estudos após a graduação, mostrando-me a nobre função da pesquisa. Tenho que agradecer a minha amiga Ana Maria Auler Matheus Peres, a primeira grande professora que eu tive na vida, pela sensibilidade que a diferencia como educadora e pela presença marcante em minha vida acadêmica /profissional e afetiva, a quem eu agradeço pelas lições de humildade, amor ao próximo, respeito pela diversidade e lições de vida, essências na minha caminhada pessoal/profissional. Meu agradecimento por tanto amor, carinho, atenção e dedicação. Obrigado.

Aos meus amigos de turma de mestrado: Aline, Marcos e Daniel, por terem tornado o dia a dia na pós-graduação tão prazeroso! Foi extremamente enriquecedor conhecer e conviver com cada um de vocês. E, de maneira especial, à Tânia exemplo de inteligência, elegância, simplicidade, bondade e caráter.

Estendo meus agradecimentos aos funcionários do IMS-UERJ, bem como os companheiros de LAPPIS, em especial: Roseni Pinheiro, Felipe Asensi, Eliete, Aline, Sílvia e Alessandra.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UERJ, em especial: André Mendonça, Elaine Rabello, Fabiano Gomes e Tânia França pela competência e profissionalismo e acima de tudo, a amizade.

A minha banca, três professores de extrema competência. Ao meu orientador, Ronaldo Teodoro, pelo auxílio, disponibilidade de tempo e material, sempre com uma simpatia contagiante. Que acreditou em mim; que ouviu pacientemente as minhas considerações partilhando comigo as suas ideias, conhecimento e experiências e que sempre me motivou. Quero expressar o meu reconhecimento e admiração pela sua competência profissional e minha gratidão pela sua amizade,

por ser um profissional extremamente qualificado e pela forma humana que conduziu minha orientação.

OBRIGADO A TODOS!

Proletarier aller Länder, vereinigt euch!

Karl Marx e Friedrich Engels

RESUMO

CABRAL, Lucas Manoel da Silva. *O sindicalismo brasileiro e o Sistema Único de Saúde*. 2019. 64 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Essa dissertação tem como objetivo compreender as externalidades da relação entre duas dimensões da cidadania brasileira: (I) a ação das entidades sindicais e a (II) construção da saúde pública. O argumento, é que existe uma relação precária e descontínua que se manifesta em duas evidências, são elas: os seguros de saúde e os índices de subnotificação e acidentes e trabalho. No desenvolvimento do trabalho apresentamos as questões dos seguros de saúde e sua relação com o sindicalismo; a associação dos índices de subnotificação e acidente trabalho com SUS; e, por fim, a dispersão institucional que envolve a luta sindical nas questões de saúde do trabalhador. Em seguida, uma discussão com a bibliografia identificando como se construiu uma certa percepção do que é a presença sindical na construção de direitos; e por fim, incorpora um capítulo sobre a institucionalização de Saúde do trabalhador/a no SUS. Todo o debate realizado em torno da assistência à saúde do trabalhador, tem o sentido de mostrar a necessidade de unidade político-programático entre sanitarista e sindicalista.

Palavras-chave: SUS. Sindicatos. Acidentes de trabalho. Seguros de saúde.

ABSTRACT

CABRAL, Lucas Manoel da Silva. *Brazilian unionism and the Unified Health System*. 2019. 64 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

This dissertation aims to understand the externalities of the relationship between two dimensions of Brazilian citizenship: (I) the action of trade unions and (II) the construction of public health. The argument is that there is a precarious and discontinuous relationship that is manifested in two evidences: health insurance and rates of underreporting and accidents and work. In the development of the work we present the health insurance issues and their relationship with trade unionism; the association of underreporting and accident rates with SUS; and, finally, the institutional dispersion that involves the union struggle in the health issues of the worker. Next, a discussion with the bibliography identifying how a certain perception of the union presence in the construction of rights was constructed; and finally, it incorporates a chapter on the institutionalization of Health of the worker in the SUS. The whole debate about the health care of the worker, has the sense to show the necessity of political-programmatic unity between sanitarista and syndicalist.

Keywords: SUS. Unions. Accidents at work. Health insurance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidades da Federação (Brasil - Março/2018).....	25
Tabela 1 – Principais centrais sindicais.....	26
Gráfico 1 – Mortes decorrentes de intervenções policiais (em serviço e fora de serviço) x Óbitos por acidentes de trabalho.....	29
Tabela 2 – Taxas estimadas de subnotificação nos registros de acidentes de trabalho.....	30
Figura 2 – Instâncias de interação e representação sindical no campo da saúde do trabalhador.....	33
Quadro 1 – Radiografia do Congresso: Legislatura 2015 – 2019.....	34
Figura 3 – Pré-diagnóstico das CIST estaduais – (2018).....	52
Figura 4 – Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST (2018).....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABSP	Anuário Brasileiro de Segurança Pública
AEAT	Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho
AEPS	Anuário Estatístico da Previdência Social
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CBDT	Central Brasileira Democrática dos Trabalhadores
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEREST's	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CF88	Constituição Federal de 1988
CGTB	Confederação Geral dos Trabalhadores do Brasil
CID	Código Internacional de Doenças
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CONCUT	Congresso Nacional da CUT
CONLUTAS	Central Sindical e Popular
CSB	Central dos Sindicatos Brasileiros
CTB	Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DIAP	Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DIESAT	Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FS	Força Sindical
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB	Dados Básicos para a Saúde
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
INTERSINDICAL	Instrumento de Luta e Organização da Classe Trabalhadora
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MPS	Ministério da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
MT	Ministério do Trabalho
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
MTPS	Ministério do Trabalho e Previdência Social
NCST	Nova Central Sindical de Trabalhadores
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PEC	Proposta Emenda à Constituição
PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SIB	Sistema de Informações de Beneficiários
SUS	Sistema Único de Saúde
UGT	União Geral dos Trabalhadores
UST	União Sindical dos Trabalhadores
VISAT	Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador e da trabalhadora

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	O SINDICALISMO BRASILEIRO E A SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	16
1.1	A dinâmica de expansão dos seguros de saúde.....	16
1.2	O SUS e as elevadas taxas de acidente de trabalho e subnotificação no Brasil.....	23
1.3	O ambiente político e institucional em que atuam os sindicatos: limites históricos e possibilidades.....	26
2	INTERPRETAÇÕES DO SINDICALISMO BRASILEIRO E SUAS LEITURAS NO CAMPO SANITÁRIO	32
2.1	Interpretações hegemônicas do sindicalismo Brasileiro.....	32
2.2	O contraponto a interpretação hegemônica da sociologia do trabalho: a entrada do povo na história.....	36
3	A CONSTRUÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR/A NO SUS.....	42
3.1	Antecedentes da Saúde do Trabalhador no Brasil.....	42
3.2	Conferencias de Nacionais Saúde dos Trabalhadores e das Trabalhadoras (CNSTT's).....	44
3.2.1	<u>Trajetória institucional do campo da Saúde do Trabalhador (ST) no Sistema Único de Saúde (SUS).....</u>	44
	CONCLUSÃO.....	55
	REFERÊNCIAS	58

INTRODUÇÃO

A reafirmação da cidadania na América Latina constitui um desafio histórico de difícil consolidação. No caso brasileiro, a experiência de lutas sociais legou o aprendizado de que a fixação dos direitos no plano das instituições democráticas não necessariamente se mostra efetivada no exercício cotidiano das camadas populares, deixando milhares crianças, idosos, mulheres, negros e trabalhadores à margem do que comumente se denomina como estado de direito (SANTOS, 2014).

Buscamos nessa dissertação compreender as externalidades e relações entre duas dimensões da cidadania brasileira: (I) a ação das entidades sindicais e a (II) construção da saúde pública. A hipótese, é que existe uma relação precária e descontínua que se manifesta em duas evidências, são elas: seguros de saúde e índices de subnotificação e acidentes e trabalho.

Essas duas evidências nos conduzem a seguinte questão: por que os sindicatos importam para o SUS? O nosso argumento está dividido em duas considerações: a primeira, consiste na localização da expansão dos seguros de saúde e o seu impacto na deslegitimação e no subfinanciamento do SUS (OCKÉ-REIS e GAMA, 2016) como parte do movimento de reivindicação sindical por tal cobertura. Logo, se sindicatos expandem seguros de saúde, sindicatos tem a ver com a saúde pública. Ainda que, por uma via não desejável. O segundo ponto, não é do sindicalismo para com o SUS, mas da ausência da politização/formação política [chegada da linguagem sanitarista] para o sindicalismo, que se materializa nas taxas subnotificação e acidentes de trabalho (WALDVOGUEL, 2002; SANTANA ET.AL., 2005; LEE, 1990).

Neste sentido, neste estudo buscaremos demonstrar que o não diálogo entre sanitaristas e sindicalistas é um problema para ambos os lados. Primeiro, por que o SUS recebe acidente de trabalho, mas não é assim percebido. Segundo, porque os sindicalistas expandem seguros de saúde e isso afeta a sustentabilidade do sistema de saúde público. É neste sentido que apontamos a existência de uma relação descontínua e precária entre sindicalistas e sanitaristas, que vem produzindo externalidades para ambos ao longo do tempo.

O SUS, instaurado a partir da Lei de número 8.080, Lei Orgânica da saúde, no ano de 1990, é ainda um jovem sistema que contabiliza pouco menos do que três

décadas. São muitos os desafios que se colocam à sua permanência enquanto política pública. São de conhecimento público as negligências orçamentárias, o interesse de instâncias dos poderes legislativo e executivo nacionais de privatização do SUS, e, como pretendemos discutir, a presença insuficiente da representação sindical e sanitária na luta pelo fortalecimento desse sistema.

A queda do socialismo, a expansão do neoliberalismo e o conseqüente desmonte do Estado do Bem-Estar Social marcaram as décadas de 1980 e 1990. Enquanto a Europa e os Estados Unidos da América começavam a sentir o recrudescimento das políticas sociais, vivenciávamos aqui no Brasil, e na América Latina em geral, uma transformação radical no nosso cenário político-institucional: o fim de uma ditadura que, no caso brasileiro, nos custaram 21 anos. O período de redemocratização do Estado brasileiro trouxe à tona uma diversidade muito grande de demandas que até então havia sido total ou parcialmente negligenciadas por este mesmo Estado, sendo na Constituição Federal de 1988 (CF88) – a “Constituição Cidadã” – que assistimos à consagração da atuação dos mais variados setores e movimentos sociais, que agiam em prol da garantia de direitos dentro do texto constitucional (BATISTA, 2009).

A partir daquele momento [redemocratização], é traçado o caminho para a instituição de um sistema de saúde com característica de sistema público universal com a participação social incluída e assegurada pela lei orgânica do SUS. Assim idealizado e apesar das controvérsias de seu histórico, o SUS constitui uma aspiração dos movimentos sociais engajados na luta por direitos democráticos (BATISTA, 2009; FLEURY, 2009). O estado de democracia conquistado nos pós 88 foi um processo de lutas – dos movimentos sociais; sindicais e membros de toda a sociedade civil – iniciado em tensão com o governo do presidente Ernesto Geisel e posteriormente intensificado com o governo do presidente João Batista De Oliveira Figueiredo, encarregado de iniciar o processo de retorno dos civis ao governo do Brasil. Pode-se dizer que, este período consagrou os primeiros passos do exercício da cidadania após um longo período de abstenção.

Na contramão da conjuntura internacional o SUS se consolidou como o sistema de saúde universal no Brasil, como oferta pública da saúde em um cenário de neoliberalismo econômico, impregnado por pressões pela redução do Estado na área social (BATISTA, 2009).

Quando pensamos as contradições políticas daquele contexto no campo da

saúde, podemos ver que o texto constitucional conseguiu fazer valer a atuação política que vinha sendo desenhada pelos atores sociais que militavam nesse segmento. Nesse sentido, a Constituição de 1988 trouxe impactos significativos nesta área, posto que no seu artigo 198 ficaram estabelecidas as seguintes diretrizes para o Sistema Único de Saúde: I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade, e, pela primeira vez, a incorporação da saúde do trabalhador no Ministério da Saúde (BRASIL, 2018a).

Tendo este cenário como pano de fundo: um processo de redemocratização, que se traduz numa intensa participação política por parte da sociedade civil organizada, e uma agenda de reformas econômicas neoliberais que tomarão parte no Brasil a partir do Governo Collor, é possível intuir que nem tudo se configurou como fácil no que diz respeito à efetivação dos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde.

O sistema de saúde ofertado para a população a partir de então, sob a lógica pública, caracterizando a saúde como bem comum – sem exclusão – existirá, não obstante, concomitantemente com a oferta de serviços privados de saúde, uma vez que a CF88 também permitiu em seu artigo 199 da seção II, a participação de entidades privadas na oferta de serviços e produtos de saúde pela lógica de mercado (BRASIL, 2018a). As obrigações constitucionais de garantia do direito à saúde mantem – mantiveram, portanto, – aberto o caminho para que os trabalhadores pudessem reivindicar por acesso à saúde através de um sistema público ou privado.

Visando enriquecer o argumento de que a relação entre saúde pública e sindicatos é precária e que esta situação produz externalidades tanto a construção da saúde pública quanto ao enfrentamento de temas importantes da luta sindical, organizamos esta dissertação em três capítulos. No primeiro, intitulado (I) “O Sindicalismo Brasileiro e o Sistema Único de Saúde (SUS)” abordamos a dinâmica do mercado de seguros de saúde e sua relação com o comportamento sindical; a participação do SUS na assistência a acidentes de trabalho de associação dos índices de subnotificação e acidente trabalho com SUS; e, por fim, a dispersão institucional que envolve a luta sindical nas questões de saúde do trabalhador. Já no segundo capítulo (II) “Interpretações do Sindicalismo Brasileiro e suas leituras no

Campo Sanitário”, realizamos uma discussão com a bibliografia identificando como se construiu uma certa percepção do que é a presença sindical na construção de direitos; e por fim, no (III) capítulo “A Construção da Saúde do Trabalhador/a no SUS” o esforço consistirá em identificar o momento da convergência, ou seja, a trajetória da construção institucional da saúde do trabalhador dentro SUS, expressando o momento do diálogo político programático.

Este trabalho contribui para a formulação de um argumento que aponta a existência de interesses recíprocos entre sanitaristas e sindicalistas, mas que ao longo do tempo vem se perpetuando numa base precária de diálogo. Ante esse cenário, a presente pesquisa procura contribuir para a formulação de subsídios teóricos e caminhos institucionais que apontem uma aproximação político-programática entre sanitaristas e sindicalistas. Portanto, atuando no âmbito da formação e da consciência política do trabalhador organizado e do campo sanitarista.

Considerando esses aspectos, a presente pesquisa procurou contribuir para a análise de um caso particular da desarticulação da cidadania brasileira, ocupando-se, especificamente, dos direitos públicos da saúde e do vínculo trabalhista/sindical nesse processo.

1 O SINDICALISMO BRASILEIRO E A SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Na atual conjuntura coloca-se em curso uma desconstrução acelerada do SUS formalmente assegurado pela (CF88). Exemplo dessa desarticulação vertiginosa foi a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016, que passou a congelar o teto de gasto do orçamento público para as áreas da saúde e da educação por um período 20 anos, a partir de 2017. Como se encontra documentado na Lei Orgânica da Saúde (8080/90), o SUS é uma política universal, pública e gratuita de assistência, que, no entanto, sofre com uma situação de subfinanciamento que já se arrasta desde a implementação do sistema, ainda nos anos 1990 (UGÁ e MARQUES, 2008). No atual cenário, a coalizão política de governo não apenas abre espaço para o aprofundamento desse dilema fiscal como expande ainda o vínculo dos interesses mercantis no âmbito da saúde pública, rearticulando a presença regressiva desse setor num nível ainda mais intenso.

1.1 A dinâmica de expansão dos seguros de saúde

Nos anos 1960, a maior parte da indústria automobilística já estava implantada em São Paulo, com centro em São Bernardo do Campo (HUMPHREY, 1982). “No final da década de 1970, a Região do ABC representava cerca de 80% da produção nacional de veículos no Brasil” (RAMALHO ET AL, 2009: 151). Essas indústrias, desde sua implantação a partir dos anos 1950, estabeleceram novos padrões de benefícios para os trabalhadores, entre outros, a assistência médica (HUMPHREY, 1982: 87).

Estudo específico sobre a *Willys-Overland* do Brasil (WOB), uma das primeiras indústrias automobilísticas no Brasil feito por Antônio Luigi Negro (1999: 85) mostra que a empresa instituiu “um plano de saúde para o empregado e sua família”. Telma Menicucci (2008, 207: 114) também registra que “[...] a assistência [à saúde] no âmbito das empresas acompanhou a instalação da indústria automobilística, particularmente das montadoras estrangeiras, a partir dos anos 50”.

Com o golpe de 1964, o que era uma prática das empresas passa a ser apoiada por subsídios fiscais do setor público.

Tal prática, iniciada na forma de acordo específica entre algumas empresas e a Previdência Social, passou a ser a política geral do Estado Brasileiro. O novo Código Tributário Nacional aprovado pelo Congresso Nacional em 25 de outubro de 1966 permitiu o desconto no imposto de renda das despesas com saúde por parte das pessoas físicas e jurídicas (LEVCOVITZ, 1997: 29). No ano seguinte, o Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, instituiu que na prestação da assistência médica seria dada “preferência à celebração de convênios com entidades públicas e privadas [grifos nossos], existentes na comunidade” (BRASIL, 2018f). O que, na prática, significava que a assistência à saúde do trabalhador se realizaria a partir da transferência de recursos públicos para o setor privado, em detrimento do investimento na prestação direta de serviços por parte do Estado. Embalada por esta política de financiamento, cresceu a oferta do seguro privado de saúde pelas empresas a seus trabalhadores. Segundo Menicucci (2008: 204), “entre os benefícios indiretos que muitos trabalhadores foram capazes de conseguir no período 70/80 figuraram os seguros de saúde [...] na contramão do projeto universalista”.

José Augusto Pina, Hermano A. Castro e Maria de Fátima A. Andreatzi (2006: 841), relacionam a inclusão dos seguros de saúde privados nas negociações coletivas menos ao interesse dos próprios trabalhadores e mais ao interesse das empresas em “controlar a força de trabalho”. Não obstante, considerando a atualidade desta temática, apontamos que também é possível perceber a presença dos trabalhadores reivindicando planos de assistência privada.

Repercutindo esse desafio histórico e a polêmica em torno desta afirmação, em 2015, o então presidente da Câmara dos Deputados, deputado Eduardo Cunha (PMDB-RJ) propôs a Proposta Emenda à Constituição (PEC) 451/14 (BRASIL, 2018e), que iria tornar obrigatória à concessão de plano de saúde a trabalhadores urbanos e rurais por parte do empregador. A PEC acrescentaria o dispositivo na lista das garantias fundamentais dos trabalhadores previstas no artigo 7º da Constituição. Para fazer *jus* ao benefício, o cidadão teria que comprovar a existência de vínculo empregatício, mediante carteira de trabalho assinada. Ou seja, obrigando as empresas a pagarem seguros de saúde privados a todos os seus empregados, fortalecendo este setor em detrimento da valorização do SUS. Na ocasião, a

bancada empresarial prontamente se colocou contra a proposta, argumentando que tal medida iria “onerar”, ainda mais o custo com a contratação de funcionários. Esta condição contrasta com a tese defendida por José Augusto Pina, Hermano A. Castro e Maria de Fátima A. Andreazzi (2006: 841) de que teria uma intensa preferência de empresários na promoção de seguros de saúde. Como veremos, os trabalhadores também participam ativamente deste processo junto a ANS.

O crescimento dos seguros de saúde privados nas negociações coletivas dos trabalhadores chegou a preocupar a principal central sindical do país, que no seu “6º Concut [Congresso da CUT] firmou o compromisso de rever a tendência histórica dos sindicatos por convênios médicos privados em processos negociais” (PINA et al, 2006: 842). Entre outras resoluções, o 6º Concut aprovou, entre outras resoluções a favor do SUS:

5. Reafirmamos nossa defesa do SUS como a melhor política de saúde para nosso país. Queremos a universalidade, a equidade, a integralidade e a gratuidade das ações do SUS, sob efetivo controle social. Repudiamos a proposta do Banco Mundial de implantar um sistema de saúde pobre para os pobres, com apenas alguns procedimentos mais econômicos, abandonando os que precisarem de tratamentos mais custosos

7. Propomos ainda, a revisão do desconto em imposto de renda de atendimento médico em saúde. Não é correto “distribuir” entre todos, as despesas com consultas particulares ou gastos pessoais em saúde. Exigir o funcionamento adequado do SUS é o caminho correto para superar essas questões (p. 68).

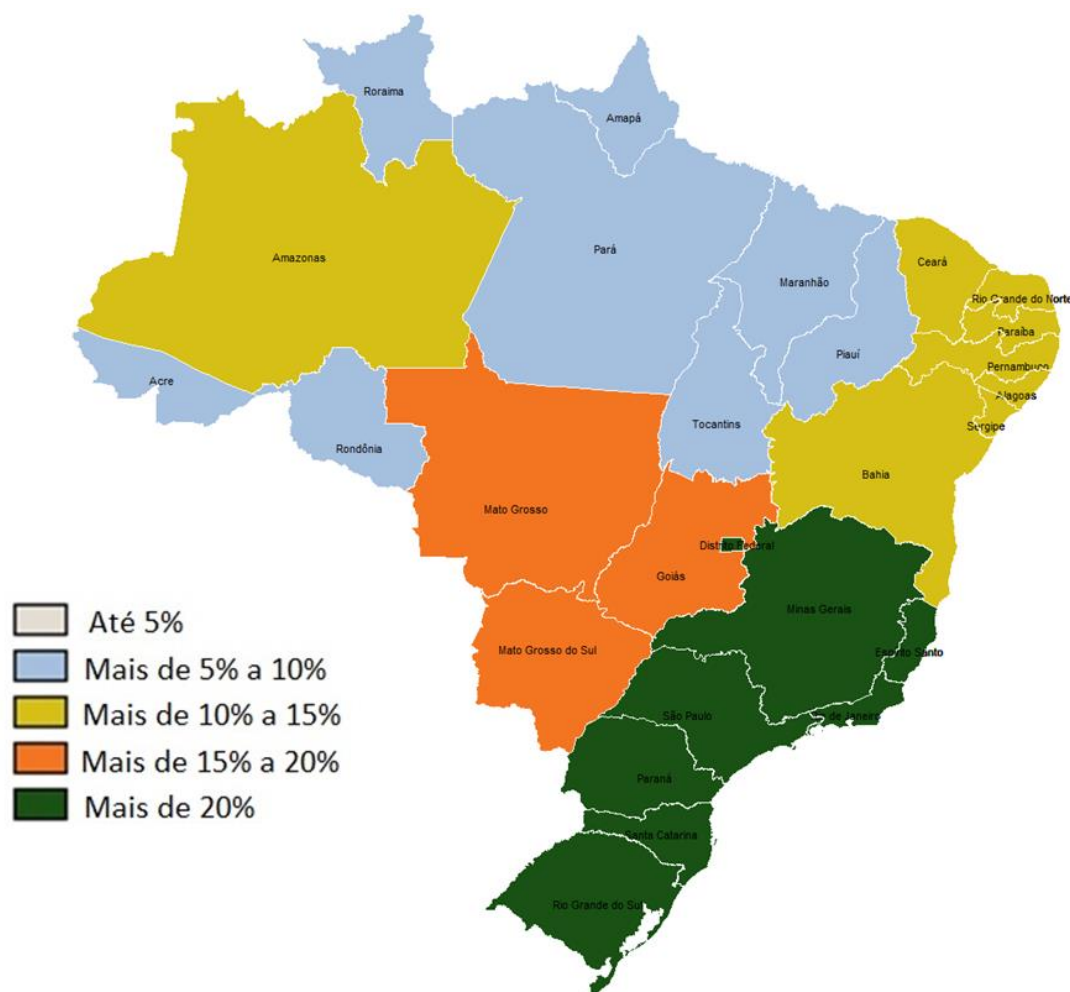
Como estamos propondo discutir neste trabalho, o sindicalismo é ator relevante no processo de expansão de seguros de saúde no Brasil, e esta condição está sendo aqui considerada como uma evidência dos seus vínculos precários com os princípios público e universal da reforma sanitária brasileira que, bem ou mal, se expressam no SUS.

Exemplificam essa condição, os esforços na implementação de planos privados de saúde precários para os trabalhadores de baixa renda e a desconstrução dos mecanismos de controle que estimulam o ressarcimento ao SUS, quando as demandas de serviços do setor privado se valem da estrutura dos serviços públicos. Acompanhando esses retrocessos, ou seja, a expansão do setor privado, expande-se a magnitude da renúncia tributária deduzida do “total de impostos a pagar, envolvendo as famílias, os empregadores, a indústria

farmacêutica – remédios – e os hospitais filantrópicos”, além das alíquotas diferenciadas “facultadas aos hospitais e clínicas privadas” (OCKÉ-REIS e GAMA, 2016). Como vem sendo discutido pela literatura sanitária, a expansão do setor privado agride diretamente o SUS, sendo falaciosa a afirmação de que ambos os sistemas convivem de forma harmoniosa e funcional.

O vínculo dos trabalhadores formais com o mercado de seguros de saúde apresenta-se de muitas formas, se fazendo importante para compreender as teses do subfinanciamento público e do hibridismo público-privado de interesses presente no SUS. Cruzando informações da Agência Nacional de Saúde (ANS) e do Departamento Intersindical de Estatística e Econômica Socioeconômica (DIEESE), constata-se que a anatomia dos interesses desse mercado da saúde está fortemente associada às relações de trabalho no Brasil. Em 2013, 67,5% dos empregos formais no país se encontravam distribuídos entre as Regiões Sudeste e Sul do país, abrigando 50,3% e 17,2%, respectivamente (DIEESE, 2014). Analisando as taxas de cobertura dos planos privados de saúde por unidades da federação, observa-se que essas mesmas regiões têm as coberturas mais expressivas, atingindo 36,7% no Sudeste e 25,2% no Sul (ANS, 2018). São Paulo, onde se encontra 28,7% da força de trabalho formal do país pode ser considerado o paraíso das operadoras de seguros de saúde, uma vez que também abriga a proporção mais elevada da cobertura privada de assistência.

Figura 1 – Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidades da Federação (Brasil - Março/2018)



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários-SIB/ANS/MS - 03/2018 e População - IBGE/DATASUS/2012

Pesquisas evidenciam que a tradição corporativa de lutas por direitos no sindicalismo brasileiro tem contribuído para a expansão do setor mercantil da saúde através da pressão pela contratação de planos nas negociações coletivas (SANTOS, 2012). Atualmente, cerca de 80% dos seguros de saúde são classificados como provenientes de acordos coletivos, e envolve, aproximadamente, 38,7 milhões de consumidores localizados fundamentalmente nos grandes centros urbanos do país (ANS,2018).

Essa condição expressa um momento importante da formação política dos trabalhadores e trabalhadoras sindicalizados, detectando a precária presença dos princípios públicos e universais do sanitarismo. A título de exemplo, em 2008 foram realizados o “Fórum Nacional Permanente dos Trabalhadores sobre a Saúde

Suplementar” e o seminário nacional intitulado “O trabalhador e a Saúde Suplementar”. Promovidos pela ANS, ambos tiveram como objetivo fundamental qualificar as centrais sindicais quanto à reivindicação de planos privados junto à esfera patronal.

Estes eventos foram realizados pela ANS com apoio técnico do DIEESE e do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), com a ativa participação das Centrais Sindicais (CGTB, CTB, CUT, Força Sindical, NCST e UGT), que juntas representam 71% dos trabalhadores organizados no país, tratando-se, portanto, de um expressivo deslocamento de base social organizada pressionando pela expansão do setor privado (tabela 1).

Tabela 1 – Principais centrais sindicais

Centrais Sindicais	Trabalhadores Filiados	
	Nº	%
CUT - Central Única dos Trabalhadores	3.878.261	30,40
UGT - União Geral dos Trabalhadores	1.440.121	11,29
CTB - Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil	1.286.313	10,08
FS - Força Sindical	1.285.348	10,08
CSB - Central dos Sindicatos Brasileiros	1.039.902	8,15
NCST - Nova Central Sindical de Trabalhadores	950.240	7,45
CONLUTAS	286.732	2,25
CGTB - Central Geral dos Trabalhadores do Brasil	239.844	1,88
CBDT - Central Brasileira Democrática dos Trabalhadores	85.299	0,67
INTERSINDICAL	1.739	0,01
UST - União Sindical dos Trabalhadores	791	0,01
Total	12.757.121	100,00

Fonte: Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS, 2018)

Segundo o relatório do Convênio ANS/DIEESE – Nº 03/2008, intitulado: “Seminário Nacional de Implantação do Fórum Nacional de Saúde Suplementar”, o fórum teve por objetivo,

[...] sensibilizar os dirigentes /lideranças sindicais para a defesa dos trabalhadores no âmbito da saúde suplementar, com vistas à educação para consumo, identificando a importância da qualificação dos trabalhadores em sua relação com os outros agentes do setor (ANS/DIEESE – Nº 03/2008, p. 06).

Já em 2010, foi realizada a execução dos cinco Cursos Macrorregionais de Capacitação, intitulado: “O Trabalhador e a Saúde Suplementar”. Da mesma forma que o Fórum Nacional, as atividades desenvolvidas estavam voltadas para dirigentes / lideranças sindicais com vistas à ‘defesa dos trabalhadores no âmbito da saúde suplementar e educação para consumo’. Ainda de acordo com o Relatório Técnico Final das Atividades de Capacitação,

[...] “esses cursos tiveram como objetivo principal a qualificação dos dirigentes sindicais em saúde suplementar para a negociação nos diversos espaços de atuação: no local de trabalho, nas negociações coletivas, bem como nas negociações nacionais” (ANS/DIEESE – Nº 03/2010, p. 15).

É importante destacar, porém, que no pronunciamento assinado por todas as Centrais Sindicais (CGTB, CTB, CUT, Força Sindical, NCST, UGT), no lançamento do “Fórum Nacional Permanente dos Trabalhadores sobre Saúde Suplementar” do dia 28/agosto/2008 – São Paulo, consta em diversos trechos um desconforto quanto a reivindicação de planos privados no âmbito das relações de trabalho:

As centrais sindicais estão aqui reunidas para o lançamento do Fórum Nacional Permanente dos Trabalhadores sobre Saúde Suplementar, que contará também com a participação do DIEESE, do DIESAT e da ANS. Numa situação em que temos 20 milhões de celetistas e mais de 40 milhões de brasileiros associados a seguros de saúde, as centrais sindicais não poderiam se omitir e assumem de frente a defesa desses trabalhadores, que frequentemente sofrem toda sorte de abusos por parte das operadoras. **Mas a pergunta que precisamos responder de forma clara é: não haveria contradição entre essa defesa dos trabalhadores e a luta que travamos pela saúde pública e pelo SUS? Fica claro que a mercantilização da saúde, insatisfeita com o papel complementar que a Constituição e a Lei 8080 lhe assegura, quer assumir um papel dirigente, priorizando a sua rentabilidade, em detrimento da saúde do povo brasileiro e dos trabalhadores [grifos meus].** Entendemos, portanto, que a luta em defesa do SUS, ao lado da luta pelo aumento das verbas para a saúde e pela melhoria da gestão, passam pela luta para que a medicina mercantil se restrinja ao seu papel complementar e para que o SUS seja dirigido efetivamente em função da melhor saúde possível para o povo brasileiro. Na opinião das centrais sindicais, a luta contra os abusos das operadoras que travaremos aqui neste Fórum tem exatamente a mesma base: defender o interesse da coletividade por uma saúde eficiente contra os que veem na doença alheia fundamentalmente uma fonte para engordar os seus ganhos privados. (ANS/DIEESE – Nº 03/2008, p. 18).

O segundo ponto que nos remete ao envolvimento do campo sindical com a área da saúde, diz respeito à luta trabalhista contra as elevadas taxas de subnotificação e acidentes de trabalho. Essa notificação é, por lei, compulsória, mas segundo os sindicalistas [...] “as empresas fazem acordos, com os seguros de saúde para que essas notificações não sejam emitidas” (ANS/DIEESE – Nº 03/2008, p. 18).

Neste sentido, além dos desafios postos a segmentação da oferta, a completa ausência de ações de promoção e outros aspectos necessários à boa resolutividade das particularidades da saúde laboral, ocorre, também, a exclusão dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais do rol de procedimentos obrigatórios dos seguros de saúde, emitido pela ANS. Essa exclusão faz com que hoje praticamente nenhum plano de saúde atenda acidentes de trabalho ou doenças profissionais. Isso muitas vezes coage o trabalhador a se submeter a não notificação para poder ser atendido pelo plano.

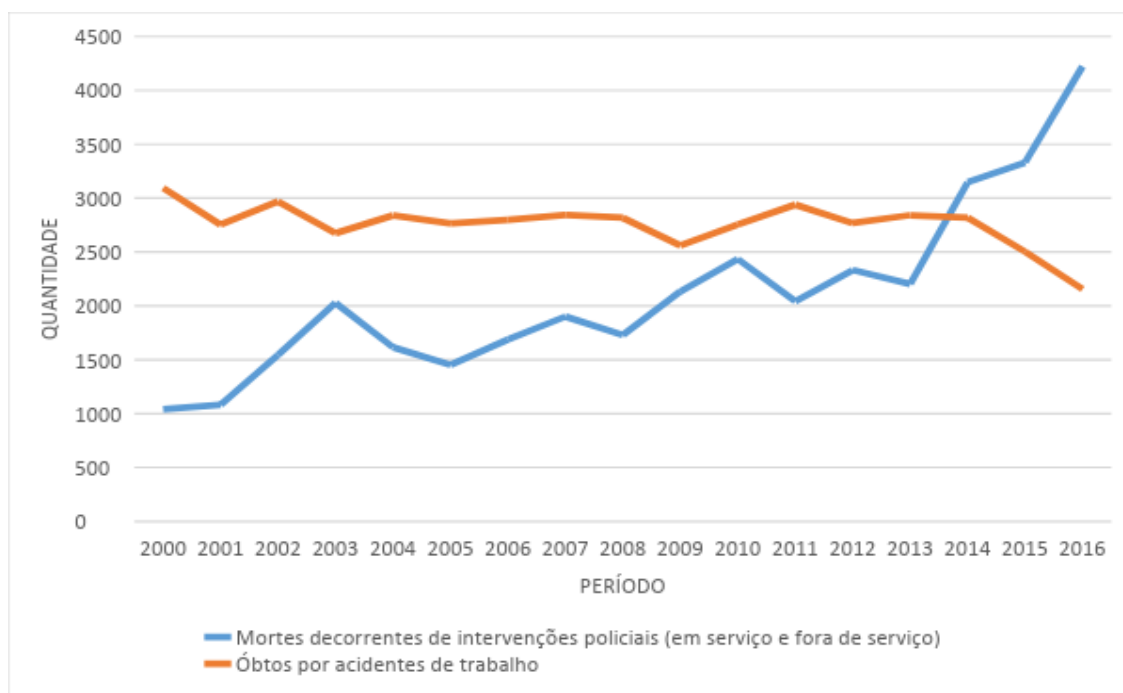
1.2 O SUS e as elevadas taxas de acidente de trabalho e subnotificação no Brasil

A segunda evidência dos vínculos frágeis do campo sindical com a saúde pública se expressa nas elevadas taxas de acidentes de trabalho e subnotificação no Brasil. Atualmente, somos reconhecidos por ser um dos países que apresenta forte subnotificação em acidentes e agravos laborais, em que pese o fato de estar entre os primeiros do ranking de trabalhadores acidentados. Segundo relatório da Organização Internacional do Trabalho (OIT), o Brasil é o 4º no ranking mundial de acidentes registrados. Há plausibilidade em supor que essa realidade se torna resistente à mudança justamente por que o sistema de saúde público tem dificuldades em se efetivar plenamente.

Os 4.948.000 acidentes da pesquisa do IBGE (2018) significam 13.744 acidentes por dia, 572 acidentes por hora. A Previdência Social também afirma que morreram no Brasil em 2013, 2.797 trabalhadores devido a ocorrências no trabalho. Estes números são maiores do que os de mortos pela polícia no mesmo ano, que chegam há 2.212 pessoas segundo a oitava edição do Anuário Brasileiro de Segurança Pública (ABSP, 2013). Conforme podemos observar no gráfico a seguir,

este é um massacre que nem mesmo o sensacionalismo da grande mídia oficial tem interesse em televisionar (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Mortes decorrentes de intervenções policiais (em serviço e fora de serviço) x Óbitos por acidentes de trabalho



Fonte: Anuário Brasileiro de Segurança Pública (*Plataforma Tableau Public*) e a Base de Dados Históricos da Previdência Social (*Aeps InfoLogo*)

Se já é reconhecido que o Brasil vive uma verdadeira guerra civil protagonizada pela polícia contra a população negra e pobre, as estatísticas de acidentes de trabalho revelam uma realidade, também, absolutamente violenta envolvendo as dimensões distributivas presentes no conflito entre as da classe patronal contra a classe operária.

Ao analisarmos o gráfico percebemos que numa série histórica de 2000 a 2013, o número de mortes por acidente de trabalho é expressivamente superior, ao número de Mortes decorrentes de intervenções policiais, [nos permitindo elevar a atenção a um problema não menos importante]. É possível observar mudanças nas

duas curvas no ano de 2014, um aumento considerável no número de mortos pela polícia¹ e a queda, considerável, do número de óbitos por acidentes de trabalho.

A diminuição no número de acidentes de trabalho, está relacionado ao aumento de Subnotificação. A princípio, os dados dão a entender que o país registrou uma melhora no nível da segurança no trabalho. Mas uma leitura mais profunda mostra outra realidade.

Para o pesquisador Remígio Todeschini da Universidade Federal de Brasília, "Não foi o número de acidentes que diminuiu, mas sim o de empregados com carteira assinada. [...] na crise, houve aumento da informalidade. Uma vez que o Ministério da Previdência contabiliza apenas trabalhadores formais. O pesquisador ainda afirma que "além de uma insuficiente equipe de fiscais [do ministério do trabalho], foram cortadas diárias e passagens para que esses funcionários possam se deslocar pelo país para checar os postos de trabalho". (TODESCHINI, 2018). Ou seja, a partir da diminuição do controle e da fiscalização públicas ocorre a queda a significativa dos registros dos óbitos de acidentes de trabalho a partir de 2014, no Brasil. De acordo com estudo da CUT, de cada 4 acidentes, apenas 1 é notificado. Por não contar com uma plataforma nacional de mensuração dos acidentes, as poucas pesquisas que têm se ocupado do tema trabalham com estimativas, e dão conta de uma forte subnotificação presente nos registros considerados oficiais (SANTANA et.al., 2005).

Tabela 2 – Taxas estimadas de subnotificação nos registros de acidentes de trabalho

Regiões	%
Porto Alegre	81,9
Paraná	76,0
São Paulo	39,0 a 45,0

Fonte: Elaboração própria a partir de Waldvoguel, 2002; Santana et.al., 2005; Lee, 1990

¹ Chamamos atenção para os principais motivos que levaram a esse aumento: (I) as oito UFs, que na virada de século ocupavam os primeiros lugares no Mapa da Violência de Mortes decorrentes de intervenções policiais, evidenciam quedas em 2014. Em alguns casos, quedas bem significativas, como Rio de Janeiro, que ocupava o primeiro lugar em 2000 e passou para o 15º; ou São Paulo, que passa do 6º para o 26º; ou Mato Grosso do Sul, da sétima posição para a 23ª; (II) Em contrapartida, estados relativamente tranquilos no ano 2000 ingressam numa forte voragem de violência, como Ceará, que de uma taxa de 9,4 por 100 mil, em 2000, passa para 42,9, em 2014 (de 19º para 2º lugar); ou Rio Grande do Norte, de 18º para 4º (de 9,8 para 38,9 por 100 mil habitantes) (ABSP, 2013)

A tabela acima é relevante pois aponta um limite sanitário em valorizar a questão dos acidentes, e por esboçar o valor que o sistema público tem para o mundo trabalho, mas que vem sendo, via de regra, invisibilizado. Neste sentido, na falha dos órgãos de controle tradicionais (Ministério do Trabalho e Ministério Da Previdência e Assistência Social) o SUS torna-se ator relevante, ainda que despercebido. Uma pesquisa realizada na cidade de Salvador no ano de 2000, identificou em sua amostra que 71% dos trabalhadores que sofreram acidentes laborais naquele ano foram atendidos no SUS – mesmo possuindo seguros de saúde (Santana et. al. 2003).

Na ausência de informações sistematizadas, a luta sindical pela formalização de planos privados de saúde revela uma consciência “ingênua” de reivindicações, dado que, para além da qualidade duvidosa desses serviços adquiridos, eles atuam residualmente quando se trata de resolver problemas relacionados à demanda complexas de saúde.

1.3 O ambiente político e institucional em que atuam os sindicatos: limites históricos e possibilidades

Além da busca para integrar uma base de dados sobre notificação de acidentes no SUS, outro aspecto que evidencia os desafios para construir a relação sindicatos e SUS diz respeito ao ambiente político institucional em que os sindicatos vêm atuando para garantir a reprodução da saúde do trabalhador.

No decorrer desse texto, procurei demonstrar o vínculo existente entre os sindicatos e o mercado de plano de saúde no Brasil. Em segundo momento, apresentei dados que demonstram a magnitude dos problemas relacionados a subnotificação e acidentes de trabalho, procurando superar a invisibilidade desse vínculo apontando momentos de relação entre os trabalhadores organizados e a saúde pública no Brasil.

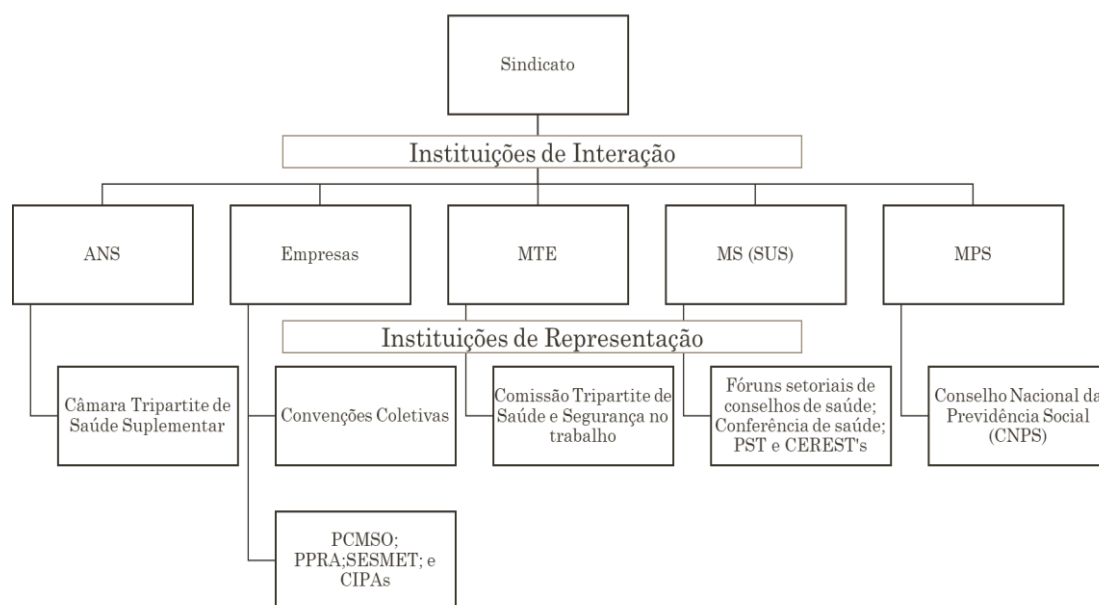
Por fim, apresentaremos um terceiro ponto, que diz respeito a compreensão para assegurar a atenção à saúde do trabalhador/a. Pode-se afirmar que existe atualmente uma grave dispersão institucional definindo a atuação sindical. Para além da formalização de planos coletivos de saúde no âmbito das negociações

coletivas, os sindicatos construíram uma tradição de lutas junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), situado junto ao Ministério da Previdência Social (MPS). Em essência, a aproximação a essa instância disputa a concessão dos benefícios previdenciários, caracterizando um reparo financeiro após o acidente ter ocorrido. Nesta instância pública, não apenas se encontra ausente uma cultura preventiva de saúde como a notificação e o envio de informações sobre os acidentes se encontra sobre forte controle decisório patronal. Essa prática securitária de tratamento da saúde tem sido objeto de inúmeros dissabores para as pretensões do sindicalismo, que recorrentemente denuncia o arbítrio dos médicos peritos da previdência e sua parcialidade de classe como uma interdição ao acesso do direito público assegurado para os trabalhadores (SANTOS, 2014).

Outro domínio institucional que deve ser acrescentado no roteiro das lutas sindicais pela saúde é o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). Classicamente essa instância tem o dever previsto de fiscalizar o cumprimento das Normas Regulamentadoras do Trabalho, que diz respeito às máquinas, ao material utilizado, e outras condicionalidades do processo de produção, que, por ventura, redundam em risco acidentário. Como o número de auditores fiscais do trabalho existe em quantidade flagrantemente reduzida em relação ao escopo da realidade a ser controlada, as contribuições do setor se mostram muito aquém do mínimo controle desejável.

Por fim, o Ministério da Saúde (MS), no qual se organiza o SUS, também constitui uma arena de atuação sindical. Atualmente, a saúde laboral neste ministério se faz por meio dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST's), bem como da Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador e da trabalhadora (VISAT). Como legado da reforma sanitária brasileira, a cultura do direito público à saúde como uma questão de cidadania se faz muito mais presente que em qualquer dos órgãos públicos e privados acima mencionados. Portanto, o controle patronal sobre a produção de informações sobre os agravos laborais não se faz presente, e inexistente a concepção securitária de acesso ao tratamento da saúde do trabalhador (SANTOS, 2014). Entretanto, como se esta polemizando nesta pesquisa, pouca atenção tem sido dada pelos atores sindicais a essa instância de luta pela reprodução da saúde dos trabalhadores. Da mesma forma, sanitaristas também não atribuem centralidade.

Figura 2 – Instâncias de interação e representação sindical no campo da saúde do trabalhador



Fonte: (SANTOS, 2014)

Os aspectos analisados até aqui nos permitem afirmar que uma aproximação política entre sanitaristas e sindicalistas teria potencial para impulsionar a realização de interesses comuns. Para os sindicalistas, a importância do SUS consiste na redução das subnotificação e acidentes de trabalho, além de um atendimento não segmentado por categoria laboral, acesso a integralidade não prevista nos seguros de saúde. Para os sanitaristas, a expansão dos seguros de saúde via mundo do trabalho, afeta de forma considerável o financiamento do SUS [os sindicatos como base social de apoio ao SUS e enfrentamento do problema público-privado, tornam-se atores de grande interesse para superação do subfinanciamento público}. A aproximação entre as lutas sindicais e sanitaristas consiste, portanto, em uma convergência político-programática na defesa dos direitos públicos de cidadania, fazendo com que a saúde e o trabalho sejam parte de um problema democrático comum.

Ante o cenário profundamente adverso em que se encontra a luta pela saúde pública, quando nos deparamos com o levantamento das sete bancadas listadas pelo relatório do Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar (DIAP), no período de 2015 a 2019, constatamos a discrepância entre a representação

empresarial e de setores do agronegócio e as demais bancadas que tipicamente defendem os interesses populares, como o fortalecimento do SUS (DIAP,2014).

Quadro 1 – Radiografia do Congresso: Legislatura 2015 – 2019

Bancada na Câmara	Composição	Temas priorizados
Empresarial	221	Reforma dos direitos trabalhistas, terceirização, competitividade, redução de encargos para o setor, custo Brasil, reforma tributária, renúncias e incentivos fiscais, creditícios e monetários.
Parentes	211	Evitar restrições na legislação eleitoral que impeçam as candidaturas por relação de parentesco.
Ruralista	109	Meio ambiente, regulamentação da Emenda Constitucional 81/2014 do Trabalho Escravo; regulamentação da aquisição de terras por estrangeiros, demarcação de terras indígenas e anistia às dívidas de produtores rurais.
Evangélicos	75	União homoafetiva, pesquisas com células-tronco, defesa da família, aborto.
Sindical	51	Defesa dos direitos trabalhistas, sindicais e previdenciários, manutenção da política nacional de salário mínimo, redução da jornada de trabalho.
Feminina	51	Ampliação da licença-maternidade, representação das mulheres em instâncias decisórias, combate à violência contra as mulheres, reforma política com igualdade de gênero.
Segurança	22	Maioridade penal, fim das penas alternativas, modificação do Estatuto do Desarmamento e do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Fonte: Elaborado a partir Radiografia do Novo Congresso: Legislatura 2015-2019 / Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar (DIAP). - Brasília, DF.

Considerando o quadro acima, observamos que a pauta da saúde não consta entre os temas priorizados pelas chamadas bancadas “autênticas”, nem mesmo entre os sindicalistas. A saúde aparece entre as bancadas formais que não têm o mesmo nível de comprometimento e envolvimento direto com as causas que defendem ou patrocinam. Neste caso, os membros da bancada saúde só entram em concordância quando discutem temas envolvendo aumento de investimento para este setor. Vale ressaltar, que segundo o relatório do DIAP o tema “saúde” se divide em três grupos de interesses, são eles:

[...] “o que defende saúde pública, estatal e gratuita; outro que patrocina os interesses privados, com fins lucrativos, incluindo os

seguros de saúde; e um terceiro que apoia e defende as santas casas, que fazem filantropia e recebem recursos públicos” (DIAP, 2014, p. 134).

As disputas entre os três grupos são acirradas, mas um ponto os une: o “aumento das verbas para a saúde” (DIAP, 2014, p. 78). E foi graças a essa unidade que tiveram duas vitórias na Legislatura 2011-2015, que consistiram: a) na destinação de recursos do pré-sal para a saúde, e b) na obrigatoriedade aos parlamentares para destinarem parcela do valor de suas emendas ao setor de saúde.

Cada um desses grupos possui um interesse específico: no campo sanitário, o grupo da ‘saúde pública, estatal e gratuita’, tem por finalidade a defesa e manutenção do SUS; o grupo ‘filantrópico’, o aumento de recursos interessa para a , [...] “atualização dos repasses para atendimento, considerados muito baixos, mesmo em se tratando de uma política regular de transferência de recursos” (DIAP, 2014, p.83); os defensores do grupo ‘privado’, que incluem hospitais privados e operadores de seguros de saúde [...] “lutam para ampliar sua participação nos recursos orçamentários e evitar repasses ao SUS pelo atendimento de quem possui plano de saúde” (DIAP, 2014, p.83).

A este respeito, no ano de 2015 foi publicado um relatório de pesquisa tendo como autores Mário Scheffer e Ligia Bahia, intitulado: “Representação política e interesses particulares na saúde: a participação de empresas de seguros de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014”, que demonstrou que as empresas de seguros de saúde doaram R\$ 54,9 milhões para as campanhas de 131 candidatos nas eleições de 2014. O apoio financeiro dos seguros de saúde contribuiu para eleger a “Presidente da República, três governadores, três senadores, 29 deputados federais e 24 deputados estaduais. Outros 71 candidatos a cargos eletivos receberam doações, mas não se elegeram” (SCHEFFER e BAHIA, 2015).

A cada nova eleição no Brasil, os seguros de saúde aumentam as apostas em candidatos ao Legislativo e Executivo, estendendo-as para políticos das três esferas de governo, de diversos partidos e candidaturas, tanto majoritárias quanto proporcionais.

Em 2006, os seguros de saúde doaram a candidatos R\$ 7.138.208,18 e, nas eleições de 2002 destinaram R\$ 839.000,00. Mesmo considerando-se os valores

corrigidos, as doações em 2014 foram 32 vezes maiores do que aqueles referentes a 2002 (SCHEFFER e BAHIA, 2015).

Ante esse cenário compreendemos que a relevância de uma aproximação político-programática entre sanitaristas e sindicalistas se torna ainda mais explícita, exigindo estudos acerca da consciência política do trabalhador organizado, e mais especificamente na formação sanitarista das lideranças sindicais. Como se procurou evidenciar neste capítulo, existem interesses recíprocos entre sanitaristas e sindicalistas, não obstante tenha se perpetuado ao longo do tempo uma base precária de diálogo. Esta condição, como se discutiu até aqui, se pode notar na contratação de seguros de saúde e nas taxas de acidentes de trabalho e subnotificação.

Considerando esses aspectos, pode-se dizer que o problema que estamos investigando pode ser descrito como um caso particular da desarticulação da cidadania brasileira, ocupando-se, especificamente, dos direitos públicos da saúde e do vínculo trabalhista/sindical nesse processo.

2 INTERPRETAÇÕES DO SINDICALISMO BRASILEIRO E SUAS LEITURAS NO CAMPO SANITÁRIO

O sindicalismo brasileiro passou por diferentes fases desde o início do século XX. Interessa-nos aqui, sobretudo, o período posterior a 1945. Nele podem-se identificar três momentos distintos: 1945-64; 1964-77; 1978 em diante. O exame mais detido desse período permitirá compreender o vínculo histórico na relação entre os trabalhadores e a assistência saúde.

2.1 Interpretações hegemônicas do sindicalismo Brasileiro

A avaliação do movimento sindical brasileiro provocou diversas polêmicas nos anos 1970 e ainda hoje. Nos anos 1970 a polêmica envolveu de um lado as análises de Francisco Weffort (1973 e 1978/1979) que criticava o “populismo” e o “peleguismo” de suas lideranças, que atreladas ao projeto varguista, teriam aberto mão de uma condução autônoma e “de classe” para o movimento, e, de outro, as respostas de Carlos Estevam Martins (1980) e Maria Hermínia de Almeida (1975). Estes acusavam a análise de Weffort de descontextualizada em relação ao confronto entre o projeto nacional-desenvolvimentista e a oposição liberal. A polêmica da época teve e ainda tem repercussão em trabalhos mais recente de vários autores, como Armando Boito Júnior, (1991), Naiara Dal Molin (2013); Marco Aurélio Santana, (1978/79, 1998, 1999,2008 e 2014); Ângela de Castro Gomes (2002 e 2005),

O desenvolvimento do sindicalismo brasileiro no período 1945/1964 é reconhecido pelo sistema “corporativista” implantado pelo Estado no primeiro governo Vargas que visava “controlar e tutelar as relações capital-trabalho”, por meio tanto do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), quanto da Justiça do Trabalho (HUMPHREY, 1982; e CARVALHO, 2001). Em grande medida, esta estrutura se mantém até os dias de hoje, mas vem sofrendo intensas mudanças promovidas pelos recentes governos liberal-conservadores que se instalaram no Brasil desde 2016.

A época, 1945-64, o MTIC era responsável pelo “controle da estrutura sindical” além da previdência social e da assistência médica aos trabalhadores, por meio dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), criados a partir de 1933 (CARVALHO, 2001: 113). Com a estrutura corporativa, a solução dos conflitos entre capital e trabalho que não eram pacificados nos acordos coletivos passaram à alçada da Justiça do Trabalho (HUMPHREY, 1982). Tal estrutura não foi modificada ao final do Estado Novo (1937 – 1945), tendo sido mantida pela Constituição Federal de 1947 (HUMPHREY, 1982: 22), e ainda hoje mantém essa função como sua essência.

É comum a interpretação do movimento sindical deste período como um “Sindicalismo de Estado” (RODRIGUES, 1968; RODRIGUES, 1966; BOITO JÚNIOR, 1991 e 2003; GREGÓRIO, 2007), ou seja, atrelado à política do Estado montado por Getúlio Vargas durante o Estado Novo. Este vínculo formal com o aparato público veio a ser fonte de um manancial de críticas desenvolvidas no âmbito acadêmico, que, via de regra, compreendeu a aproximação dos trabalhadores no interior dessa estrutura como evidência de sua redenção ao projeto populista de harmonização da luta de classes proposto por Vargas.

Um dos principais críticos das práticas sindicais do período foi Weffort (1973), ao mesmo tempo um dos principais responsáveis pela construção da ideia do “novo sindicalismo” gestado em fins dos anos 1970. Em suas considerações, o Novo Sindicalismo foi construído em contraste com as características e práticas sindicais de 1945 a 1964, dominadas, segundo ele pelo “sindicalismo populista”, que, como se discutiu acima, teria como um dos elementos centrais a dependência do sindicalismo à liderança de Vargas, ou do Estado. Segundo Weffort (1981 e 1978/79), a continuidade do autoritarismo e do corporativismo da legislação trabalhista brasileira submetida à ideologia nacionalista teria limitado as possibilidades das lideranças sindicais e da esquerda a assumirem um papel autônomo e de classe no período (SANTOS, 2012).

No segundo período, iniciado em 1964, a estrutura corporativa sindical foi mantida e a repressão aberta aos trabalhadores teve como uma de suas características uma política salarial francamente contrária aos interesses dos trabalhadores. Em 1966, o regime militar publicou o Decreto-Lei nº. 15, uniformizando as regras para os reajustes salariais, dando início a forte arrocho salarial, conjugado com uma dura repressão a qualquer contestação política por

parte dos sindicatos. O decreto deu margem à manipulação dos índices de inflação e da produtividade, importantes variáveis das fórmulas de reajuste salarial (HUMPHREY, 1982: 45-46). Como consequência, entre 1964 e 1969, o poder de compra do salário mínimo caiu 27% (MAGALHÃES, 2012: 511). Em setembro do mesmo ano o Congresso Nacional aprovou a criação do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), em troca da estabilidade no emprego, retirando a proteção contra as demissões, parte importante do chamado “pacto populista” implantado por Vargas (HUMPHREY, 1982: 50-52). Compondo essas mudanças, em novembro de 1966 o regime civil-militar unificou os Institutos de Aposentadoria e Pensões e criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Essas medidas foram acompanhadas do fim da gestão colegiada dos fundos e da participação dos trabalhadores na mesma, o que contribuiu para o afastamento desses dos serviços de saúde pública (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986: 196).

Durante pelo menos quatro anos (1964-68) o movimento trabalhista foi sufocado em sua resistência ao Golpe e às políticas de arrocho salarial e de perda de direitos, até que em abril de 1968 estourou uma greve entre os metalúrgicos de Contagem, Minas Gerais e em julho do mesmo ano outra em Osasco, São Paulo. Ambas foram organizadas no nível das fábricas e buscavam romper com o estilo de mobilização e ação dos trabalhadores que predominou entre 1945 e 1964 (WEFFORT, s.d.; e HUMPHREY, 1982: 29).

Esse rompimento serviu de base para o processo de construção social do “novo sindicalismo” e da “nova esquerda” que vieram a gestar a Central Única dos Trabalhadores (CUT) e o Partido dos Trabalhadores (PT). Não cabe no âmbito deste trabalho desenvolver uma análise detalhada das características no “novo sindicalismo”, mas é importante assinalar algumas das suas características. Segundo Alves (2000: 117), uma dessas características é a ênfase na sua organização pela base que “caracterizou-se por uma nova prática sindical, da construção da intervenção operária nos locais de trabalho, considerada uma das principais debilidades do sindicalismo brasileiro [da fase anterior]”.

Santana (1998: 19) destaca a importância dada pelas novas lideranças ao distanciamento em relação às práticas atribuídas ao “velho sindicalismo”:

As práticas propostas pelo “Novo Sindicalismo” deveriam ser entendidas como uma negação do que se havia feito período anterior

ao golpe militar de 1964. Ao velho sindicalismo, dito populista, deixava-se o fardo de ser caracterizado por um distanciamento das bases e pouco empenho reivindicativo no que diz respeito aos interesses imediatos da classe trabalhadora em detrimento da participação nos arranjos políticos mais amplos. Ele seria responsável pelo atrelamento do movimento dos trabalhadores aos estreitos liames da estrutura sindical corporativa, tomando-o mero apêndice do jogo de dominação das elites.

De fato, a partir de 1972, a nova direção do Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo passou a adotar práticas que rompiam com a tradição sindical brasileira construída no período 1945/1964. Lula fazia parte da diretoria eleita em 1972, como primeiro-secretário do Sindicato (MIR, 2007: 412; e PINTO, 2011: 94). Segundo Maria Hermínia Tavares de Almeida (1975: 68):

[seria] a primeira vez, também, que as lideranças sindicais abandonam a ideia de unidade sindical e reconhecem e explicitam a diferenciação interna da camada trabalhadora entre os setores modernos que podem negociar diretamente com as empresas e os que, por estarem ligados a atividades tradicionais, ainda precisam da tutela do Estado.

Como se viu, o principal defensor da tese da ruptura entre o “velho” e o “novo sindicalismo” foi Francisco Weffort (1973, 1978/79, 1981 e 2003). Outras narrativas apologistas como a de Antônio Almeida (1999), tratam os líderes do “velho sindicalismo” de forma indistinta, como “pelegos”. O importante a ser ressaltado é que as interpretações de Weffort não só se tornaram hegemônicas (Santana, 1998), como contribuíram para aprofundar a descontinuidade histórica no sindicalismo e na política brasileira do ponto de vista do imaginário, além de uma forte depreciação da experiência política trabalhista.

Uma interpretação diferente da apresentada até o momento, é da historiadora Ângela de Castro Gomes (2002 e 2005). Autora de livros seminais para a historiografia, em sua obra “A Invenção do Trabalhismo” (2002) mais do que trabalhar com o conceito de populismo a autora discute seu valor interpretativo, questionando profundamente a interpretação historiográfica consagrada, que afirmava a submissão da classe trabalhadora no chamado contexto populista. A partir do resgate de uma história social, fundamentada em documentos produzidos pelos próprios trabalhadores e não em uma narrativa histórico-estrutural, a autora ressalta em suas pesquisas a intensa negociação e resistência dos trabalhadores

frente ao Estado, destacando o protagonismo de diferentes atores histórico em ação naquele contexto.

2.2 O contraponto a interpretação hegemônica da sociologia do trabalho: a entrada do povo na história

Segundo Gomes (2002 e 2005), a interpretação consolidada na segunda metade da década de 80, não só no Brasil, mas em toda a América Latina vem marcada pela categoria do “populismo” e a teoria da “modernização” de países considerados atrasados e subdesenvolvidos, que estavam passando pelo processo de industrialização e urbanização. Essa é a leitura recepcionada pelo cânone interpretativo do movimento reformista da saúde nos anos 1970 [apresentada no item anterior].

Segundo a autora, a categoria “populismo”, que se refere ao tipo de interação política entre a cúpula sindical e o Estado tem grande relação com o processo de industrialização/urbanização, e guarda uma visão maniqueísta tanto das elites políticas, que sempre agiriam com perfídia e rapacidade, e a presença ingênua das camadas populares, sempre interpretadas a partir do deslocamento desses trabalhadores do campo para a cidade. E esse deslocamento geográfico foi interpretado por alguns pensadores como uma falta/ausência de orientações adequadas para o contexto urbano/político, tornando essas camadas populares um alvo fácil de lideranças de partidos políticos e/ou de organizações sindicais, o que os tornam tranquilamente manipuláveis por essas lideranças.

A categoria “populismo” e as palavras “manipulação” e “cooptação” andam muitos juntos. O que a Gomes (2002 e 2005) discute na sua obra, é que essa interpretação consagrada não considera os sujeitos históricos, nem mesmo lida de uma forma precisa e mais cuidadosa com as lideranças políticas.

Dessa maneira a autora discute duas perspectivas: de um lado, a necessidade de dar importância para as escolhas das camadas populares, que precisam ser levadas em consideração e que há efetivamente escolhas dessas pessoas. Assim como, devemos pensar igualmente que essas lideranças estão

desenvolvendo um tipo de ‘relação’ que também não cabe numa perspectiva populista, na medida que não tem vínculos com partidos políticos de base.

Ao questionar de uma forma ampla o tratamento que é dado as relações de poder, relações absolutamente assimétricas – vindo de cima para baixo – não considerando a ‘base’ como atores, o que acaba sendo nomeado, por exemplo, em diagnósticos que dizem que o povo não sabe votar; o que é uma maneira de dizer: que o povo não tem condições/capacidade de escolher seus representantes, e de outro lado, que seus representantes, não são seus representantes. Ou ainda, que o cidadão brasileiro é incapaz de definir e formar seus destinos político. Como vimos na leitura weffortiana, essa depreciação se estende a suas organizações de classe.

Como se sabe, os atores têm orientações que atestam a sua autonomia. Sua experiência como trabalhador, como morador de bairros, como associados em sindicatos e outras formas políticas que efetivamente têm bases partidárias. Neste sentido, a autora considerar as relações de poder como relações entre atores que tem poder – diferenciado/desigual – e que estão presentes na história. (GOMES, 2002 e NEVES, 2001)

Sonia Fleury, em seu artigo intitulado: “Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído”, com o objetivo de compreender o processo que levou a criação do SUS faz um levantamento de algumas hipóteses explicativas, dentre elas, há de que a “democracia é o processo de **reconhecimento dos trabalhadores** [grifos meus] como sujeitos políticos a partir de suas lutas, em um processo mútuo de auto e hetero reconhecimento de identidades sociopolíticas entre diferentes sujeitos”. (FLEURY, 2009: 748).

Pela leitura de Ângela Gomes, pode-se dizer que o projeto político do estado brasileiro na década de 1940 inventou o trabalhismo. Uma ideologia estruturada por políticas públicas com a participação de intelectuais articulados ao governo, como Oliveira Viana. O trabalhismo conferiu novos significados que recriou as demandas dos trabalhadores na formação da república. Esta presença popular também é reivindicada no campo sanitário. (BERLINGUER, TEIXEIRA E CAMPOS, FLEURY, 1998)

Nesse momento, portanto, houve um esforço da burocracia do estado novo, principalmente, concentrado no MTIC, da época, em conformar e divulgar uma proposta de relação entre representantes do Estado e trabalhadores, organizados em uma estrutura sindical oficial. Uma proposta fundada em um grande conjunto de

iniciativas de políticas sociais, desenvolvidas desde o início da década de 30 com raízes, inclusive, anteriores a década de 30.

A política pública neste período, tinham como carro chefe a legislação trabalhista e previdenciária. A autora destaca as linhas de descontinuidade, entre o *pré* e *pós* 30, mas também, apresenta linhas de continuidade. Destaca que ao analisar os discursos dos representantes Estado novista no que diz respeito a proposta de relações com os trabalhadores, é possível identificar um conjunto grande de iniciativas no campo da regulamentação do mercado de trabalho que são anteriores a 30, mas que ganha um sentido muito mais amplo e, principalmente, mais efetivo no sentido que há de fato interesse do Estado que a legislação trabalhista e previdenciária seja aplicada. Esta incorporação de “bandeiras operárias” por parte do estado novo não é captada pelos interpretes que definem a experiência política de 1930 a 1964 como populista (GOMES, 2002 e 2005). É esta interpretação da presença popular na construção dos direitos no Brasil, que abre espaço às ambiguidades da história social dos trabalhadores deve interessar à implementação da agenda sanitária em sua luta por ampliação de base social de apoio.

O trabalhismo vai ser um capital político importante, tanto em conjunto de lideranças do pos-45 – políticos partidários – quanto para formação de lideranças políticas sindicais. E os trabalhadores – como sujeitos da história – se apropriam desse sindicalismo corporativista, que em outro momento político, no pos-45, lutam fortemente para manutenção e para expansão dos seus direitos trabalhistas e previdenciários. Ou seja, o que era pura cooptação populista para os analistas parecia ser interpretado como tábua de salvação para os trabalhadores que se formalizavam. O trabalhismo lido apenas na chave corporativa previdenciária, como o sanitaríssimo fez tradicionalmente desconsidera as virtudes da sua aproximação com os direitos públicos vinculados a cidadania política. Nos anos 1970 o sanitarismo se alimentaria dessa interpretação, depreciando ou desconsiderando qualquer valor da luta pregressa dos trabalhadores.

Então essa estrutura sindical que é montada com o controle do Estado, vai ser fortemente e apropriada pelos trabalhadores e utilizada pelos sindicatos de base para suas lutas políticas e sociais até 64, e mesmo depois de 64 (GOMES, 2005).

Lucília de Almeida Neves (2001: 169-203), afirma que o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) “pode ser identificado como expressão melhor acabada do

trabalhismo brasileiro” que se aliara a Vargas no final de seu governo. Tal explicação, embora guarde certa validade, em função das características corporativas da organização sindical junto ao MTIC e da Justiça do Trabalho, contribui para o processo político histórico e das relações entre os partidos, os sindicatos e o Estado.

A grande divergência a respeito do movimento dessa época diz respeito ao papel desempenhado pelo PCB. A este respeito deve-se reconhecer que o apoio temporário prestado pelo PCB a Getúlio e depois a João Goulart, não o impediu de manter uma grande independência desses na maior parte do período em relação a diversas questões, em particular à atuação no movimento sindical (GOMES, 2002 e NEVES, 2001). Ao voltar para a legalidade em outubro de 1945 (SCHMITT, 2000: p. 22; e CPDOC), por exemplo, o PCB, cresceu e se reorganizou rapidamente, assumindo a hegemonia entre os trabalhadores, chegando a liderar a criação da Confederação Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB), em 1946, à qual contrariava os preceitos da organização sindical imposta pelo Estado, que proibia a formação de centrais sindicais (GIANOTTI, 2007: 152, MARINGONI, 2013: 5).

Mesmo tendo sido colocado na ilegalidade novamente em 1947, assim como a CGTB (SKIDMORE, 1982: 93; MAGALHÃES, 2012: 182), não perdeu esse papel hegemônico, voltando a organizar entidades de centralização da luta sindical como o Pacto de Unidade Intersindical de 1953 (MAGALHÃES, 2012: 211), e depois, PTB o Comando Geral dos Trabalhadores (CGT), em 1962 (RUY, 2018). A CGT deflagrou, inclusive, uma greve geral de caráter político em setembro de 1962 (MAGALHÃES, 2012: 272) e veio a constituir uma das principais preocupações dos golpistas de 1964 como um dos elementos de um suposto levante comunista (GREGÓRIO, 2007: 111). Em março de 1953, em pleno governo Vargas, os comunistas lideraram a “Greve dos 300 mil”, em São Paulo, maior movimento grevista no país até então (MARINGONI, 2013: 5; e NETO, 2014: 240). Em 1963 no governo Goulart, liderou a “greve dos 700 mil”, também em São Paulo (FAUSTO, 2000: 459; e MARINGONI, 2013: 6). De acordo com Neves, o trabalhismo getulista

[...] não só correspondeu a um programa de reformas sociais, nacionalistas e desenvolvimentistas [grifos meus], como também se constituiu em uma doutrina caracterizada por apresentar um projeto de cidadania [grifos meus] bastante específico, no qual se mesclaram elementos da socialdemocracia [grifos meus] e do assistencialismo estatal (NEVES, 2001: 174) "

Podemos dizer que nesse período, especialmente a partir de 1945, o PTB tinha um projeto para o Brasil, que tinha como principal uma concepção “distributiva de bens e benefícios, (NEVES, 2001: 175) “. Podemos acrescentar que os trabalhadores sindicalizados eram parte importante dessa construção, uma vez que desde de sua fundação, o PTB apresentou um programa pautado nos seguintes temas:

Direitos trabalhistas; garantia de emprego; políticas públicas destinadas a qualificação do trabalhador; **previdências social ampla: políticas públicas/sociais voltadas para o lazer, a saúde, a educação, a proteção à infância e à maternidade;** [grifos meus] política de planificação econômica dirigida pelo Estado; distribuição de renda e de “riquezas”; extinção do latifúndio improdutivo e adoção de uma política agrária voltada para a distribuição de terras e fixação do homem rural no campo e incentivo ao cooperativismo econômico e à solidariedade entre todos os cidadãos, visando à paz social. (NEVES, 2001: 175 – 182 apud Programa do PTB – arquivo Getúlio Vargas – GV 45000/1 – FGV – CPDOC – RJ)

O trabalhismo dentro do PTB e a busca por direitos sociais, impulsionado pelo socialismo de Alberto Pasquini, fez com que, além de se traduzir em uma proposta para a nação brasileira, o trabalhismo foi também, um projeto que contribuiu, para a configuração de uma “identidade coletiva da classe trabalhadora [projeto nação]” (NEVES, 2001: 190 – 199).

Neves (2001:184-186), diz que na verdade, o objetivo do trabalhismo do PTB nos seus primeiros anos era “tornar visível a força dos trabalhadores junto à opinião pública e ao mesmo tempo controlar seus possíveis arroubos conflitivos”, o que se aproxima muito dos objetivos posteriores do movimento sanitário brasileiro, iniciado nos anos 1970.

A força do trabalhismo brasileiro e sua convergência com ideais sanitaristas pode ser localizada na promulgação pelo Congresso Nacional, em 1960, da Lei Orgânica da Previdência Social - LOPS. Reconhecida como um sistema previdenciário único, que abrangia todos os trabalhadores do setor privado, a nova lei eliminava a diferenciação de oferta e a assistência médica entre os institutos de aposentadoria e pensão (BATICH, 2004). A LOPS, é uma conquista dos trabalhadores 20 anos antes da Lei Orgânica da Saúde, sancionada em 1990, que se propunha regular em um sentido universalizante as ações e serviços de saúde (BRASIL, 2018d).

No primeiro capítulo apresentou-se o momento da distância e desencontro entre o comportamento político sindical e a agenda sanitária. Já no segundo capítulo, procurei analisar as interpretações do sindicalismo brasileiro e suas leituras no campo sanitário. Apresentamos a visão do principal defensor da tese da ruptura entre o “velho” e o “novo sindicalismo”, Francisco Weffort (1973 e 1978/1979), e a interpretação da historiadora Ângela de Castro Gomes, com questionamento profundo da interpretação historiográfica consagrada, que afirma a submissão da classe trabalhadora no contexto populista. No terceiro capítulo o esforço consistirá em identificar o momento da convergência, ou seja, a trajetória da construção institucional da saúde do trabalhador dentro SUS, expressando o momento do diálogo político programático. Diálogo precário, como apresentado na introdução da dissertação, dado que ao lado dessa luta dos sindicatos junto ao SUS também se processa a pressão pela formalização de seguros privados de saúde e a priorização do enfrentamento dos problemas afetos aos acidentes de trabalho no âmbito da Ministério da Previdência Social

3 A CONSTRUÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR/A NO SUS

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em 1986, muda o olhar sobre a temática – Saúde do Trabalhador (ST). Essa mudança se dá principalmente com a influência da divulgação das experiências da Rede de Serviços de ST, que já trazia incorporados princípios como a universalidade, a integralidade e o controle social, anterior à promulgação do SUS (GOMEZ, VASCONCELLOS e MACHADO, 2018; e MINAYO-GOMEZ, THEDIM-COSTA, 1997).

Este capítulo é exploratório do vínculo entre a ST e o SUS, seguida da sua institucionalização, apontando-se os avanços conseguidos e as várias dificuldades encontradas. Destaca-se particularmente a compreensão dessa relação analisando os relatórios finais das 4 (quatro) conferências nacionais de saúde do trabalhador, com objetivo de rastrear a atuação dos trabalhadores na construção de instâncias institucionais no SUS. A proposta desse capítulo é apresentar os momentos de diálogos sindicalistas e propósitos sanitaristas, diferentemente, dos apresentados no capítulo 1.

3.1 Antecedentes da Saúde do Trabalhador no Brasil

Nos anos 1950-1960, o industrialismo desenvolvimentista sustenta a estratégia de organização dos serviços médicos nas empresas que, ao lado de fazerem atendimento clínico-individual, assumem atribuição prescrita pela Saúde Ocupacional, atuando no estudo das causas de absentismo, na seleção de pessoal e análise das doenças e acidentes ocupacionais (LACAZ, 2007; GOMEZ, VASCONCELLOS e MACHADO, 2018).

No início dos anos 1980, em São Paulo, setores do movimento sindical, como metalúrgicos, químicos, petroquímicos, bancários, exigem dos serviços de saúde pública envolvimento com as questões de saúde relacionadas ao trabalho. A assessoria técnica do DIESAT junto ao Sindicato dos Trabalhadores Químicos e Petroquímicos do ABCD teve relevante papel na superação do assistencialismo,

contribuindo para que o sindicato propusesse, no ano de 1984, à Secretaria de Estado da Saúde (SES), o Programa de Saúde do Trabalhador Químico do ABC, experiência pioneira com efetiva participação sindical em sua gestão (LACAZ, 2007; GOMEZ, VASCONCELLOS e MACHADO, 2018)). Posteriormente, influenciado por esse movimento foram criados o Programas de Saúde do Trabalhador (PST) semelhantes na SES de São Paulo e em outros Estados brasileiros, “[...] com diversos níveis de participação dos trabalhadores, inclusive na realização de ações de vigilância em algumas empresas” (LACAZ, p. 761, 2007).

Lacaz (2007), em seu artigo salienta que:

[...] os PST são uma tendência mundial, influenciada por organismos internacionais, que preconizam a incorporação de **ações de saúde na rede de serviços de saúde pública** [grifos meus], conforme posição assumida pela OIT em 1985, quando propõe os Serviços de Saúde no Trabalho como política pública, com ampla participação dos trabalhadores, posição esta também defendida pela OMS. Eventos atestam a atuação da OMS, de forma mais clara, com o envolvimento do seu órgão regional para as Américas, a partir de 1983, ocasião em que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) publica o documento *Programa de Salud de los Trabajadores*. Em 1984, no seminário *Actividades de Salud Ocupacional en la Red de Servicios de Salud* patrocinado pela OPAS e realizado em Campinas, documento de apoio às discussões elaborado por consultores do órgão colocava a necessidade de se **passar do conceito de saúde ocupacional para o de saúde dos trabalhadores para enfrentar a problemática saúde-trabalho como um todo, onde se conjuguem fatores econômicos, culturais e individuais para que se possa produzir um resultado que é a saúde de uma sociedade, de um país, de um continente** [grifos meus] (p. 757-756).

É nesse momento que tem início os primeiros Programas e nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST, que são anteriores ao SUS, que ainda mantinham a prevaência a dimensão assistencial, perspectiva essa que sofre mudanças que estão presentes no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde quando apontava que “o trabalho em condições dignas e o conhecimento e controle dos trabalhadores sobre processos e ambientes de trabalho são pré-requisitos para o pleno exercício do acesso à saúde”, na perspectiva da saúde como direito (GOMEZ, VASCONCELLOS e MACHADO, p. 1967, 2018).

3.2 Conferências de Nacionais Saúde dos Trabalhadores e das Trabalhadoras (CNSTT's)

As conferências de saúde são espaços institucionais de participação social e de exercício da democracia com a responsabilidade de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para as políticas de saúde nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) a fim de orientar os governos no planejamento da saúde e na definição de ações prioritárias nos municípios, estados e em âmbito nacional.

Conforme estabelece a lei 8142, de 28 de dezembro de 1990, as conferências de saúde devem acontecer de quatro em quatro anos e são convocadas pelo poder executivo, ou, extraordinariamente, pelo Conselhos de Saúde.

Participam das conferências de saúde vários atores da sociedade eleitos entre os representantes dos usuários, trabalhadores e gestores do SUS, uma conquista da população brasileira construída e consolidada pelo esforço de trabalhadores da saúde, gestores e usuários em todo território nacional.

As conferências temáticas, como é o caso da Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora, da Saúde da Mulher, das Vigilâncias em Saúde, entre outras, são deliberadas no pleno dos Conselhos de Saúde ou em Conferências Nacionais de Saúde.

3.2.1 Trajetória institucional do campo da Saúde do Trabalhador (ST) no Sistema Único de Saúde (SUS)

A 8ª conferência nacional de saúde, realizada em março de 1986 representou, sem dúvida, uma contribuição de maior importância para o processo de redemocratização, não só do setor saúde, mas também da própria vida política brasileira. Foi esse espaço que propiciou, orientou e incentivou a organização da 1ª CNST, foram realizadas pré-conferências em 20 Estados, com resoluções e proposições que muito contribuiu para os debates, que foram incorporadas em três temas: (I) Diagnóstico da situação de saúde e segurança dos trabalhadores; (II)

Novas alternativas de atenção à saúde dos trabalhadores; e a (III) Política Nacional de Saúde e Segurança dos Trabalhadores. (BRASIL, 1989)

No relatório final dessa conferências, há uma reafirmação sobre a necessidade de mudar o olhar sobre o conceito de saúde do trabalhador que não pode ser limitado apenas ao âmbito da fábrica, nem tão pouco à sua formulação estritamente biológicas. É necessário que se entenda a saúde como determinada pelos processos sociais mais abrangentes, entendendo-a, portanto, como um conceito integral, dinâmico, levando-se em conta que a saúde é determinada simultaneamente pelas condições de vida e pelas condições de trabalho. (BRASIL, 1989)

O debate do conjunto de questões sistematizados no tema central – saúde como direito, reformulação do sistema de saúde e financiamento do setor – propiciou um avanço significativo no rumo de uma nova política nacional de saúde, no sentido de promover a inadiável Reforma Sanitária. Viabilizando assim, a proposta de “saúde como direito do cidadão e dever do Estado”. Sem dúvida, é possível afirmar que estávamos diante de uma mudança consistente de perspectiva política sobre o enfrentamento das questões ligadas a saúde do trabalhador, compreendido como uma dimensão dos direitos públicos que conformam a cidadania. Essa mudança qualitativa na interpretação se fez sentir nas grandes transformações jurídico institucionais que viriam a ser implementadas posteriormente.

A partir da Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8080/90, a ST passa a ser situada na perspectiva da saúde como direito universal – sendo a primeira vez que a Saúde do Trabalhador é englobada ao Ministério da Saúde – uma vez que, a Lei Organiza de Saúde determina que as ações de ST devam ser executadas pelo SUS nos âmbitos da informação, vigilância, assistências, pesquisa e participação dos sindicatos (LACAZ, 2007).

Na CF88, no Art. 200, encontra-se definido que ao SUS compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

Inciso II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, **bem como as de saúde do trabalhador** [grifos meus];
Inciso VIII – colaborar na **proteção do meio ambiente** [grifos meus], nele **compreendido o do trabalho** [grifos meus].

Na Lei nº 8.080, de 19/9/90 – Lei Orgânica da Saúde, no seu Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do SUS:

Inciso I - a execução de ações:

- a) de vigilância sanitária;
- b) de vigilância epidemiológica;
- c) de saúde do trabalhador;** e [grifos meus].
- d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

Na Lei Orgânica consta ainda no Art. 6º § 3º, que a saúde do trabalhador deve ser compreendida como um

[...] Conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

A Lei 8.080 Art. 7, inciso VIII prevê que as ações desenvolvidas no SUS sejam de acordo com as diretrizes da CF: **participação da comunidade** [grifos meus], enquanto o Art. 12 prevê a criação de 6 (seis) comissões intersetoriais no âmbito nacional subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde.

E é a Lei 8.142/90 que reforça a participação da Comunidade. No seu Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo [grifos meus], sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: (I) Conferência de Saúde; e (II) o Conselho de Saúde [grifos meus]. Ainda no ART. 1º a Lei 8.142/90 prevê que

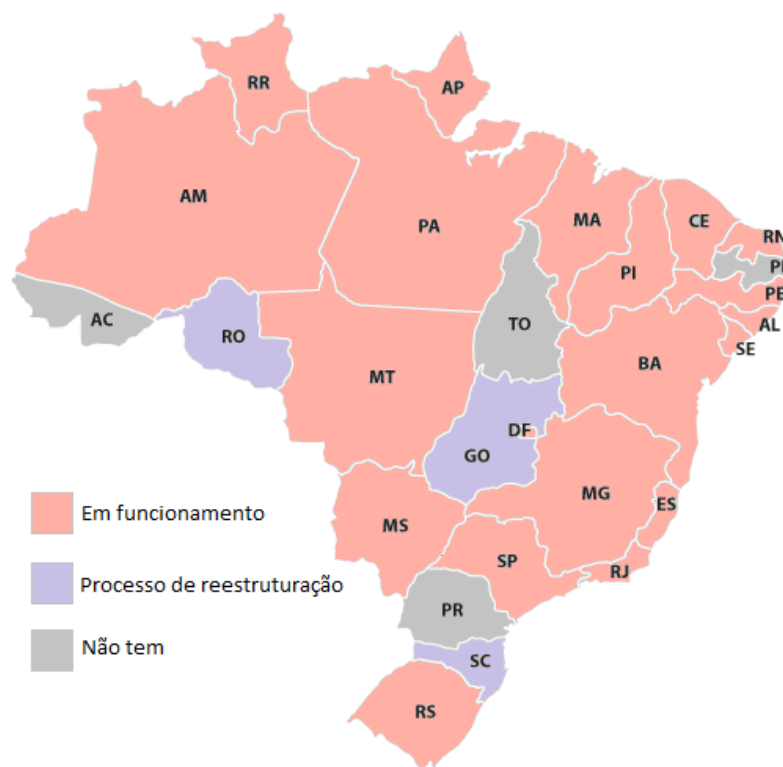
§ 1º A **Conferência de Saúde** [grifos meus] reunir-se-á a cada **quatro anos** [grifos meus] com a **representação dos vários segmentos sociais** [grifos meus], para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

§ 2º O **Conselho de Saúde** [grifos meus], em **caráter permanente e deliberativo** [grifos meus], órgão colegiado composto por **representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários** [grifos meus], atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente

E essa mesma Lei regula a necessidade de o conselho de Saúde estruturar a comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST. A CIST foi criada com o objetivo de participar em conjunto com entidades representativas dos empregados, empregadores, instituições da sociedade civil e órgãos públicos, direta ou indiretamente responsáveis pela preservação e recuperação da saúde do trabalhador (a). Vale ressaltar que a CIST, é uma comissão do Conselho de Saúde; a CIST não delibera e nem recomenda ações, pois apenas o Conselho de Saúde tem caráter deliberativo. A CIST pode ser entendida como um momento de mudança qualitativa, ainda que não plena, na própria forma de se fazer e compreender a política de saúde do trabalhador. Ou seja, tal Comissão Intergestora incorpora lideranças formadas nos movimentos sindicais, contando em 2018 com a presença de sindicalistas em todas as suas diretorias. Como vimos, essa participação e interação era algo impensável para os movimentos organizados do trabalho na questão da saúde, vindo a se tornar uma realidade apenas com a criação do SUS.

A figura 3, apresenta o número de CIST em funcionamento no país em 2018, ano em que o SUS completou 30 anos.

Figura 3 – Pré-diagnostico das CIST estaduais – (2018)



Fonte: elaboração com base nos relatórios publicados pela Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST

Alguns autores (LACAZ, 2007; GOMEZ, VASCONCELLOS e MACHADO, 2018, e MINAYO-GOMEZ, THEDIM-COSTA, 1997) entendem que a atuação da CIST tem sido decisiva para a Instrução normativa da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT).

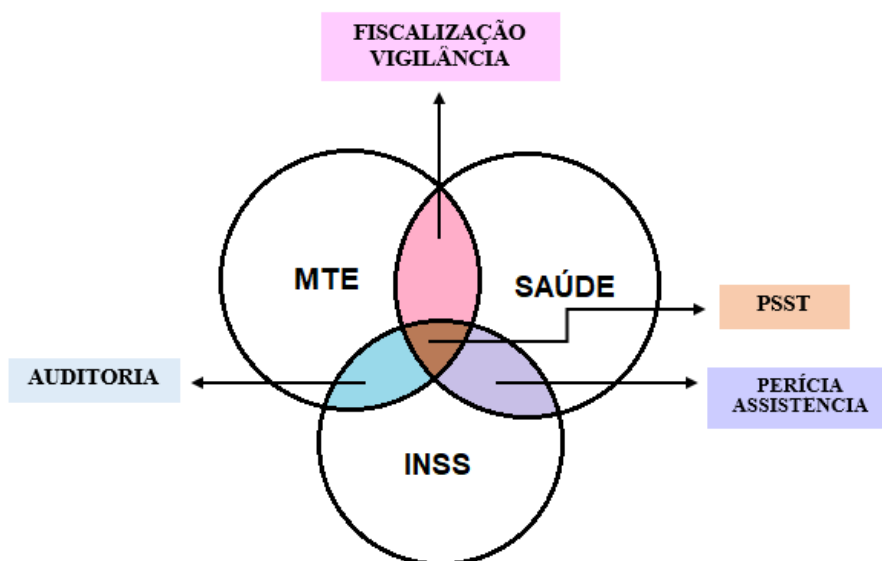
A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende um conjunto de ações e práticas que envolvem desde a vigilância sobre os agravos relacionados ao trabalho, tradicionalmente reconhecida como vigilância epidemiológica; intervenções sobre fatores de risco, ambientes e processos de trabalho, compreendendo ações de vigilância sanitária, até as ações relativas ao acompanhamento de indicadores para fins de avaliação da situação de saúde e articulação de ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos².

A VISAT é estruturante e essencial ao modelo de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador. Constitui-se de saberes e práticas sanitárias, articulados Intra e Inter setorialmente. A especificidade de seu campo de ação é definida por ter como objeto a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, realizada com a participação e o saber dos trabalhadores em todas as suas etapas.

Outro movimento importante, foi a publicação da Portaria Interministerial nº1, de 20 de abril de 1993, que institucionalizou o Grupo Executivo Interministerial – Geisat, constituído pelos representantes dos Ministérios da Saúde, da Previdência Social e do Trabalho e Emprego. Este grupo se fundamentou na premissa de que a abrangência do seu campo de ação, a saúde do trabalhador, exige abordagem intrasetorial, multiprofissional, interdisciplinar, envolvendo todos os níveis de atenção e esferas de gestão do SUS, e Intersectorial, com a atuação de diferentes ministérios e setores do governo e participação ativa do trabalhador (REFERENCIA) Como se pode notar, a dispersão institucional que destacamos no capítulo 1 acerca da luta dos trabalhadores pelo acesso a assistência encontra com essa portaria um esforço de superação. Todavia, insuficiente, até o momento, para superar o legado da dispersão anterior. Vejamos na figura seguir:

² Segundo a Portaria 3.120/GM/1998 a Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende 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 sociais, tecnológicos, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los.

Figura 4 – Grupo Executivo Interministerial – Geisat



Fonte: Elaborado a partir do relatório final da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

O grupo interministerial retratado na figura acima reconhecia a intersetorialidade que a assistência de saúde do trabalhador requeria, apontando que no caso da perícia médica e da assistência envolvendo acidente de trabalho aproximava o MS e o INSS. A Auditoria realizadas nas empresas também destacava a convergência das atribuições do INSS e do MTE. Já a realização da Fiscalização da vigilância sanitária aproximava o MTE e o MS. E por fim, a criação da PSST, que se tornava a zona de interseção dos três ministérios.

Em 1994, foi realizada a II CNST, que trazia como tema central o *slogan* “construindo uma política de saúde do trabalhador”, representando mais um passo decisivo em direção ao reconhecimento dos vínculos programáticos entre as agendas sanitaristas e sindicalistas. (BRASIL, 1994)

Apesar da difícil conjuntura nacional existente no ano de realização da II CNST, com os trabalhadores enfrentando dificuldades agravadas pela tentativa de implantação do projeto neoliberal, com a Revisão Constitucional impondo riscos às conquistas alcançadas no processo constituinte de 1988, com o sucateamento crescente do estado, principalmente nas áreas sociais, onde está incluída a saúde, foi possível, com a soma de esforços dos atores envolvidos, realizar a Conferência com alto grau de representatividade. Apesar do quadro exposto anteriormente, esta participação demonstra que a saúde constitui uma das prioridades para a classe trabalhadora.

Dentre as propostas aprovadas no plenário, destaca-se, por seu caráter abrangente e pela magnitude do impacto que causará na reestruturação dos setores saúde, trabalho e previdência, e na definição da Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores, a proposta de unificação de todas as ações de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 1994)

Logo após a realização II CNST, a partir da Portaria Ministerial 1.679/2002, criam-se os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). O CEREST é um serviço SUS, que visa atender as questões relativas à saúde dos trabalhadores e foi criado no intuito de fortalecer as ações relacionadas à saúde dos trabalhadores nos âmbitos estaduais e municipais, tendo o papel de prover retaguarda técnica especializada em saúde laboral para o conjunto de ações e serviços da rede SUS. Os CEREST's abrem uma possibilidade de enfrentamento da questão de acidente de trabalho numa chave totalmente nova, se pensarmos que o meio tradicional, que é o ministério da previdência, impõe sérios limites ao reconhecimento público dos direitos do trabalho ao se manter próximo do âmbito de influência e controle patronal. A título de exemplo um dos grandes desafios que persistem neste esforço de integração diz respeito ao reconhecimento dos CEREST's como instancias autorizada em realizar as perícias medicas por parte da previdência. Outro desafio, consiste em que esse valor dos CEREST's, não está incorporado aos serviços de atenção básica, média e alta complexidade da rede SUS, o que poderia se torna uma agenda sindical. (BRASIL, 1994)

Esta retaguarda deve ser organizada segundo o método do apoio matricial às equipes de referência das diversas instâncias da rede de atenção, promoção e vigilância em saúde, garantindo funções de suporte técnico, de educação permanente, de assessoria ou coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência, além de atuar como articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador.

A Renast, regulamentada pela Portaria nº 2.728/GM de 11 de novembro de 2009, é uma das estratégias para a garantia da atenção integral à saúde dos trabalhadores. Ela é composta por CEREST's – ao todo, até dezembro de 2018, 210 unidades espalhadas por todo o País (figura 5) – e por uma rede de 1.000 serviços sentinela de média e alta complexidade capaz de diagnosticar os agravos à saúde

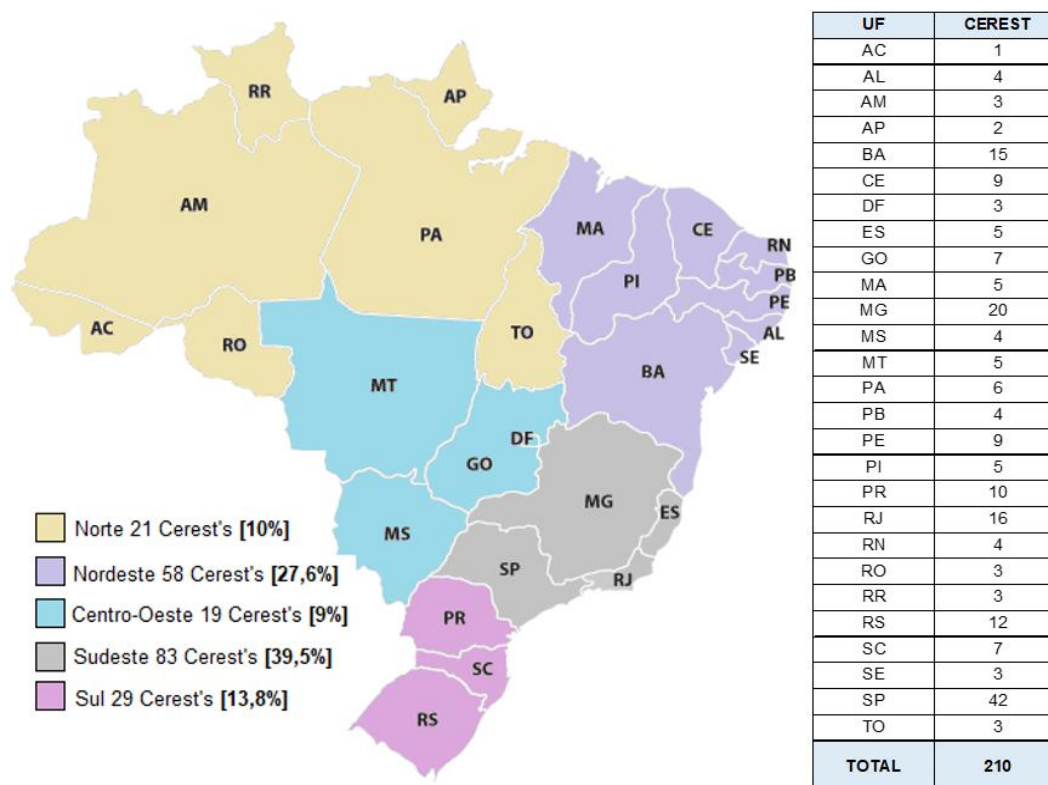
que têm relação com o trabalho e de registrá-los no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET).

Os CEREST's recebem recursos financeiros do Fundo Nacional da Saúde, de "R\$ 30 mil para serviços regionais e R\$ 40 mil para as unidades estaduais, para realizar ações de promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais", independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho. (BRASIL, 1994)

Além disso, em esfera interinstitucional, o Ministério da Saúde desenvolve uma política de ação integrada com os ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência Social, a Política Nacional sobre Saúde e Segurança do Trabalho (PNSST), cujas diretrizes compreendem:

- I – Ampliação das ações, visando a inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema de promoção e proteção da saúde;
- II – Harmonização das normas e articulação das ações de promoção, proteção e reparação da saúde do trabalhador;
- III – Precedência das ações de prevenção sobre as de reparação;
- IV – Estruturação de rede integrada de informações em Saúde do Trabalhador;
- V – Reestruturação da formação em Saúde do Trabalhador e em segurança no trabalho e incentivo à capacitação e à educação continuada dos trabalhadores responsáveis pela operacionalização da política;
- VI – Promoção de agenda integrada de estudos e pesquisas em segurança e Saúde do Trabalhador.

Figura 4 – Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST (2018)



Fonte: elaboração a partir dos dados disponíveis na Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast)

Pouco a pouco, ainda nos anos 2005, avançava-se e novos desafios surgiam. A 3º CNST representou um momento ímpar tanto pela participação dos três ministérios (Saúde, Trabalho e Emprego, Previdência Social) na sua convocação quanto, e principalmente, na ampla participação de diversos segmentos sociais em todas suas etapas.

Lacaz (2007) avalia eu as resoluções 1º CNST foram, em grande parte, reflexo das grandes greves do final dos anos 70, que abalaram as instituições políticas do período da Ditadura Militar e, ao mesmo tempo, questionaram o despotismo da gerencia na grande indústria e, depois, também nas medias e pequenas empresas. Segundo o autor, apensar da década de 80 ser considera por muitos estudiosos como “uma década perdida” em termos econômicos e sociais, do ponto de vista político e ideológico foi de grande importância para a consolidação da luta dos trabalhadores e da sociedade brasileira pela democracia.

A 3º CNST, celebra a Política Nacional de Saúde do Trabalhador do MS, em vigor desde 2004, que visava reduzir os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde. (BRASIL, 2005)

Suas diretrizes, descritas na Portaria nº 1.125 de 6 de julho de 2005, compreendem a atenção integral à saúde, a articulação intra e Intersetorial, a estruturação da rede de informações em Saúde do Trabalhador, o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, no art. 2º, tem por finalidade definir

[...] os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do SUS – federal, estadual e municipal, para o desenvolvimento das ações de **atenção integral à Saúde do Trabalhador, com ênfase na vigilância** [grifos meus], visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

Avaliamos, todavia, que mesmo levando-se em consideração o desenvolvimento institucional alcançado até aqui não se conseguiu incorporar plenamente a implementação de diretrizes na rotina de funcionamento do SUS. Como discutimos acima, ainda não existe uma integração entre os CEREST's; ABS, Hospitais; SAMU, por exemplo.

Com a implementação da PNST e com as práticas da Renast em suas interações intra e intersetoriais, reforçando a dinâmica participativa do SUS, em 2015, foi realizado a 4º CNSTT, que teve como tema central “Saúde do trabalhador e da trabalhadora, direito de todos e dever do estado”. O objetivo central dessa conferência foi de propor diretrizes para a implementação da PNST. (BRASIL, 2005)

O controle social em saúde do trabalhador no SUS sai revigorado. A PNST é legitimada como estratégia da ação institucional e a Renast como estratégia de estruturação das ações de saúde do trabalhador em sua perspectiva de rede do SUS e das relações com os Conselhos de Saúde.

Neste capítulo, procurei apresentar os momentos do vínculo entre a ST e o SUS, seguida da sua institucionalização, apontando-se os avanços conseguidos e

as várias dificuldades encontradas. Utilizamos como marcos temporais as 4 CNSTT's, com o objetivo de rastrear a atuação dos trabalhadores na construção de instancias institucionais no SUS.

CONCLUSÃO

Iniciamos essa dissertação indagados pela seguinte questão: **por que os sindicatos importam para o SUS?**

Ao longo dos três capítulos procuramos discutir essa questão localizando: (I) o vínculo entre a ação sindical, a expansão dos seguros de saúde e o seu impacto no subfinanciamento do SUS. (II) Os índices de subnotificação e acidentes de trabalho também foram observados como forma de se apresentar a ausência da ~~política~~ politização/formação política [chegada da linguagem sanitarista] para o sindicalismo. Em seguida localizamos (III) a dispersão institucional que envolve a luta sindical nas questões de saúde do trabalhador; e apresentamos (IV) uma discussão com a bibliografia identificando como se construiu uma certa percepção do que é a presença sindical na construção de direitos. Por fim, formulamos (V) um capítulo descritivo sobre o processo de institucionalização da saúde do trabalhador no SUS, tendo em vista a localização do momento convergência entre sindicalistas e sanitaristas.

Procurando desenvolver a análise de que entre sindicalistas e sanitaristas existem momentos de aproximação e distanciamento, recuperamos a relação entre os acidentes de trabalho e a assistência prestada pelo SUS nesse processo. Neste mesmo sentido, procuramos evidenciar que a luta por seguros de saúde passa pelo campo sindical e que esta, apesar de impactar a agenda sanitarista acerca das relações público e privadas de interesse e as condições do subfinanciamento do SUS, não tem sido objeto de uma discussão aprofundada. Procurando captar outro momento dessa relação finalizamos o trabalho discutindo a relevância de saúde do trabalhador no SUS.

A relevância desse debate, ou seja, de pensar a unidade entre sindicalistas e sanitaristas se intensifica com as mudanças da atualidade. Conforme, foi reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) a Reforma Trabalhista já afeta a saúde dos trabalhadores, uma vez que ela materializa a flexibilização de Normas Reguladoras e amplia dificuldades no diálogo com os sindicatos das categorias trabalhistas. Na avaliação de membros do CNS, a população trabalhadora já foi afetada gravemente com a precarização do regime de trabalho

As mudanças na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovadas pelo Congresso Nacional em 2017, já estão em vigor há um ano e seis meses. As consequências para a saúde de trabalhadores e trabalhadoras diante da reforma foram debatidas durante a 305ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão do Sistema Único de Saúde (SUS). Na avaliação de conselheiros e conselheiras, a população trabalhadora vem sendo afetada gravemente com a precarização do regime de trabalho.

Os proponentes das mudanças alegam, diante da “crise econômica”, que a “reforma” faria com que os patrões contratassem mais, gerando mais empregos. Porém, a taxa de desemprego e a informalidade só aumentaram nos últimos meses. Entre dezembro de 2017 e fevereiro de 2018, o país registrou 12,6% no índice de desemprego, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). É o pior nível desde 2012. Ao todo, são cerca de 13,1 milhões de brasileiros desocupados.

Dentre as mudanças, a reforma flexibilizou inclusive o trabalho em condições insalubres para grávidas e lactantes, e segundo dados do Dieese, a cada dez acidentes de trabalho, oito são de terceirizados.

Historicamente, o Ministério do Trabalho desempenhou diferentes papéis, conforme o governo em questão. No entanto, um dos primeiros atos do governo Jair Bolsonaro consistiu em extinguir o Ministério do Trabalho, criado há 88 anos. Tal ministério, durante os governos de Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, esteve sempre sob comando ou com diálogo próximo de representantes do movimento sindical, apresentando algum grau de sensibilidade com os debates travados em torno da saúde do trabalhador e teve papel decisivo na formulação de políticas de distribuição de renda, criação de empregos, qualificação profissional e fiscalização.

O órgão foi um dos criadores dos grupos móveis de combate ao trabalho escravo, ainda sob o governo Fernando Henrique, em 1995, cuja atividade foi intensificada desde a década passada. O que certamente se vincula às questões vinculadas a assistência para a saúde laboral.

Desde o golpe de 2016, a pasta perdeu relevância e chegou a elaborar portarias flexibilizando o entendimento do conceito de trabalho escravo. Ainda sob o governo Temer, chegou a ser indicada para o ministério a deputada Cristiane Brasil, que tem no currículo a prática de irregularidades e processos por violação de direitos

trabalhistas.

A decisão de Bolsonaro dá sequência ao processo de desmonte da regulação trabalhista e do papel do Estado como mediador de conflitos e formulador de políticas de promoção do crescimento com redução de desigualdades.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) aponta que 321 mil pessoas morrem por ano no mundo em acidentes de trabalho. O Brasil é o 4.º colocado no ranking mundial e o primeiro no continente americano, atrás da China, Índia e Indonésia o que pode aumentar com essas mudanças.

Os números sobre acidente do trabalho no Brasil são preocupantes. E o desastre de Brumadinho em janeiro de 2019 já soma novas vítimas fatais para essa triste estatística. O rompimento de três barragens da mineradora Vale são registros do maior acidente de trabalho da história do Brasil – e que poderá se tornar o segundo acidente industrial mais mortífero do século 21 em todo o mundo.

Como vimos, a expansão do setor privado da saúde tem vínculos com o mundo do trabalho. No capítulo 3, apresentamos os movimentos que conduziram à institucionalização da saúde do trabalhador no SUS e os seus importantes resultados. Agora, o que se apresenta é uma desinstitucionalização de conquistas, no qual o alcance dos impactos ainda não é possível mensurar. Tal desinstitucionalização, nos prova que a unidade entre sindicalista e sanitaria se faz ainda mais importante.

Tendo em vista esta preocupação buscamos reafirmar nesta dissertação que a unidade entre o trabalho e a saúde amplia a luta pelos direitos públicos do cidadão brasileiro. Neste sentido, buscamos evidenciar os caminhos, no qual, os trabalhadores não precisam lutar por um princípio corporativo de direitos – como é o caso do seguros de saúde – porque isso interdita a formação do direito público do trabalho.

Por tal via, concluímos que a luta por seguros de saúde concomitantemente disputa pelo SUS, conserva princípios políticos distintos, dificultando a formação de uma caminhada coerente de construção de direitos.

Todo o debate realizado em torno da assistência à saúde do trabalhador, tem, portanto, o sentido de apresentar evidências com vista a formação de uma **unidade político-programático entre sanitaria e sindicalista**. Tema relevante, no qual o trabalho poderá contribuir em larga medida.

REFERÊNCIAS

- ABSP, Anuário Brasileiro de Segurança Pública. **Anuário Brasileiro De Segurança Pública 2013**. Disponível em: http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2017/12/ANUARIO_11_2017.pdf; acesso em: 24/06/2018.
- ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Beneficiários, Assistência médica por tipo de contratação segundo competência**. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_br.def; acesso em: 15/03/2018.
- AEPS INFOLOGO, **Base de Dados Históricos da Previdência Social**. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/>; acesso em: fev.2018 a jun.2018.
- ALMEIDA, Maria H. T. **O Sindicato no Brasil**: novos problemas, velhas estruturas. Debate e crítica, São Paulo, (6): 49-74, 1975.
- ALMEIDA, Antônio. **Novas leituras para antigas lutas**: representatividade e organização coletiva entre trabalhadores do ABC Paulista 1964/1990. Rev. bras. Hist., São Paulo, 19(37): 279-309, set. 1999.
- ALVES, Giovanni. **Do “novo sindicalismo” à “concertação social”, ascensão (e crise) do sindicalismo no Brasil (1978-1998)**. Rev. Sociol. Polít., Curitiba, 15: 111-124, nov. 2000.
- BATISTA, Tatiana W.F. **Caminhos e Percalços da Política de Saúde no Brasil**: vinte anos da reforma sanitária. Consultoria Ministério da Saúde, Projeto Nordeste II, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), anos 1996/1997, 2009.
- BATICH, Mariana. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. São Paulo Perspec., São Paulo, v. 18, n. 3, p. 33-40, Sept. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300004&lng=en&nrm=iso>. access on 13 June 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392004000300004>.
- BERLINGUER, Giovanni; TEIXEIRA, Sônia Fleury; CAMPOS, Gastão Wagner. **Reforma Sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo, São Paulo/Campinas: Hucitec/Unicamp, 1998, 223 p.
- BOITO JÚNIOR, Armando. **O Sindicalismo de Estado no Brasil**: uma análise crítica da estrutura sindical. São Paulo/Campinas: Hucitec/Unicamp, 1991, 312 p.
- _____. **A hegemonia neoliberal no governo Lula**. Crítica Marxista, Rio de Janeiro, 17: 10-37, 2003.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 01 fev. 2018.

BRASIL, **Lei 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://canaldoassistentesocial.com.br/wp-content/uploads/2018/04/Lei-8080.pdf>; acesso em: 24/06/2018a

BRASIL, **Resolução Nº 466, De 12 De Dezembro De 2012**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>; acessado em: 24/06/2018b

BRASIL, **Decreto-Lei Nº 72, De 21 De Novembro De 1966**. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del0072.htm; acessado em: 24/06/2018c

BRASIL, **Lei Nº 3.807, De 26 De Agosto De 1960**. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1950-1969/L3807.htm; acessado em: 24/06/2018d

BRASIL, **Emenda Constitucional Nº 95**, de 15 de dezembro de 2016. Dispõe que: Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm; acessado em: 24/06/2018e

BRASIL, **Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967**. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del0200.htm> 22/07/2018f

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2015. [234] p. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/relatorio-final-4a-conferencia-nacional-saude-trabalhador>. Acesso em: 26 jan. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994. 45 p. Apresentado ao Conselho Nacional de Saúde na Reunião do dia 5 de maio de 1994. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/relatorio-2a-conferencia-nacional-saude-trabalhador>. Acesso em: 26 jan. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Trabalhar, sim! Adoecer, não!: o processo de construção e realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Relatório ampliado da 3ª CNST. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 224 p. ISBN 978-85-334-1827-1 (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/relatorio-3a-conferencia-nacional-saude-trabalhador>. Acesso em: 26 jan. 2019

CARVALHO, José M. **Cidadania no Brasil, o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001, 236 p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DOS TRABALHADORES, 1., 1 a 5 de dezembro de 1989, Brasília. Relatório Final. Relator geral: Austregésio Barbosa. Relatores: Amélia Cohn, Antonio Alves de Souza, Cristina Albuquerque Possas, Everardo Duarte Nunes, Paulo Roberto Gutierrez e Vicente de Paula Faleiros. Brasília, DF: CNST, 1989. 21 p. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/relatorio-1a-conferencia-nacional-saude-trabalhador>. Acesso em: 27 nov. 2018.

CPDOC, Centro de Pesquisas e Documentação de História Contemporânea do Brasil. **Partido Comunista do Brasil (PCB)**. Disponível em: <http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/anos20/QuestaoSocial/PartidoComunista>; acesso em 24/06/18.

DIAP, Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar. **Radiografia do Novo Congresso - Legislatura 2015-2019**. Disponível em: <http://www.diap.org.br/index.php/publicacoes/viewcategory/41-radiografia-do-novo-congresso>; acessado em: 24/06/2018

DIEESE, **Nota Técnica nº 14/2012**, disponível em: <https://www.dieese.org.br/notatecnica/2014/notaTec140Rais2013.html>; set. 2014; acessado em: 24/06/2018

_____, **Nota Técnica nº 03/2010**, disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTY0NQ>; acessado em: 24/06/2018

_____, **Nota técnica nº03/2008**, disponível em: <https://www.dieese.org.br/materialinstitucional/2008/editalDIE03.pdf>; acessado em: 24/06/2018

FAUSTO, Boris. **História do Brasil**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2000, 660p.

FLEURY, Sonia. **Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído**. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, June 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300010&lng=en&nrm=iso>. access on 25 June 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300010>.

GOMES, Ângela Maria de Castro. **Cidadania e direitos do trabalho**. Rio de Janeiro, Editoração: Jorge Zahar ed., 2002. (Coleção Descobrimdo o Brasil). _____ **A invenção do trabalhismo**. 3º edição, Rio de Janeiro, Editoração: FVG, 2005. 320p.

GOMEZ, Carlos Minayo; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. **Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios**

no Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1963-1970, June 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601963&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04922018>.

GIANOTTI, Vito. **História das lutas dos trabalhadores no Brasil.** Rio de Janeiro: Maud Editora Ltda., 2007, 311 p.

GREGÓRIO, Mariany. **Sindicalismo de Estado e a ditadura militar no Brasil (1964-1985).** Em Debat: Rev. Dig. Florianópolis, (3): 103-119, 2007.

HUMPHREY, John. **Controle capitalista e luta operária na indústria automobilística brasileira.** Petrópolis/São Paulo: Vozes/ CEBRAP, 1982, 251 p.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>; acesso em: 24/06/2018

UGÁ, M. e MARQUES, R. **O financiamento do SUS: trajetórias, contextos e constrangimentos.** In. Nísia Trindade, Silvia Gerchman e Flávio Edler (orgs.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008.

LACAZ, Fac. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho saúde. Cad Saude Publica 2007; 23(4):757-766.

LEE, J.B.; ERICKSEN, L.R. **The effects of a policy change on three types of absence.** J.Nurs. ADM. Billerica ,1990.

LEVCOVTIZ, Eduardo. **Transição x consolidação, o dilema estratégico do SUS:** um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ, 1997, 302.

MAGALHÃES, Mário. **Marighella: o guerrilheiro que incendiou o mundo.** São Paulo: Companhia das Letras, 2012, 732 p.

MARTINS, C. E. **Anteprojeto do Manifesto do Centro Popular de Cultura redigido em março de 1962.** In: HOLLANDA, H. B. de. Impressões de viagem: CPC, vanguarda e desbunde: 1960/1970. São Paulo: Brasiliense, 1980, p.121-44

MARINGONI, Gilberto. **A longa jornada dos direitos trabalhistas.** Desafios do desenvolvimento (IPEA), 10(76): 1-7, 2013. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=2909:catid=28&Itemid=23; acesso em: 24/06/2018.

MENICUCCI, Telma M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil:** atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, 320 p.

MOLIN, Nayara. **Sindicato e Estado no Brasil**: o sindicalismo no período populista e o Novo Sindicalismo. Pensamento Plural, Pelotas (13): 89-108, julho/dezembro 2013.

MTPS, Ministério do Trabalho e Previdência Social. **Relação de centrais sindicais no Brasil**. Disponível em: <http://trabalho.gov.br/>; acesso em: 24/06/2018.

MIR, Luís. **Partido de Deus**: fé, poder e política. São Paulo: Editora Alaúde, 2007, 679 p.

NEGRO, Antônio L. A “Via Willyana”. **Industrialização e Trabalhadores do Setor Automobilístico**. Revista do Departamento de História da UFF, Niterói, 4(7): 71-97, 1999.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. **A construção do campo da saúde do trabalhador**: percurso e dilemas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. S21-S32, 1997. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000600003&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000600003>.

NEVES, Lucília de Almeida Neves. **Trabalhismo, Nacionalismo e Desenvolvimentismo**: um projeto para o Brasil (167 :205) In: O populismo e sua história: debate e crítica / org. Jorge Ferreira – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

NETO, Lira. Getúlio: **Da volta pela consagração popular ao suicídio (1945-1954)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014, 429 p.

OCKÉ-REIS, C. O; GAMA, F. N. de. **Radiografia do gasto tributário em saúde – 2003-2013**. Brasília: Ipea, maio 2016. (Nota Técnica n.º 19.)

OIT – LABORSTA, **Organização Internacional de Trabalho**. Disponível em: <http://www.ilo.org/brasil/conheca-a-oit/oit-no-brasil/lang--pt/index.htm>; acesso em: 24/06/2018.

OLIVEIRA, Jaime A. A. e TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. **(Im)Previdência social, 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986, 357 p.

PINA, José A.; CASTRO, Hermano, A.; e ANDREAZZI, Maria F. A. **Sindicalismo, SUS e seguros de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 11(3): 837-846, 2006

PINTO, José N. **O que sei de Lula**. Rio de Janeiro: Topbooks, 2011, 522 p.

RAMALHO José R.; RODRIGUES, Iram J.; e CONCEIÇÃO Jefferson J. **Reestruturação industrial, sindicato e território** – Alternativas políticas em momentos de crise na região do ABC em São Paulo – Brasil. Revista Crítica de Ciências Sociais, Coimbra, (85): 147-167, Junho/2009.

RODRIGUES, José A. **Sindicato e Desenvolvimento no Brasil**. São Paulo, DIFEL, 1968, 220 p.

RODRIGUES, Leôncio M. **Conflito industrial e sindicalismo no Brasil**. São Paulo, Difusão Europeia do Livro, 1966, 222 p.

RUY, Carolina M. **O Comando Geral dos Trabalhadores**. Disponível em: http://www.memoriasindical.com.br/lormais_materias.php?cd_materias=933#.Vc9R3_IViko; acesso em: 24/06/2018.

SANTOS, R. **A Autonomia Sindical Segundo os Intelectuais**: um debate inconcluso. Revista de Ciências Sociais, n. 37, Outubro de 2012 - pp. 299-316

_____. **O Fantasma da Classe Ausente**: as tradições corporativas do sindicalismo e a crise de legitimação do SUS. Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Departamento de Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para a obtenção do Grau de Doutor em Ciências Políticas. Belo Horizonte, Novembro de 2014.

SANTANA, Marco A. **O “novo” e o “velho” sindicalismo: análise de um debate**. Revista de Sociologia e Política, Curitiba, (10-11): 19-35, 1998.

_____. **Entre a ruptura e a continuidade**: visões da história do movimento sindical brasileiro. Revista Brasileira de Ciências Sociais–RBCS, São Paulo, 14(41):103-120, outubro/1999.

_____. **Ditadura Militar e resistência operária**: O movimento sindical brasileiro do golpe à transição democrática. Política & Sociedade, Florianópolis, 13: 279-309, 2008.

_____. **Um sujeito ocultado**: trabalhadores e regime militar no Brasil. Em Pauta, Rio de Janeiro, 33(12): 85-96, 1º semestre de 2014.

_____. **“Democracia e movimento operário: algumas questões para a história do período 1945/1964”**. Revista de cultura política, São Paulo, CEDEC, 1(1): 7-13, 1978/79.

SANTANA VS, Maia AP, Carvalho C & Luz G. **Incidência de acidentes de trabalho não fatais**: diferenças de gênero e tipo de contrato de trabalho. Cadernos de Saúde Pública 19 (2) : 481-492, 2003.

SANTANA VS; Nobre LCC. **Sistemas de informações em saúde do trabalhador**. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, 2005.

SCHMITT, Rogério. **Partidos políticos no Brasil (1945-2000)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000, 94 p.

SCHEFFER, Mário; BAHIA, Lígia. **Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de seguros de saúde privados no Brasil**. Interface (Botucatu),

Botucatu, v. 15, n. 38, p. 947-956, Sept. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300030&lng=en&nrm=iso>. access on 24 June 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000300030>.

TODESCHINI, REMÍGIO. **Sindicato e a Saúde e Segurança do Trabalhador**. In: René Mendes. (Org.). Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador. 1a.ed.Novo Hamburgo - RS: Proteção - Publicações e Eventos Ltda, 2018, v. I, p. 1068-1069.

VERGARA, S. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2000.

WEFFORT, Francisco. **Origens do sindicalismo populista no Brasil** (A conjuntura do após-guerra). Comunicação apresentada ao seminário sobre “Movimentos laborares em América Latina” patrocinado pelo ICIS-FLACSO, ILDIS-DEDAL. México, novembro de 1972. Estudos CEBRAP, São Paulo, (4): 66-105, 1973.

_____. **“Democracia e movimento operário: algumas questões para a história do período 1945/1964”**. Revista de cultura política, São Paulo, CEDEC, 1(1): 7-13, 1978/79.

_____. **A cidadania dos trabalhadores**. In: LAMOUNIER, Bolívar; WEFFORT, Francisco C.; BENEVIDES, Maria Victoria (orgs). Direito, Cidadania e Participação. São Paulo: T. A. Queiroz, 1981, (p. 141-150).

WALDVOGEL, B.C. **Acidentes de trabalho: os casos fatais, a questão da identificação e da mensuração**. Belo Horizonte: Fundacentro, 2002.