



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

AURORA MARCIONILA DE ASSUNÇÃO FERREIRA

**O TRABALHO CONTEMPORÂNEO E SUAS INTERFACES COM A SAÚDE DOS
TRABALHADORES E A (DES)PROTEÇÃO SOCIAL**

RECIFE, 2013.

AURORA MARCIONILA DE ASSUNÇÃO FERREIRA

**O TRABALHO CONTEMPORÂNEO E SUAS INTERFACES COM A SAÚDE DOS
TRABALHADORES E A (DES)PROTEÇÃO SOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como exigência à obtenção do título de mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Ângela Santana do Amaral

RECIFE, 2013.

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

F383t	<p>Ferreira, Aurora Marcionila de Assunção</p> <p>O Trabalho contemporâneo e suas interfaces com a saúde dos trabalhadores e a (des)proteção social / Aurora Marcionila de Assunção Ferreira. - Recife : O Autor, 2013.</p> <p>121 folhas : il. 30 cm.</p> <p>Orientador: Profa. Dra. Ângela Santana do Amaral.</p> <p>Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2013.</p> <p>Inclui referências.</p> <p>1. Trabalho. 2. Força de trabalho. 3. Seguridade social. 4. Saúde.</p> <p>I. Amaral, Angela Santana do (Orientador). II. Título.</p> <p>361 CDD (22.ed.)</p> <p>UFPE (CSA 2013 – 113)</p>
-------	---



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE MESTRADO

Ata da Defesa de Dissertação do Curso de Mestrado em Serviço Social, realizada no Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco. Às dezessete horas do dia trinta de agosto de dois mil e treze, no Anfiteatro do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco, em sessão pública, teve início a Defesa de Dissertação intitulada: **"O Trabalho contemporâneo e suas interfaces com a Saúde dos trabalhadores e a (des)proteção social"** de autoria da Mestranda, **Aurora Marcionila de Assunção Ferreira** a qual já havia preenchido todas as demais condições exigidas para obtenção do Grau de Mestre em **Serviço Social**. A Banca Examinadora aprovada pelo Colegiado do Curso e homologada pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, processo número **23076.036764/2013-88**, foi constituída pelos seguintes Professores: **Ângela Santana do Amaral**, Doutora em Serviço Social, Orientadora e Examinadora Interna; **Juliane Feix Peruzzo**, Doutora em Serviço Social, Examinadora Interna; **Idê Gomes Dantas Gurgel**, Doutora em Saúde Pública, Examinadora Externa; **Valdilene Pereira Viana Schmaller**, Doutora em Serviço Social, Suplente Interna; **Heloisa Maria Mendonça de Moraes**, Doutora em Saúde Coletiva, Suplente Externa. Na qualidade de Orientadora, a **Dr.ª Ângela Santana do Amaral** presidiu os trabalhos e após as devidas apresentações, convidou a candidata a discorrer sobre o conteúdo da Dissertação. Concluída a apresentação, a candidata foi arguido pela Banca Examinadora, que após as devidas considerações finalizou os trabalhos e decidiu.....*APROVA*..... a Dissertação com as seguintes menções: **Dr.ª Ângela Santana do Amaral:** *aprovado*; **Dr.ª Juliane Feix Peruzzo:** *aprovado*; **Dr.ª Idê Gomes Dantas Gurgel:** *aprovado*. E para finalizar, lavrei a presente ata que será assinada por mim e por quem de direito. Recife, 30 de agosto de 2013.

BANCA:

"Rtqh0F t0Z pi gr"Ucpvc" f q"Co cten

Rtqh0F t0Lwkcpg"Hgrlz"Rgtw | q

Rtqh0F t0K 'I qo gu"Fcpwu'I wti gn

MESTRE:

Cwtqt"O ctekpkr" f g"Cuwpe" q"Hgtgkc

A todos nós,

Trabalhadores e trabalhadoras.

AGRADECIMENTOS

Este espaço é reservado para lembrarmos que não estamos sós. Tudo se constrói coletivamente e no interior das relações sociais em que nos movimentamos cotidianamente.

Portanto, agradeço inicialmente, a todas as pessoas que, no momento, me fogem à lembrança; mas que, com um olhar, um sorriso, uma palavra, de alguma forma contribuiu para fortalecer e estimular a construção deste estudo.

Agradeço a Deus, por primazia. Aquele que me conforta, me protege e me impulsiona interiormente para a construção do meu ser e para a esperança de contribuir em algo melhor neste mundo tão contraditório, repleto de incertezas e injustiças. A Ele devo a minha expectativa de nesta existência não ser o fim de tudo.

Agradeço ao meu núcleo familiar: Marcílio, Marcílio Filho e Gabriel que me fazem sentir um amor sem limites. Neles encontro a minha alegria, o meu impulso de seguir em frente, de construir, de ter o que agradecer o melhor que há na vida.

Agradeço a minha irmã Edna Lúcia e aos meus sobrinhos Geraldo e Renata e sua filhinha Amanda. São eles o que restaram da minha família original e a eles dedico um amor muito grande. Aos meus pais e irmã que já se foram e que me oportunizaram com muito amor a minha formação pessoal e profissional.

Agradeço a minha orientadora, Prof^a Angela Amaral, por tantos motivos que seria difícil aqui enumerá-los. Contento-me em evidenciar suas contribuições sempre valiosas e sua competência marcante. Quero complementar com a afetividade que veio dessa relação acadêmica em suas palavras de ensinamentos no decorrer deste estudo e da força pessoal nos meus limites e dificuldades. Certamente, o produto deste estudo não teria acontecido sem a sua orientação.

Agradeço a Prof^a Juliane Peruzzo, pelas suas contribuições acadêmicas desde a seleção do mestrado, continuando na disciplina Trabalho na Contemporaneidade, seguindo nas suas observações na qualificação do projeto da dissertação até a defesa. Complemento com o carinho e a admiração pessoal e profissional.

Agradeço a Prof^a Idê Gurgel, pelas contribuições na qualificação do projeto de dissertação, principalmente em relação à política da Saúde do Trabalhador e seus

fundamentos. Complemento com a disponibilidade em participar da defesa desta dissertação que só enriquecerá qualquer trabalho que tenha articulações desse tema.

Agradeço, ainda, a todos/as professores/as e servidores/as do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPE, envolvidos na formação dos mestrandos e na organização do Programa.

Agradeço a todos e todas trabalhadores/as usuários/as do Serviço de Traumatologia e Ortopedia que, pacientemente, investiram um pouco do seu tempo para participar da pesquisa que hoje resulta nesta dissertação. A eles e elas devo o meu desenvolvimento para refletir a intervenção profissional, acreditando que o que se mostra tão visível ao cotidiano profissional precisa ser analisado para descortinar as reais causas das expressões da questão social, vivenciadas mais intensamente por esses trabalhadores/as tão precarizados/as nesse modelo de desenvolvimento da sociedade.

Agradeço a todos os médicos residentes e ex-residentes do Serviço de Traumatologia e Ortopedia, pelas nossas reflexões diárias, mesmo com pensamentos tantas vezes divergentes; porém, unidos por um objetivo comum: o de prestar um serviço que busque o atendimento das demandas clínicas, cirúrgicas e sociais dos usuários. Destaco: Rodrigo, Breno, Clélio, Cláudio, Pablo, Eduardo, Herivelto, George, Leonardo, Edson, Avrahan, Victor Hugo, Jarbas, Marcelo, Lucas, Thiago, Maurício e Clarissa. Em especial, ao ex-residente Marcelo Parente, hoje professor da Medicina, pelo incentivo bem antes de entrar para o mestrado, quando o gosto acadêmico já nos unia nos levando a desenvolver uma pesquisa sobre a nossa intervenção profissional.

Agradeço ao Dr. Saulo Monteiro, Chefe do Serviço de Traumatologia e Ortopedia, por ter autorizado a realização desta pesquisa no espaço do Serviço e pelo tratamento dispensado ao trabalho do Serviço Social na intervenção profissional.

Agradeço ao Dr. Jairo de Andrade Lima, pela oportunidade de trabalhar lado a lado e ter aprendido tanto com seus ensinamentos que sempre privilegiaram a atitude interdisciplinar, acreditando que as determinações sociais que envolvem a classe trabalhadora no processo saúde-doença devem ser consideradas em primeiro lugar face à hegemonia dos tratamentos cirúrgicos. Além disso, o meu infinito carinho e admiração.

Agradeço as minhas colegas de trabalho da Traumatologia e Ortopedia, Ana Tereza, Djane, Laura e Nadja. E a minha querida Janaína, responsável pelos serviços gerais do ambulatório que sempre cuidou para que as instalações da sala do meu atendimento estivessem prontas para receber da melhor forma os usuários.

Agradeço as minhas colegas do Serviço Social, que afirmam a cada dia a categoria profissional e lutam para a construção de um atendimento universal, público e de qualidade. As nossas quarenta e quatro mãos, unidas para os desafios que são postos: Roberta, Josinete, Marcelle, Enes, Umbelina, Ivanilde, Verônica, Sandra, Juliana, Jacicleide, Nélida, Edna, Cristiane, Alba, Isadora, Delaine, Ilka, Sílvia, Alessandra, Renata Jardim e Renata Severo. Também, com muita gratidão às aposentadas Denise, Nize e Socorro Mendes. Complemento com a querida Lena, secretária do Serviço Social pela sua generosidade para atender as nossas demandas.

Agradeço com infinito carinho aos colegas de turma do mestrado: Júnior, Clara, Mayara, Thiago, Delânio, Simone, Ilka, Aldineide, Evandro, Magaly e os demais colegas que passaram pelas disciplinas. Nem nos meus sonhos poderia imaginar que entraria numa turma acadêmica como essa. A cada dia, a cada mês, a cada ano, nossos laços se aprofundaram, cada um com suas singularidades, com suas reflexões, saindo dos espaços das salas de aula para os nossos encontros, passeatas e shows. Desejo que não nos esqueçamos do auroraassuncao@groups.live.com, nosso espaço de discussões virtuais e, ainda, que na estrada que nos levará a caminhos diversos nessa roda viva, sempre nos lembremos dessa amizade.

Agradeço aos colegas do Serviço de Admissão e Alta do HC, Inês, Fabíola, Vera, Marcelo e Paulo pelo incentivo ao mestrado e pela oportunidade de trabalhar em conjunto com as mesmas perspectivas de possibilidades de um atendimento de qualidade.

Agradeço a Ana Paula, trabalhadora doméstica, pela tolerância e ajuda nos momentos em que eu precisava de recolhimento para produzir este estudo, por todo o apoio, consideração, carinho e confiança.

Agradeço à Thayga, que acompanhou pacientemente todo o processo de escrita da dissertação. Nos momentos de solidão para produzir tudo isso, ela estava lá, sempre ao meu lado, silenciosa, a espera de algo que parecia nunca ter fim.

Por fim, agradeço a mim. Sou motivada a isso, no sentido de ter tido a coragem de tentar o mestrado em Serviço Social na UFPE. Um sonho perseguido e realizado. Penso, hoje, que não poderia deixar de lado a oportunidade de problematizar a intervenção profissional para a compreensão, explicação e perspectiva de transformação do que não se mostra claro no cotidiano: que as expressões da questão social não são produzidas pelas potencialidades individuais; mas, sim, naturalizadas pelas contradições inerentes à nossa sociedade que explora o trabalhador até o seu desgaste desmedido, impedindo-o de dar sentido ao seu trabalho.

*“É triste ver este homem, guerreiro menino,
com a barra do seu tempo por sobre seus
ombros. Eu vejo o que ele berra, eu vejo o que
ele sangra, a dor que traz no peito, pois ama e
ama.*

*Um homem se humilha, se castram seu sonho,
seu sonho é sua vida e a vida é o trabalho, e
sem o seu trabalho um homem não tem honra
e sem a sua honra se morre se mata”*

(Gonzaguinha, Guerreiro Menino)

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo analisar as determinações sociais que implicam no afastamento do trabalhador e que, em face dos processos de trabalho e de sua relação com as novas exigências do mundo produtivo, vem, gradativamente, perdendo sua capacidade produtiva e, conseqüentemente, comprometendo a sua saúde. Nesse processo, a desestruturação da proteção social universal tem contribuído para não assegurar a garantia dos seus direitos sociais. A fundamentação para apreender nosso objeto foi baseada no aporte teórico-metodológico da teoria social crítica, cujo percurso para alcançar esse propósito compreendeu a necessidade de empreender uma revisão da literatura, com autores que tratam do universo temático numa perspectiva histórico-crítica. Estes fundamentos nos acompanharam no processo metodológico da elaboração das entrevistas semi-estruturadas, com ênfase na abordagem qualitativa compreendendo dez trabalhadores que vivenciam as questões que permeiam a problemática do estudo. Os resultados da pesquisa apontaram a existência de diversos mecanismos e tendências executados pelo Estado que rebatem nos agravos à saúde dos trabalhadores. Consideramos que esses rebatimentos são resultado das transformações e exigências postas à classe trabalhadora no capitalismo contemporâneo a partir de uma ampla reorganização produtiva para enfrentar a crise estrutural do capital, que tem gerado profundas conseqüências para a saúde e reprodução do trabalhador. Com a expansão do capitalismo mundial, fortemente baseada na internacionalização e financeirização, são introduzidas, nos países capitalistas considerados dependentes, como o Brasil, estratégias para o desenvolvimento de um novo modo de acumulação que responde à crise e à necessidade de expansão do capital. As medidas econômicas adotadas pelo Estado promovem o aumento da exploração do trabalho e a desconstrução dos direitos historicamente conquistados pelos trabalhadores. Nesse contexto, constatamos que a flexibilização e a precarização do trabalho são as formas mais expressivas da nova morfologia do trabalho na contemporaneidade. Em face dessas mudanças, identificam-se inúmeras conseqüências que rebatem direta e indiretamente no mundo do trabalho, nas políticas sociais e no desgaste da força de trabalho de forma prematura. Como tendências desse processo, encontramos um forte apelo às resistências individuais ou focalizadas, tendo em vista o rumo que a luta de classes vem enfrentando no contexto da fragmentação da classe trabalhadora e as respostas dadas pelo Estado que promove a desarticulação do principal centro do sistema de proteção social, a Seguridade Social, e direciona os direitos e os sujeitos vinculados ao emprego para inseri-los na Assistência Social. Nesse campo de contradições, como produto sócio-histórico do capital, concluímos que apenas a renovação da luta de classes dos trabalhadores organizados se apresenta como alternativa real para o embate necessário à desconstrução do trabalho que tem sido a principal estratégia do capital em busca de sua expansão e vitalidade.

Palavras-chave: Trabalho. Força de trabalho. Proteção Social. Seguridade Social. Saúde.

ABSTRACT

This dissertation aims to analyze social determinations involving the removal of the workers and that in the face of work processes and their relationship with the new requirements of the productive world, is gradually losing its productive capacity and hence compromising your health. In this process, the disintegration of universal social protection have contributed to not ensure the security of their social rights. The rationale for holding our object was based on the theoretical and methodological framework of critical social theory, whose route to achieve this purpose understood the need to undertake a review of the literature, authors dealing with the thematic universe historical-critical perspective. These foundations have accompanied us on the methodological process of preparation of semi-structured interviews, with emphasis on the qualitative approach comprising ten employees who experience issues that permeate the problem of study. The survey results indicated the existence of several mechanisms and trends executed by the state to rebut the health problems of workers. We believe that these repercussions are the result of the changes and demands made to the working class in contemporary capitalism from a broad reorganization of production to address the structural crisis of capital, which has generated profound consequences for the health and reproduction of the worker. With the expansion of global capitalism, strongly based on internationalization and financialization are introduced, considered dependent capitalist countries, such as Brazil, strategies for the development of a new mode of accumulation that responds to the crisis and the need for capital expansion. The economic measures taken by the State promote increased exploitation of labor and the deconstruction of the rights historically won by the workers. In this context, we find that the flexibility and job insecurity are the most expressive forms of new morphology of labor in contemporary times. In the face of these changes, it identifies numerous consequences that bounce directly and indirectly in the workplace, in social policy and wear the workforce prematurely. How trends of this process, we find a strong appeal to the individual resistances or focused, given the direction that the class struggle is facing in the context of the fragmentation of the working class and the answers given by the state that promotes the dismantling of the main center of the system social protection, Social Security, and directs the rights and subject to employment linked to insert them into the Social Assistance. In this field of contradictions, a product of the socio-historical capital, we conclude that only the renewal of the class struggle of organized labor presents itself as a real alternative to the clash necessary to deconstruct the work that has been the main strategy of capital in search of his growth and vitality.

Keywords: Work. Workforce. Social Protection. Social Security. Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEPS – Anuário Estatístico da Previdência Social
ALCA – Acordo do Livre Comércio Americano
BF – Bolsa Família
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM – Banco Mundial
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CAP – Caixa de Aposentadorias e Pensões
CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho
CCS – Centro de Ciências da Saúde
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CF – Constituição Federal
CID – Classificação Internacional de Doenças
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
COPEs – Cobertura Previdenciária Estimada
DCB – Data de Cessação de Benefício
DCI – Data de Comprovação de Incapacidade
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FAP – Fator Acidentário Previdenciário
FHC – Fernando Henrique Cardoso
FMI – Fundo Monetário Internacional
HC – Hospital das Clínicas
HU – Hospital Universitário
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LER/DORT – Lesões por Esforço Repetitivo / Doenças Osteomusculares
Relacionadas ao Trabalho
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
MPS – Ministério da Previdência Social
MS – Ministério da Saúde
MTE – Ministério do Trabalho e Emprego
NOST – Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
NTEP – Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário

OIT – Organização Internacional do Trabalho
ONG – Organização Não Governamental
OMC – Organização Mundial do Comércio
OS - Organizações Sociais
OSCIP – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PEA – População Economicamente Ativa
PNP – Programa Nacional de Publicização
PNST – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PPP – Parceria Público-Privada
PT – Partido dos Trabalhadores
RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RGPS – Regime Geral da Previdência Social
RPPS – Regime Próprio da Previdência Social
SAT – Sistema do Seguro de Acidente de Trabalho
SEBRAE – Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SUS – Sistema Único de Saúde
UFPE – Universidade Federal de Pernambuco
VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Perfil dos Trabalhadores.....	85
Quadro 2 – Perfil do Espaço Produtivo dos Trabalhadores.....	91
Quadro 3 – Condições do Afastamento e Situação Previdenciária.....	101

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	16
1	TRABALHO, SAÚDE E DESGASTE DA FORÇA DE TRABALHO NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO.....	27
1.1	O desgaste da força de trabalho como produto sócio-histórico do capital.	28
1.2	O desgaste da força do trabalho nos processos produtivos do capitalismo contemporâneo.	35
1.3	O desgaste da força de trabalho e as consequências para a saúde dos trabalhadores: a particularidade brasileira no contexto da crise do capital .	45
2	O PAPEL DO ESTADO NA EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SEGURIDADE SOCIAL FRENTE À OFENSIVA DO CAPITAL SOBRE OS DIREITOS SOCIAIS	55
2.1	A reconfiguração do Estado Brasileiro frente à crise mundial.	55
2.2	A desarticulação da política de Seguridade Social e seus limites para garantia da proteção social da classe trabalhadora	60
2.2.1	Universalidade versus mercantilização: espaço contraditório para a assistência à saúde do trabalhador.....	65
2.2.2	A construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: desafios para a sua efetivação.	69
2.2.3	Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CERESTs: limites e desafios para uma perspectiva de atenção coletiva à saúde do trabalhador.	73
2.2.4	A política de Previdência Social no Brasil: tendências e conflitos para a garantia do direito social.	76
3	ENTRE O TRABALHO E A GARANTIA DE DIREITOS: TENSÕES E TENDÊNCIAS PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR.	84
3.1	O perfil dos trabalhadores da pesquisa e do espaço produtivo: limites para a reinserção no trabalho contemporâneo.	85
3.2	O afastamento do trabalhador face às dificuldades da reinserção ao mercado de trabalho.	93

3.3	Saúde e Previdência Social: limites para a atenção à saúde e ao direito previdenciário.....	103
3.4	Resistências individuais e garantia de direitos: a culpabilização dos trabalhadores para a necessidade de proteção social.....	105
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
	REFERÊNCIAS	115

INTRODUÇÃO

A dissertação apresentada se inscreve no contexto das transformações no mundo do trabalho¹ a partir da expansão do capitalismo contemporâneo; transformações estas que vêm trazendo sérias consequências para a saúde dos trabalhadores.

A indústria moderna, ao revolucionar as forças produtivas com o objetivo de acumulação e lucratividade do capital, conseguiu criar estratégias de expropriação da força de trabalho em níveis mais elevados. Este desenvolvimento contribuiu para o aumento do desgaste do trabalhador, precarização do trabalho e retração dos direitos historicamente conquistados pelos trabalhadores, a partir dos meados da segunda metade do século XX, particularmente nos países centrais.

Nos países capitalistas periféricos, este processo possui particularidades, mas também foram atingidos pela crise capitalista, com fortes impactos no âmbito da produção e da reprodução social. Desemprego, flexibilização das relações de trabalho, informalidade, precarização do trabalho, regressão dos direitos sociais são algumas características presentes durante mais de três décadas de crise, sob a orientação dos preceitos dos organismos financeiros internacionais.

A reestruturação produtiva do capital, nestes países, implicou no surgimento de novas exigências para a classe trabalhadora, configurando uma nova morfologia para o trabalho que intensificou as consequências para a sua saúde e reprodução.

A classe trabalhadora, nesse contexto, assume novas características nos espaços de criação de valor e vai paulatinamente se configurando de forma *mais fragmentada, mais heterogênea e mais complexificada* (ANTUNES, 2005) do que a experimentada no período taylorista/fordista. Desse modo, as exigências são colocadas de forma diversa, devido às diferentes abordagens organizacionais necessárias à produção, que, além de inserir um novo conjunto de estratégias de gestão, apropriando-se da subjetividade do trabalhador, impõem pressões para o alcance de metas de produção e redefinem novos espaços de dominação, resultando numa maior precarização, intensificação, flexibilização do trabalho e desregulamentação dos direitos dos trabalhadores.

Dentro dessa nova configuração para o espaço produtivo, as consequências para a saúde dos trabalhadores são produzidas pelas determinações histórico-ontológicas do capital e

¹ O mundo do trabalho é aqui compreendido para expressar as determinações mais amplas que envolvem direta ou indiretamente o trabalho, considerando as articulações das categorias ontológicas do capital e da correlação de forças presentes no mercado de trabalho nas dimensões locais, nacionais e internacionais.

² Segundo Tambellini; Schütz (2009), a reinterpretação e percurso histórico da ideia de determinação social na

complexificadas com o aparecimento de novas formas de adoecer e morrer dos trabalhadores. Nesse sentido, a proteção social para atender às necessidades dos trabalhadores é efetivada de acordo com as requisições do processo produtivo flexibilizado.

É nesta trilha que este estudo objetiva analisar a problemática do afastamento do trabalhador que tem a sua saúde comprometida em face dos processos de trabalho contemporâneos e também das mudanças operadas no âmbito da política de seguridade social, as quais vêm sendo desconstruídas com o assentimento do Estado brasileiro.

Partimos do suposto de que a relação entre as formas do trabalho contemporâneo e a implementação dos direitos de Seguridade Social, interferem na reinserção do trabalhador ao mercado de trabalho e se vincula às determinações sociais² mais amplas que dizem respeito à forma como se organiza a sociedade capitalista face à configuração que os processos de trabalho assumem no padrão de acumulação do capital em sua crise estrutural. Dessa forma, entendemos que esse padrão de acumulação corresponde a uma reorganização do capital mundial que cria novas estratégias para a sua vitalidade e expansão, promovendo, assim, o aumento do desgaste da força de trabalho e a insuficiência de respostas para a sua reprodução, com a participação ativa da esfera política do Estado.

O estudo foi desenvolvido no espaço sócio-ocupacional de Saúde, em hospital universitário, com trabalhadores usuários do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco – HC/UFPE. O interesse em desenvolver a pesquisa nesse espaço se justifica pela necessidade de problematizar algumas questões que demandavam respostas à intervenção do Serviço Social na prática profissional desenvolvida há dezesseis anos e a escolha do tema, dentro desse contexto, instigava o aspecto mais relevante das demandas: a insuficiência de alternativas para a busca da proteção social aos trabalhadores que perderam a sua saúde no processo de trabalho.

Para o conhecimento do espaço da pesquisa, o Hospital das Clínicas de Pernambuco - HCPE é uma unidade de saúde vinculada à Universidade Federal de Pernambuco, localizada na cidade do Recife e tem como objetivo oferecer atendimento médico e hospitalar à população nas mais diversas áreas em termos de assistência para, assim, dar suporte para suas demais áreas de atuação como o ensino, a pesquisa e a extensão. Nesse sentido, o HCPE reúne

² Segundo Tambellini; Schütz (2009), a reinterpertração e percurso histórico da ideia de determinação social na saúde propicia uma análise conceitual para a compreensão da relação saúde/sociedade numa perspectiva crítica onde a determinação econômica da vida material desdobra-se na síntese concreta de múltiplas determinações contraditórias entre si. O conceito de determinantes sociais da saúde, entretanto, permite uma visão reducionista, obscurecendo as articulações dinâmicas da realidade e desencadeando teoricamente as correlações e continuidades. A partir daí nos posicionamos pela ideia de determinações sociais compreendendo a sociedade a partir dos processos históricos socialmente produzidos e historicamente determinados pela sociedade capitalista.

profissionais de diversas áreas da saúde e serve de campo de atuação para estudantes de Medicina, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Psicologia e Serviço Social. Como órgão suplementar, o HCPE é ligado diretamente ao Reitor, para efeito de supervisão e controle administrativo, e tem como função básica apoiar o ensino de graduação e pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2012).

Por ser uma Unidade de Saúde de referência terciária, o HCPE é habilitado para diversas especialidades como: Cirurgia cardíaca, Neurologia clínica e cirúrgica, Traumatologia, Ortopedia, Maternidade de alto risco, Transplante renal, Hemodiálise, Oncologia, Cirurgia bariátrica e Hemodinâmica. Além disso, atende a trinta e três especialidades, com média de doze mil atendimentos mensais. Para isso, as demandas são referenciadas, fazendo parte do seu atendimento, os casos de doenças que não são atendidos nas redes complementares de menor complexidade (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2012).

Os usuários dos serviços do HCPE são atendidos através do Sistema Único de Saúde – SUS, cuja procedência, em sua maioria, é proveniente do Recife, de sua Região Metropolitana e do interior do Estado de Pernambuco.

As características dos usuários atendidos nessa rede, comumente, são pessoas com baixa renda familiar, nível de escolaridade médio ou fundamental, inseridos em atividades profissionais de pouca qualificação ou de maior dispêndio físico, trabalhos precários e informais, em situação de moradia na periferia urbana e/ou rural e com pouco acesso a recursos tecnológicos e sociais³.

Dentro desse contexto institucional, o Serviço de Traumatologia e Ortopedia, espaço de nossa intervenção profissional e da pesquisa, atende a demandas de adoecimento específicos da área, com alta rotatividade de procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais. Esta área da especialidade da medicina tem, entre os seus usuários, a predominância de pessoas com limitações físicas das mais diversas, desde as congênitas até as adquiridas por morbidades, sequelas de acidentes de trabalho e de qualquer natureza, e doenças ocupacionais e do trabalho.

Por ser um Serviço com características voltadas majoritariamente para o tratamento cirúrgico e inserido no espaço do ensino, pesquisa e extensão, próprio da UFPE, o Serviço de Traumatologia e Ortopedia conta com profissionais médicos docentes e técnicos, residentes médicos da clínica do primeiro, segundo e terceiro anos, além dos diversos profissionais de

³ Características apresentadas em alguns levantamentos técnicos de perfis socioeconômicos dos usuários atendidos por especialidades, realizados pelo Serviço Social do HCPE.

saúde, como enfermeiro, assistente social, psicólogo, técnico em enfermagem, técnico em Raios-X, auxiliar administrativo, secretário e auxiliar de serviços gerais.

No espaço ambulatorial, o atendimento assistencial se desenvolve através da consulta médica nas subespecialidades do Serviço, como Ortopedia geral e oncológica, pediátrica, mão, ombro, quadril, joelho e coluna. Devido à grande procura pelos tratamentos cirúrgicos, são utilizados livros de cirurgias por subespecialidades com vistas a organizar as filas de espera para as cirurgias.

No espaço cirúrgico, esse Serviço utiliza o bloco cirúrgico de maior porte, onde realiza, em média, 68 (sessenta e oito) cirurgias mensais e o bloco cirúrgico de menor porte cuja quantidade de cirurgias é em média de 40 (quarenta) por mês.⁴ Nesse universo, existe uma demanda reprimida aguardando para realização de cirurgia. Em levantamento recente do Serviço Social para fins de caracterizar essa demanda, identificamos que mais de trezentos usuários aguardavam por cirurgias nas diversas subespecialidades, neste ano de 2013.

O atendimento do Serviço Social, nesse espaço, é realizado dentro do espaço físico do ambulatório e concomitante ao atendimento médico e das demandas espontâneas. Na intervenção social, as diversas demandas se apresentam sob várias formas. Desde as direcionadas às orientações por ocasião dos internamentos e procedimentos cirúrgicos, participação nas reuniões clínicas e interprofissionais para apresentação e estudos dos casos clínicos e sociais, encaminhamentos aos recursos sociais e às redes de assistência social, participação nas decisões de elegibilidade dos procedimentos cirúrgicos que tenham situações psicossociais envolvidas, até às relacionadas aos direitos sociais e previdenciários. Neste sentido, comumente, as demandas dos usuários são postas não só para o tratamento de saúde; mas, também, para necessidades sociais e garantia de direitos relacionados às lesões e às limitações físicas.

No que se refere à garantia dos direitos sociais nesse espaço institucional, observamos duas formas de apresentação das demandas: por um lado, aquelas dos grupos considerados vulneráveis pela sociedade, ou seja, os que não se situam no processo de produção - os grupos geracionais e as pessoas com deficiência física mais grave - que geralmente podem ser beneficiados pela política de Assistência Social, através dos programas de transferência de renda, a exemplo do Benefício de Prestação Continuada - BPC. Por outro, os trabalhadores que adoecem ou se acidentam no trabalho, cujo direito está diretamente relacionado ao afastamento do trabalho pelas lesões ou tratamento cirúrgico. As demandas deste último

⁴ Fonte: Programação cirúrgica Traumato-ortopedia, HCPE, 2012.

segmento se apresentam como sendo aquelas onde há uma maior dificuldade para a garantia do direito.

Nas requisições do espaço ocupacional, identificamos ser este universo do trabalhador adoecido⁵ em decorrência do trabalho, cujas necessidades se expressam de forma recorrente para a garantia do direito por ocasião do afastamento, uma problemática relevante à medida que tais necessidades se apresentam de forma desordenada, sendo desconsiderada a relação orgânica entre trabalho/saúde/proteção social.

De forma imediata, concomitante com o adoecimento, o trabalhador necessita, em momento de menor capacidade produtiva pelo comprometimento da sua saúde no trabalho, de afastamento para o tratamento, seja ele cirúrgico ou conservador; para isto, é comum a demanda do usuário por parecer médico que justifique este afastamento. Neste cenário, o trabalhador assalariado formal⁶ que ultrapassa o tempo recomendado para a programação de um determinado tratamento, confronta-se com um conjunto de problemas para conseguir manter o seguro social e o que deveria ser constitutivo do direito consolidado, não consegue se efetivar, em termos de responder às necessidades dos usuários. O resultado disso é que acaba havendo uma transferência de responsabilidades da Saúde para a Previdência e vice-versa, evidenciando-se uma clara desarticulação das políticas.

Esta problemática é levada pelo trabalhador ao profissional de Serviço Social, através das entrevistas por ocasião dos internamentos, dos registros dos prontuários e da demanda espontânea ao Serviço, o que exige um maior tempo profissional para as orientações e discussões com os usuários acerca da singularidade do seu caso e a necessidade de mediar tais situações⁷.

Outra questão relevante no contexto do atendimento profissional é a demanda reprimida para o tratamento cirúrgico, que são evidenciadas nas filas de espera para as cirurgias por subespecialidades, o que exige maior tempo de afastamento do trabalhador para o tratamento recomendado que inclua o início do adoecimento, o pré e o pós-operatório. Isto se dá num contexto institucional de precariedade dos serviços públicos, onde a ausência de

⁵ Utilizamos as expressões adoecidas e adoecimento, considerando a forma geral do processo saúde-doença em que se inserem as demandas dos usuários na busca pelas ações curativas; no entanto, a pesquisa se refere aos trabalhadores cuja natureza da doença esteja sendo evidenciada nos ambientes de trabalho ou em decorrência dele; mesmo sem uma visibilidade aparente ou formal das situações.

⁶ O termo trabalhador assalariado formal utilizado para a pesquisa, expressa o segmento dos trabalhadores que estão sob um contrato formal de trabalho, regidos pela CLT, segurados e possibilitados de receberem o auxílio-doença ou auxílio-acidentário da Previdência Social quando do seu afastamento.

⁷ Exemplo disso é que, para que o usuário não fique tão prejudicado no seu direito, o Serviço Social elaborou um formulário técnico denominado “adiamento de perícia ao INSS”, para que ele pudesse justificar a ausência do laudo médico na ocasião da perícia, devido à alta demanda do Serviço que não permite que a avaliação médica seja realizada nas datas solicitadas pela Previdência Social.

uma estrutura física adequada à demanda e do fornecimento dos instrumentais e equipamentos técnicos são realidades já incorporadas ao cotidiano.

Nessa conjuntura, as determinações sociais estabelecidas no processo saúde-trabalho, em geral, não são consideradas como prioridades face à grande demanda das emergências clínicas, a menos quando a intervenção da equipe interprofissional medeia situações apresentadas. Ainda assim, predomina a elegibilidade dos casos, o que se contrapõe aos pilares constitutivos do Sistema Único de Saúde- SUS, como a equidade.

Nessa realidade, o Serviço Social segue uma diretriz de atendimento que contempla as questões referentes à saúde-doença, em sua extensão espacial e histórica, nas interfaces com a realidade social, política e cultural em que está inserido o usuário, identificando recursos que favoreçam o processo de tratamento e democratizando informações para o acesso aos programas públicos e institucionais.

De forma mais imediata, a intervenção do Serviço Social para a garantia de direitos se apoia, sobretudo, na Seguridade Social inscrita na Constituição Brasileira de 1988, tornando-se instrumentos de direcionamento para as respostas às necessidades dos usuários e à viabilização do acesso aos direitos sociais contidos nos seus segmentos de Saúde, Previdência e Assistência Social.

Orientadas por essa perspectiva de construção dos direitos sociais, buscamos analisar a realidade de uma forma totalizadora com os elementos categoriais da tríade trabalho/saúde/proteção social a partir das relações contraditórias que se apresentam numa realidade particular; dessa relação, extraímos os questionamentos que tanto nos instigaram na intervenção profissional a partir da problemática dos trabalhadores: de que maneira e sob quais condições as formas do trabalho contemporâneo do mundo produtivo interferem no afastamento do trabalhador que perde a sua saúde através do trabalho, dificultando a sua reinserção no mercado de trabalho e despolitizando a sua necessidade de proteção social? Como estes trabalhadores vivenciam o tempo de afastamento do trabalho?

Na tentativa de responder a estas perguntas, a nossa investigação perseguiu os seguintes objetivos: Geral- conhecer e analisar as determinações sociais do afastamento do trabalhador que tem a perda da sua saúde em decorrência do processo de trabalho e suas relações com as novas exigências do mundo produtivo e com a desestruturação da proteção social universal para a garantia dos direitos sociais; e Específicos - analisar as principais dificuldades expressas pelos trabalhadores afastados do trabalho no que se refere ao acesso e garantia dos direitos para a saúde do trabalhador; evidenciar as formas de resistência dos trabalhadores para manutenção da sua condição de trabalhador afastado das atividades

laborativas e identificar no processo de desarticulação da política de saúde e previdência, as dificuldades das respostas às demandas do trabalhador para a garantia do acesso ao tratamento e aos direitos da Previdência Social.

Ao eleger tais objetivos, identificamos que o conhecimento necessário para desvendar as relações contidas no nosso objeto de estudo só seria possível a partir de um método de análise que permitisse articular as diversas determinações da realidade. Assim, a totalidade social poderia ser apreendida no movimento entre a singularidade do objeto, a sua particularidade e relação com a universalidade.

Desse modo, os procedimentos metodológicos acionados para aproximação e sistematização do objeto foram iniciados a partir de uma revisão de literatura de autores que discutem o objeto de estudo numa perspectiva crítica, de orientação marxista, cujos diálogos serão apresentados no decorrer dos capítulos seguintes. Essa revisão foi continuada em todo o processo do estudo, desde a sua gênese até a conclusão do trabalho.

O universo da pesquisa foram os trabalhadores usuários do Serviço de Traumatologia e Ortopedia do HCPE que se apresentaram ao Serviço Social com demandas para a garantia de direitos sociais com vistas a uma maior permanência no benefício da Previdência Social em momento de diminuição de sua capacidade produtiva pela perda da sua saúde no trabalho.

Deste universo, foram pesquisados usuários que são trabalhadores formais assalariados, com idade entre 18 e 60 anos, com vínculo empregatício pelas normas da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, com acesso ao seguro social da Previdência e que estavam afastados do processo produtivo devido às sequelas de acidente de trabalho e/ou doenças ocupacionais e do trabalho. Esse recorte foi determinante para a problemática analisada, porque fez parte do que se considerou como relevante para esta pesquisa, no contexto do espaço sócio-ocupacional apresentado.

A abordagem e a coleta de dados da pesquisa foram realizadas no mês de março de 2013, com o universo já mencionado, considerando o acompanhamento no Serviço iniciado no período compreendido entre 2010 e 2012 e com demanda atual para o parecer médico com vistas à continuidade desse afastamento pela Previdência Social. Considerando a média de atendimento mensal de 200 usuários encaminhados pelo Serviço de Traumatologia e Ortopedia ao Serviço Social para as *diversas demandas*, optamos pelo universo de amostragem com 10 (dez) usuários, considerando a saturação das informações que se apresentaram. Essa amostra foi analisada indicando tendências para os trabalhadores que buscam o benefício da Previdência social na ocasião do afastamento do trabalho pela perda da sua saúde no processo produtivo.

Para operacionalização do estudo, estruturamos metodologicamente a pesquisa com o seguinte procedimento: Técnica de entrevista social semi-estruturada aplicada com os trabalhadores. O conteúdo dessa entrevista foi estruturado com perguntas fechadas e abertas, com um roteiro norteador para os objetivos da pesquisa, que pudesse identificar a maneira como os trabalhadores vivenciam a situação de desemprego/afastamento; principais dificuldades encontradas para o tratamento e para a garantia do direito previdenciário, expectativa de retorno ao trabalho, respostas às demandas do contexto do tratamento de saúde e do direito social e as formas de enfrentamento dos trabalhadores para a garantia da proteção social.

Optamos por uma abordagem qualitativa⁸ que pudesse permitir a análise das questões intervenientes deste estudo que se referem à forma como o trabalhador se insere e vivencia as suas experiências de trabalho e como atendem as suas necessidades de reprodução. Procuramos, ainda, identificar na complexidade do mundo produtivo, as novas demandas e exigências para a reprodução da força de trabalho e as formas como as políticas de saúde e da previdência operam nesse contexto.

Na análise dos dados, evidenciamos as articulações teórico-metodológicas levando em conta as singularidades apresentadas e o movimento mais geral da realidade, aprofundando as categorias teóricas que se formaram em torno da problemática apresentada. Dessa forma, elegemos o trabalho como central para a análise e a proteção social desenvolvida na sociedade capitalista brasileira, através de políticas sociais que, aqui, vão particularizar a Seguridade Social, em seus segmentos da Saúde, evidenciando a Saúde do Trabalhador e da Previdência Social.

A estrutura da dissertação foi organizada em três capítulos e nas considerações finais.

O primeiro capítulo, *“Trabalho, saúde e desgaste da força de trabalho no capitalismo contemporâneo”* trata do desgaste da força de trabalho do trabalhador como um produto sócio-histórico que se intensifica com o modo de produção capitalista e se desenvolve em direção a uma superexploração a partir da reorganização dos processos produtivos que se inovam para enfrentamento das crises do capital e sua expansão, cujas consequências rebatem na saúde dos trabalhadores e nas suas necessidades de reprodução. Discute o desenvolvimento desse desgaste na particularidade brasileira, que submete os trabalhadores dos países dependentes aos ditames do capital internacional no cenário imperialista e monopolista.

⁸ [...] as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e documentos. [...] propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. (MINAYO, 2010, p.57).

O Segundo capítulo, *“O papel do Estado na efetivação da política de Seguridade Social frente à ofensiva do capital sobre os direitos sociais”* é apresentado a partir de dois eixos: o primeiro resgata o papel do Estado brasileiro como mediador das políticas sociais que, na conjuntura atual, redefine o seu papel em relação às classes e ao mercado, direcionando as políticas e reformas para a desconstrução dos direitos conquistados historicamente pelos trabalhadores; o segundo eixo, analisa a Seguridade Social no Brasil a partir da Constituição Brasileira de 1988 que, em sua efetivação, não consegue dar respostas à saúde do trabalhador em face da desarticulação promovida pelo Estado em relação à Seguridade e à Proteção Social, onde a principal tendência está em promover o incremento da Assistência Social para enfrentamento da precarização do trabalho e do desemprego.

Em seguida, discutimos a Saúde, evidenciando o paradoxo entre o caráter universal e os processos mercantilizados da política, inserindo a questão dos hospitais universitários que vem sendo introduzidos nesse cenário; particularmente em relação à Saúde do Trabalhador, abordamos os avanços e conquistas da política e o tratamento do Estado para atender às reivindicações dos trabalhadores, identificando que a correlação de forças para a efetivação dessa política, resultou na formulação de uma Política Nacional para a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Nesse contexto, destacamos o papel da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador – RENAST, como conquista na construção da política, dando enfoque ao papel dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST’s como instrumento de acesso para as demandas coletivas em relação aos agravos da saúde no trabalho; em relação à Previdência Social, este capítulo também discute o caráter contratualista e securitário que caracteriza esta política e não absorve toda a classe trabalhadora e ainda, quando o faz, nega ou desconsidera os seus direitos constitutivos.

O terceiro capítulo *“Entre o trabalho e a garantia de direitos: tensões e tendências para a saúde do trabalhador”* trata da sistematização e análise do discurso dos nossos pesquisados, com base nos elementos teóricos discutidos nos capítulos anteriores. Aqui, buscou-se articular tais elementos de análise à realidade empírica dos trabalhadores, evidenciando as suas falas e suas experiências formadas em torno das determinações sociais do processo saúde/trabalho/proteção social. Organizamos esta sistematização de dados privilegiando os indicadores relacionados ao perfil do trabalhador e do espaço produtivo em que suas atividades eram desenvolvidas para o entendimento do seu lugar no processo produtivo e as exigências para a execução do trabalho. Em seguida, analisamos o afastamento do trabalhador e suas dificuldades para a garantia do direito previdenciário e reinserção ao mercado de trabalho, identificando que um dos maiores impedimentos para o atendimento das

necessidades dos trabalhadores é a desarticulação da política de saúde e previdência. Finalizamos nossa discussão ressaltando as resistências individuais que são engendradas pelos trabalhadores para a garantia dos seus direitos, enfatizando a culpabilização que é imputada aos trabalhadores.

As considerações finais deixam algumas reflexões e tendências que se formaram em torno da problemática do estudo.

Consideramos, por fim, que o universo temático que nos propomos a discutir é de grande relevância para a produção do conhecimento nas áreas da Saúde do Trabalhador e do Serviço Social, posto que se apoia na perspectiva de que as determinações sociais que influenciam na saúde dos trabalhadores são socialmente produzidas e historicamente determinadas pela sociedade capitalista e, portanto, carecem de mecanismos que desvelem as possibilidades políticas, teóricas, práticas e metodológicas para os seus enfrentamentos.

Desse modo, no desenvolvimento da sociedade, os modos de adoecer dos trabalhadores se tornam mais complexos e o momento atual não favorece a participação efetiva dos trabalhadores para um enfrentamento mais amplo. Assim, evidencia-se a necessidade de contribuições problematizadas em torno de perspectivas histórico-críticas, que considere as novas demandas decorrentes da relação do processo de organização do trabalho e as diretrizes da política de proteção à saúde do trabalhador e a sua reprodução.

No campo do conhecimento, as produções do Serviço Social para a Política de Saúde do Trabalhador no Brasil, perpassam principalmente, pela dimensão política e histórica das contradições entre o capital e o trabalho e seus rebatimentos para essa política. De acordo com Mendes e Wunsch (2011), o cenário do campo da saúde do trabalhador é um campo fértil para o Serviço Social na compreensão de que a reconfiguração do trabalho está indissociável da compreensão dos impactos a sua saúde, para as respostas as suas demandas.

Em se tratando das produções do campo da Saúde do Trabalhador, Vasconcellos e Ribeiro (2011), analisam que, na literatura, esse campo avançou e se distinguiu dos campos tradicionais da medicina do trabalho, engenharia de segurança e saúde ocupacional a partir da produção de conhecimentos técnico-científicos nas relações saúde-trabalho como vinculadas à experiência vivenciada pelos trabalhadores e suas representações sindicais, o que possibilitou uma mudança de paradigma que avançou na perspectiva do processo saúde-trabalho relacionado com a organização do trabalho, sua divisão, processo e relações sociais, com a hegemonia do saber operário para a sua construção. Entendemos que a perspectiva deste estudo se articula na mesma direção e agrega a abordagem teórico-metodológica baseada na

realidade empírica dos trabalhadores com o movimento geral da sociedade nos processos de trabalho e suas implicações para os trabalhadores e suas relações sociais.

1 TRABALHO, SAÚDE E DESGASTE DA FORÇA DE TRABALHO NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO.

O universo temático deste capítulo se inscreve na discussão sobre a nova morfologia¹ do trabalho na atualidade como resultante da reorganização do capitalismo contemporâneo para o enfrentamento de mais uma de suas crises estruturais, evidenciando diversas e sérias implicações para a saúde dos trabalhadores.

Entendemos que o desgaste da “força de trabalho”² é um produto sócio-histórico inerente ao sistema capitalista, que, ao longo das suas permanentes reatualizações para expandir seus lucros e se manter como modo de produção dominante, criou estratégias e formas de produzir mercadorias que intensificaram o trabalho e potencializaram a sua exploração.

Nos processos de desenvolvimento do capital e, particularmente, nas suas formas de cooperação, manufatura e grande indústria, pode-se afirmar que os mecanismos de extração da mais valia se configuram como uma operação capaz de impulsionar a expansão do modo de produção capitalista com o objetivo da acumulação e, assim, manter a vitalidade necessária para a manutenção do capital. Ao mesmo tempo, tais mecanismos produzem elevados níveis de exploração do trabalhador que, inevitavelmente, levam ao desgaste da sua força de trabalho e rebatem nas condições da sua saúde e, portanto, na sua reprodução.

Ao explicar o processo de exploração a partir do desgaste da força de trabalho com a intensificação do ritmo e ampliação da jornada para produção da mais-valia Marx (2011) identificou que a apropriação do trabalho excedente não produz apenas a atrofia da força humana de trabalho, quando retira suas condições regulares, morais e físicas das suas atividades e do seu desenvolvimento. Ela promove, sobretudo, o esgotamento da força de trabalho de forma prematura, ao diminuir o tempo de trabalho socialmente necessário e aumentar o trabalho excedente, contribuindo para a diminuição do tempo de vida que essa força de trabalho poderia produzir ao longo da vida do trabalhador.

¹ Morfologia compreendida a partir do (novo) caráter multifacetado do trabalho (ANTUNES, 2005).

² Aqui, nos apoiamos no entendimento de que força de trabalho ou capacidade de trabalho é “o conjunto das faculdades físicas e mentais existentes no corpo e na personalidade viva de um ser humano, as quais ele põe em ação toda vez que produz valores-de-uso de qualquer espécie”. (MARX, 2011:197)

1.1 O desgaste da força de trabalho como produto sócio-histórico do capital

As manifestações de desgaste da força de trabalho remetem aos modos de regime social que os grupos societários experimentaram historicamente quando o que era produzido para o autoconsumo, nas comunidades primitivas, foi se transformando e abrindo possibilidades para o acúmulo de riquezas e, por conseguinte, para a dominação e exploração do homem pelo homem.

Este fato engendrou uma maior divisão na distribuição do trabalho quando o desenvolvimento de bens que muitas vezes não eram destinados ao consumo dos membros das comunidades, acarretava a troca com as demais, nascendo, portanto, a mercadoria e as primeiras formas de comércio.

Nesse processo, diversos modos de regime social foram experimentados até o século XVI, tendo o escravismo e a sociedade feudal, suas circunstâncias particulares, que submetiam o dispêndio da força de trabalho ao desgaste maçante, humilhante e deplorável, no caso dos escravos, e na condição servil do sistema feudal, obrigando os servos a trabalharem nas terras do senhor e a terem que pagar inúmeros tributos, por ter o excedente produzido expropriado através da violência real e potencial, pois os senhores feudais administravam a justiça no limite dos seus feudos.

Com o declínio da sociedade feudal e a transição para a construção da sociedade capitalista que teve como marco histórico a Revolução Burguesa, processada entre os séculos XV e XVII, se estendendo até os séculos XVII e XVIII, a burguesia, nas palavras de Paulo Netto e Braz (2002, p.75) “constrói a sua hegemonia político-cultural e reúne as condições para o enfrentamento direto com a feudalidade, derrotando-a nos confrontos maiores de 1688/89 (Inglaterra) e 1789 (França)”, e tomam o poder político decisivamente em 1789, através do domínio intelectual e cultural.

Essa sociedade, construída através das ideias iluministas e racionalistas que impulsionaram a Revolução Francesa e que defendiam uma sociedade com liberdade, igualdade e fraternidade se consolidou a partir do século XVIII de forma contrária a essas expectativas, sendo historicamente concretizada como uma sociedade de classes, baseada na exploração do trabalho e na desigualdade social, como Engels e Marx afirmaram no Manifesto do Partido Comunista de 1848 (2011, p.40) “A moderna sociedade burguesa, surgida das ruínas da sociedade feudal, não eliminou os antagonismos de classes. Apenas estabeleceu novas classes, novas condições de opressão, novas formas de luta em lugar das antigas”.

Com esses pressupostos, são desenvolvidas as forças produtivas que concretizarão um novo modo de produção, cujas relações sociais serão estabelecidas por uma das classes fundamentais nesse processo (a burguesia): o *modo de produção capitalista*, tendo na produção generalizada da mercadoria sua célula *econômica* fundamental; a outra classe, o proletariado, é relegada a sua nova condição de dominação e exploração, de onde se extrai o excedente de trabalho, a mais valia, de modo que, nesse novo sistema, a exploração do homem pelo homem surge num modo particular, onde o trabalho é estranhado³, à medida que afasta o seu produtor – o trabalhador – dos meios de produção e transforma a força de trabalho em mercadoria.

Com o desenvolvimento do modo de produção capitalista, que transitou da cooperação para a manufatura⁴ e, posteriormente, para a maquinaria ou indústria moderna⁵, o capital, no sentido de impulsionar a produção para um patamar mais desenvolvido, vai mudando suas formas de produzir mercadorias. É necessário explicitar que os mecanismos criados pelo capital para potencializar a valorização do valor implicam na permanente necessidade de inovação na organização e nos instrumentais de trabalho para a sua continuidade. Assim, a manutenção e vitalidade do capital vão exigir, nesse processo, aquilo que Engels e Marx (2011, p. 43) anunciaram: “a burguesia não pode existir sem revolucionar continuamente os instrumentos de produção e, por conseguinte, as relações de produção, portanto, todo o conjunto das relações sociais”.

A dinâmica de inovação nas relações da produção é compreendida como a necessidade do capital em recuperar a acumulação da riqueza e expropriar a força de trabalho em níveis mais elevados para se reproduzir em face das contradições sociais engendradas pelo próprio sistema. Portanto, como o capital não consegue atender às demandas exigidas pelo processo de desenvolvimento dessa sociedade, potencializa a força de trabalho como mercadoria e

³ O “estranhamento” no trabalho é entendido a partir da análise de Marx (2001), quando o trabalhador se relaciona com o seu trabalho de forma estranha. “A realização do trabalho aparece na esfera da economia política como desrealização do trabalhador, a objetivação como perda e servidão do objeto, a apropriação como alienação”. Quanto mais o trabalhador se esgota a si mesmo, mais poderoso se torna o mundo das coisas, mais pobre fica a sua vida interior, pertencendo cada vez menos a si próprio.

⁴ Na análise de Marx (2011), a cooperação é materializada com trabalhadores no mesmo processo de produção ou em processos diferentes; porém executando simultaneamente uma atividade afim, se completando mutuamente. Na manufatura, os trabalhadores se concentram numa mesma oficina sob o comando do mesmo capitalista, com trabalhos diversos e independentes, com o produto final passando por diversas mãos, permitindo que o trabalhador perca a capacidade de desenvolver o trabalho em toda a sua extensão. O Trabalho, nesse processo fica parcelado, exigindo uma especialização cuja função de determinada parte da mercadoria passa a ser função exclusiva de um trabalhador em especial.

⁵ Ainda de acordo com Marx (2011), a maquinaria e a indústria moderna diferem da manufatura, quando a primeira tem como ponto de partida revolucionar o modo de produção com o instrumental de trabalho, enquanto na manufatura esse ponto de partida é a força de trabalho. A revolução industrial do século XVIII se apoiou no advento das máquinas e “continua a servir de ponto de partida, sempre que se trata de transformar um ofício ou manufatura em exploração mecanizada”.

transforma a forma de produzir com novos recursos tecnológicos, técnico-científicos e organizacionais, aumentando a valorização do capital e, conseqüentemente, a mais-valia.

Na condição de trabalhador assalariado apartado dos seus meios de produção, o trabalhador, submete-se à organização do processo produtivo para atender as suas necessidades de reprodução e, nos termos de Marx, transforma-se em *apêndice da máquina*. Nesse processo, as exigências para que a força de trabalho aumente a sua produtividade são materializadas através da mais- valia absoluta e da mais- valia relativa.

A mais- valia – o trabalho acrescido ou excedente do necessário para a reprodução do salário do trabalhador apropriado pelo capitalista se desenvolve com duas características distintas, mas, que podem ser combinadas a depender das determinações do processo produtivo. A mais- valia absoluta se desenvolve com a intensificação do trabalho em sua duração, incluindo a velocidade e intensidade do trabalho com a máquina, materializando-se com o prolongamento da jornada de trabalho e, a relativa, barateia o valor da força de trabalho para aumentar a sua produtividade, acelera o desenvolvimento das máquinas, reduz o trabalho vivo, cujo método é “capacitar o trabalhador, com o acréscimo da produtividade do trabalho, a produzir mais, com o mesmo dispêndio do trabalho no mesmo tempo” (MARX, 2011, p. 467). Nos dois tipos de mais-valia, o trabalhador assalariado é separado do produto do seu trabalho, o que o leva à submissão de trabalhar mais para sua necessidade de reprodução, ao mesmo tempo em que, nesse processo, a potencialidade do sobretrabalho conduz ao desgaste prematuro da força de trabalho a serviço do capital.

O desenvolvimento do capital de forma mais ampla vai se estabelecer com o advento da indústria moderna, ou seja, com a participação da força de trabalho de modo mais intenso; porém, fragmentada e/ou parcelada como parte do processo produtivo, à medida que intensifica a divisão social do trabalho e promove um espaço mais adequado para a extração da mais-valia relativa.

Nesse sentido, a força de trabalho, como parte ou apêndice do processo produtivo, disputando o seu espaço com a máquina, vai ter uma importância menor, do ponto de vista da ordem capitalista, para que, nesse contexto, essa força produtiva por excelência seja considerada, além de mercadoria, um elemento que complementa a máquina. Assim, a maquinaria [...] “tem por fim baratear as mercadorias, encurtar a parte do dia de trabalho da qual precisa o trabalhador para si mesmo, para ampliar a outra parte que ele dá gratuitamente ao capitalista. [...] é meio para produzir mais- valia” (MARX, 2011, p. 427).

Esse processo engenhoso do capital estabelece-se na dimensão ontológica em que a exploração da força de trabalho tem um papel fundamental. Como ela está no bojo do

mecanismo que o modo de produção capitalista utiliza para a apropriação do sobretrabalho, precisa ser constantemente expandida, através do aumento do grau de exploração, independentemente do seu desgaste, porque, a lei geral de acumulação do capital, vai permitir a produção progressiva da superpopulação relativa⁶, tornando muitos dos trabalhadores desnecessários ao processo da produção.

Poder-se-ia considerar que, com o advento da indústria moderna e do incremento das máquinas, a intensificação do trabalho pudesse ser amenizada; no entanto, sob o capitalismo, esse processo é materializado em sentido contrário, à medida que servem de instrumentos de exploração e produção de mais- valia e potencializa a depreciação da força do trabalho.

A máquina produz mais-valia diretamente, ao depreciar a força de trabalho; indiretamente, ao baratear as mercadorias que entram na reprodução dessa força e, ainda, em suas primeiras aplicações esporádicas, transformando em trabalho potenciado, de maior eficácia, o trabalho empregado, ficando o valor individual de seu produto inferior ao social e capacitando o capitalista a cobrir o valor diário da força de trabalho com menor porção de valor do produto diário. (MARX, 2011, p. 464)

Resultante desse processo é visível o desgaste da força do trabalhador e a piora das suas condições de saúde e reprodução. É na maquinaria que se torna mais evidente o aumento da produtividade do trabalho e sua intensificação, combinadas com a velocidade da máquina, pois “[...] ao expandir-se a aplicação da maquinaria e ao acumular-se a experiência de uma classe especial de trabalhadores a ela ajustados, aumenta naturalmente a velocidade do trabalho e, em consequência, sua intensificação” (MARX, 2010, p. 467).

Ainda assim, o capital precisa encontrar estratégias que sustentem a intensificação e exploração do trabalho e aumente progressivamente os níveis de acumulação, para que a vitalidade do capital não seja comprometida nem propensa a um esgotamento. Portanto, à medida que o capital produz o desgaste da força desmedida e insuportável para o trabalhador quando combina uma grande jornada de trabalho e a intensificação fica insuficiente manter os níveis de mais-valia. Ele, então, reedita outras possibilidades para o processo produtivo, como a redução da jornada relacionando-a com o aumento da intensificação do trabalho. Isso se consolida com o aumento no desenvolvimento das máquinas, que vai produzir com mais intensidade e impulsionar o resultado da força produtiva, reproduzindo a tendência do capital em produzir mais-valia relativa quando revoluciona as forças produtivas em prol da acumulação. Assim, [...] impõe ao trabalhador maior dispêndio de trabalho ao mesmo tempo,

⁶ Para Maranhão (2008), a superpopulação relativa deve ser entendida principalmente como um produto histórico e inerente à acumulação do modo de produção capitalista, identificada em Marx, também, como o exército industrial de reserva. Em termos gerais, a grande força sobrando de mão de obra, expulsa continuamente do sistema produtivo e reserva para as necessidades do capital – o grande contingente de trabalhadores desempregados.

mais elevada tensão da força de trabalho, preenchimento dos poros da jornada, em suma, um tal grau de condensação do trabalho que só pode ser alcançado reduzindo-se o dia de trabalho” (MARX, 2010, p. 468).

Enquanto sujeito ativo nesse processo, o trabalhador vende a sua força de trabalho para atender as suas necessidades de reprodução e da sua família e precisa de meios para subsistir e atender as suas necessidades básicas. Marx (2011) analisa que, na determinação da força de trabalho, o capital é obrigado a reconhecer essa necessidade para a vitalidade do trabalhador, para que este possa manter-se e reproduzir-se a fim de que a sua força seja reativada, renovada e ele possa continuar participando do processo produtivo com as mesmas condições de força e saúde que devem ser suficientes para conferir um nível de vida normal ao trabalhador. No entanto, essa reprodução e manutenção são um produto histórico e estariam, nos termos de Marx, atreladas a diversos fatores vinculados às particularidades da formação e desenvolvimento das nações. Ademais, também dizem respeito às formas pelas quais se desenvolveu a classe dos trabalhadores livres nessas circunstâncias em que estariam inseridos.

O proprietário da força de trabalho é mortal. [...] o vendedor da força de trabalho tem de perpetuar-se. [...] As forças de trabalho retiradas do mercado por desgaste ou por morte têm de ser incessantemente substituídas pelo menos por um número igual de novas forças de trabalho. A soma dos meios de subsistência necessários à produção da força de trabalho inclui também os meios de subsistência dos substitutos dos trabalhadores, os seus filhos, de modo que se perpetue no mercado essa raça peculiar de possuidores de mercadorias (MARX, 2010, p. 201-202).

A necessidade de reprodução do trabalhador também serve de estratégia para o capital, no sentido de aumentar o contingente de trabalhadores explorados com a possibilidade de incluir mais força de trabalho barateada e aumentar o número de assalariados, como o trabalho feminino e infantil e, para isso, encontra maior possibilidade na interação com a máquina. Nos termos de Marx (2011, p. 451), “Tornando supérflua a força muscular, a maquinaria permite o emprego de trabalhadores sem força muscular ou com desenvolvimento físico incompleto, mas com membros mais flexíveis”; nesse contexto, encontra terreno fértil para acentuar maiores níveis de mais-valia, começando o desgaste da força de trabalho prematuramente e incluindo o núcleo familiar do trabalhador. [...] Antes, vendia o trabalhador sua própria força de trabalho, da qual dispunha formalmente como pessoa livre. Agora vende mulher e filhos. Torna-se traficante de escravos” (MARX, p. 453).

Na medida em que essas relações são constituídas e definidas pelo capital para a vitalidade da sua reprodução, o trabalhador é forçado a desmembrar a força de trabalho com o

núcleo familiar para incorporar-se ao sistema inovador do processo produtivo da maquinaria e, assim, diminui o valor da força de trabalho.

O valor da força de trabalho era determinado não pelo tempo de trabalho para manter individualmente o trabalhador adulto, mas pelo necessário à sua manutenção e à de sua família. Lançando a máquina todos os membros da família do trabalhador no mercado de trabalho, reparte ela o valor da força de trabalho do homem adulto pela família inteira. Assim, desvaloriza a força de trabalho do adulto. A compra, por exemplo, de quatro forças de trabalho componentes de uma família talvez custe mais do que a aquisição, anteriormente, da força de trabalho do chefe da família, mas, em compensação, se obtém quatro jornadas de trabalho em lugar de uma, e o preço da força de trabalho cai na proporção em que o trabalho excedente dos quatro ultrapassa o trabalho excedente de um. Quatro têm que fornecer ao capital, não só trabalho, mas também trabalho excedente, a fim de que uma família possa viver. Desse modo, a máquina, ao aumentar o campo específico de exploração do capital, o material humano, amplia, ao mesmo tempo, o grau de exploração (MARX, 2011, p. 452).

Em algumas das passagens do *Capital*, Marx relata histórias que expressam o desgaste da força de trabalho e as consequências para a saúde dos trabalhadores como resultado da sua exploração, com potencialidades diferentes:

Lido com fôrmas e faço girar a roda. Chego ao trabalho às 6 horas da manhã, às vezes às 4. Trabalhei toda a noite passada, indo até as 6 horas da manhã. Não durmo desde a noite passada. Havia ainda 8 ou 9 garotos que trabalharam durante toda a noite passada. Todos, menos um, voltaram esta manhã [...] Como classe, os trabalhadores de cerâmica, homens e mulheres, [...] representam uma população física e moralmente degenerada. São em regra franzinos, de má construção física, e frequentemente tem o tórax deformado. Envelhecem prematuramente e vivem pouco, fleumáticos e anêmicos. [...] Estão especialmente sujeitos a doenças do peito: pneumonia, tísica, bronquite e asma. [...] No inverno passado (1862), entre 19 moças não compareceram 6 em virtude de doenças causadas por excesso de trabalho. Tinha de gritar para elas a fim de mantê-las acordadas. [...] Este meu filho, quando tinha 7 anos de idade, eu o carregava nas costas através da neve, na ida e na volta, e ele trabalhava 16 horas [...]. Muitas vezes ajoelhei-me para lhe dar comida enquanto ele estava junto à máquina, pois não devia abandoná-la nem deixá-la parar. [...] Nós [...] trabalhamos sem interrupção para refeições, de modo que o dia de trabalho de 10 ½ horas acaba às 4 da tarde, e o que vem depois é trabalho extraordinário (MARX, 2011, p. 284-287).

No estudo de Engels sobre a situação da classe trabalhadora na Inglaterra, no final do século XIX, ele igualmente relata as condições aviltantes no ambiente de vida miserável experimentado pela classe operária. Como um processo operado ontologicamente pelo capital, as condições deprimentes em que viviam os trabalhadores se desenvolveram como parte das condições objetivas da realidade que a natureza do capitalismo produz e reproduz e que rebatem diretamente no desgaste da força de trabalho, à medida que as necessidades de reprodução do trabalhador são imprescindíveis para o processo das relações sociais e, nesse

modelo, são insuficientes para as necessidades básicas de uma vida digna, conforme identificamos a seguir:

Na escala em que, nessa guerra social, as armas de combate são o capital, a propriedade direta ou indireta dos meios de subsistência e dos meios de produção, é óbvio que todos os ônus de uma tal situação recaem sobre o pobre. Ninguém se preocupa com ele; lançado nesse turbilhão caótico, ele deve sobreviver como puder. Se tem a sorte de encontrar trabalho, isto é, se a burguesia lhe faz o favor de enriquecer à sua custa, espera-o um salário apenas suficiente para o manter vivo; se não encontrar trabalho e não temer a polícia, pode roubar; pode ainda morrer de fome, caso em que a polícia tomará cuidado para que a morte seja silenciosa para não chocar a burguesia (ENGELS, 2010, p. 69).

Ou ainda,

Morrem de fome, é certo, os indivíduos isolados, mas que segurança tem o operário de que amanhã a mesma sorte não o espera? Quem pode garantir-lhe que não perderá o emprego? Quem lhe assegura que amanhã, quando o patrão – com ou sem motivos – o puser na rua, poderá aguentar-se, a si e à sua família, até encontrar outro que “lhe dê o pão”? Quem garante ao operário que para arranjar emprego, lhe basta boa vontade para trabalhar, que a honestidade, a diligência, a parcimônia e todas as outras numerosas virtudes que a ajuizada burguesia lhe recomenda são para ele realmente o caminho da felicidade? Ninguém. O operário sabe que, se hoje possui alguma coisa, não depende dele para conservá-la amanhã; sabe que o menor suspiro, o mais simples capricho do patrão, qualquer conjuntura comercial desfavorável podem lançá-lo no turbilhão do qual momentaneamente escapou e no qual é difícil, quase impossível, manter-se à tona. Sabe que se hoje tem meios para sobreviver, pode não os ter amanhã.” (ENGELS, 2010, p. 69-70).

Entendemos essas passagens como traços constitutivos do capital, à medida que a condição sócio-histórica dos trabalhadores e o movimento da intensificação do trabalho nos levam a apreender a sua natureza de acumulação, suas formas de subsumir o trabalho ao capital e o seu modo de organizar os processos produtivos. Esse processo, inerente ao funcionamento do modo de produção capitalista, tem na sua estrutura a exploração da força de trabalho e a inovação dos processos produtivos que vão paulatinamente se reorganizando para a expansão do capital.

Por isso, ao falarmos em desgaste da força de trabalho como um produto sócio-histórico do capital analisamos que a natureza central da sociedade do capital é determinada pela exploração da força de trabalho, sem a qual o capitalismo não teria existência. É, pois, nesse tipo de processo de trabalho, que se produz o desgaste da força do trabalhador, que vai rebater incessantemente nas suas condições de saúde e, por conseguinte, na sua reprodução.

1.2 O desgaste da força do trabalho nos processos produtivos do capitalismo contemporâneo

Foi na chamada II revolução industrial, que se deu o maior impulso de desenvolvimento para o capital, com o surgimento da grande indústria, permitindo a sua expansão mundial, à medida que ocorreram os processos produtivos inovadores responsáveis por reestruturar o capital em suas crises cíclicas⁷.

Concordando com Tonet (2009), identificamos que o capitalismo tem a natureza de sofrer crises periódicas, cujas raízes estão nos problemas originários do processo de acumulação do capital. Essas crises se estabelecem na relação dos homens com o processo da produção da riqueza material que, também, se espalha para as outras dimensões da realidade social.

Como o capitalismo opera em meio às contradições sociais da acumulação, os longos espaços das crises que se sucedem são reorganizados com estratégias que impulsionam a expansão do capital em sua autorreprodução, que em seu metabolismo, vai atingindo, ao longo do tempo, um esgotamento, fato que exige novas características para a inovação do processo produtivo, razão pela qual o capital tenta revolucionar os processos produtivos e a organização do trabalho. Como expressões dessas mudanças surgem novos sistemas de organização para a recuperação dos níveis de acumulação e enfrentamento dessas crises.

Conforme analisado por Pinto (2010), as tendências para que as mudanças nos processos produtivos se consolidassem como sistema dominante tinham como elementos precedentes o aumento da capacidade da produção, da especialização e da diversificação da produção industrial, que favoreceu o desenvolvimento de outros setores complementares ao processo de produção, como os meios de transporte e das comunicações, fato este que impulsionou a expansão dos mercados nacionais e variedades de produtos comerciais. Daí a concorrência do mercado e o crescimento da economia mundial. Como consequência, o capital passou a criar estratégias para as novas demandas que a conjuntura exigia ao processo produtivo, intervindo com maior intensidade nos espaços de organização do trabalho e na produção.

Nesse contexto de expansão industrial foi constituído um novo modelo de produção de mercadorias baseado na combinação dos princípios de administração de Frederick Taylor e na

⁷ Adotamos a ideia de crise analisada por Mota (2008, p. 88), como um “conjunto de transformações econômicas, políticas, sociais, institucionais e culturais que interferem no processo de reprodução social, seja no sentido de incorporar potencialmente elementos ameaçadores da reprodução, seja no sentido de catalisar mudanças que permitam a reestruturação da produção”.

organização da produção de Henry Ford, o modelo taylorista/fordista, que se apoiava, em termos gerais, no aumento da produtividade do trabalhador, na redução do custo da produção através da rigidez da administração, na produção em massa e no controle do processo produtivo para obtenção de maiores níveis de mais-valia.

Este modelo foi utilizado em escala mundial, visando o controle dos espaços da organização tanto na produção direta como na administração, como expressão da reorganização e da inovação dos processos produtivos nos espaços de trabalho. Seu desenvolvimento se deu durante as duas grandes guerras mundiais nos países centrais e, posteriormente se generalizou no pós-guerra, nas demais nações capitalistas, com o advento do crescimento econômico forjado para dar maior impulso na superação dessas grandes guerras.

No Taylorismo, a principal estratégia utilizada era a de otimização do tempo de trabalho tendo como ideias centrais “um brutal aumento da produtividade do trabalho a partir da decomposição do processo de trabalho em movimentos rigorosamente estudados, tendo em vista o controle do tempo e um conjunto de estratégias de gestão [...]” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 86). No fordismo, a organização da produção se processava com a ideia central de que: “padronizando os produtos e fabricando-os numa escala imensa, da ordem de centenas ou milhares por dia, certamente os custos de produção seriam reduzidos e contrabalançados pelo aumento do consumo” (PINTO, 2010, p. 34). Como consequência disso, Ford entendia que seria gerado o aumento da renda que promoveria elevação dos salários e, por conseguinte, o aumento dos lucros, em função da elevação das vendas. Como inovação, o fordismo desenvolvia um novo modo de reprodução da força de trabalho ao mesmo tempo em que aumentava o consumo e incrementava diversos setores do mercado, tendo na indústria automobilística sua expressão mais significativa.

Uma das características peculiares do modelo é que com a rigidez da organização, os limites de tempo e a produção em série, a criatividade do trabalhador não foi considerada como importante para a produção e o desenvolvimento de suas atividades exigiam tarefas simples e mecanizadas. Para esse cenário, nos reportamos a Engels e Marx (2011) quando afirmam que o desenvolvimento da maquinaria e a divisão do trabalho fazem com que o operário perca o estímulo do seu trabalho, à medida que o torna apenas um acessório da máquina, que exige do trabalhador a execução mais simples, monótona e de fácil aprendizagem.

As características desse modelo também favoreceram as resistências individuais, tais como o absenteísmo, a rotatividade no emprego e produziram adoecimentos e acidentes

relacionados ao trabalho. Conforme Marini (2000, p. 229) este tipo de atividade exigia mais trabalho ao operário com tarefas extensivas e intensivas que provocavam desatenção, fadiga e esgotamento resultando, em muitos casos “[...] no incremento do que Marx chamou “as pestes de guerra do exército industrial”, que têm nos acidentes de trabalho um de seus indicadores mais representativos.

Durante esse processo, a força de trabalho era utilizada no espaço predominantemente industrial e o trabalhador submetia-se a um desgaste que combinava intensificação do trabalho com inovação tecnológica e tecnocientífica, ao que Marx denominou de subsunção real do trabalho ao capital.

Se certas atividades como carregamento de pesos excessivos ou manipulação de produtos tóxicos foram assumidas por máquinas eletromecânicas, ampliou-se o controle do trabalho de execução pelos administradores, pois a automação, além de incorporar gradualmente o conhecimento técnico dos trabalhadores, intervinha diretamente no ritmo e na intensidade das atividades por eles realizadas. Embora as jornadas tivessem sido reduzidas, trabalhava-se mais intensamente num curto espaço de tempo, provocando inúmeras lesões e acidentes graves, características até hoje frequentes em setores industriais produtores de mercadorias de baixa qualidade [...] (PINTO, 2010, p. 21).

Nesse período em que o desenvolvimento da produção requisiava trabalhadores no espaço industrial com uma intensa divisão social do trabalho, o surgimento de manifestações e reivindicações por melhores condições de trabalho e de reprodução possibilitou o aparecimento de grandes sindicatos de trabalhadores que se fortaleciam pelas discussões nos espaços do chão da fábrica. Como resultado das contradições sociais engendradas pela dominação do capital na sociedade industrial, os capitalistas se veem obrigados a dar respostas aos trabalhadores pelas lutas sociais e políticas que se desenvolviam.

Nesse contexto, criaram-se as bases para o desenvolvimento do Estado de Bem-Estar social, que, associadas às estratégias tayloristas/fordistas tinha nas ideias keynesianas⁸ a legitimidade necessária para a reprodução do capital. Medidas de proteção social e estratégias no âmbito da produção se constituíram em possibilidades concretas de combinar os interesses econômicos com os sociais, ou seja, garantir uma “estabilidade” para o desenvolvimento do sistema numa articulação que implicava a burguesia, a classe trabalhadora e o Estado. Em

⁸ O Keynesianismo foi erguido com as ideias de Maynard Keynes, preocupado em encontrar saídas democráticas para a crise de 1929. Defendia a intervenção estatal objetivando dar impulso à produção. Buscava a ampliação da intervenção do Estado na economia e mudanças nas suas relações com o sistema produtivo, rompendo em parte com os princípios liberais, defendendo um Estado produtor e regulador; porém, tentando resolver a crise dentro do próprio sistema capitalista. (BEHRING; BOSCHETTI, 2008), uma vez que o liberalismo do mercado mostrava com a grande depressão e com a guerra que não era um caminho que apontava para a suficiência das mediações dos conflitos entre o capital e o trabalho. Esse sistema se desenvolveu até os anos 60 nos países centrais quando foi declinando paulatinamente por motivos das próprias crises do capital.

suma, com a possibilidade de materializar um “pacto social” onde os interesses das classes antagônicas, nesse processo, fossem mediados pelo Estado.

Dada às necessidades do capital em responder pela incapacidade de sustentar a produção devido aos fatores que determinaram o pós-guerra até os anos 1960, como o aumento do preço da força de trabalho, durante o período pós-45 e a intensificação das lutas sociais dos anos 60; os trabalhadores, particularmente os dos países centrais, puderam experimentar, então, um período que tinha grande expressão no aumento do emprego e da proteção social no desenvolvimento do Estado.

Houve, naquele momento, uma melhoria efetiva das condições de vida dos trabalhadores fora da fábrica, com acessos ao consumo e ao lazer que não existiam no período anterior, bem como uma sensação de estabilidade no emprego, em contexto de pleno emprego Keynesiano, diluindo a radicalidade das lutas e levando a crer na possibilidade de combinar acumulação e certos níveis de desigualdade (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 89).

A perspectiva de aliança, nesse momento histórico de profundas transformações na sociedade do capital, indicava o desenvolvimento dos pressupostos keynesianos que, ao mesmo tempo em que atendiam muitos dos interesses da classe trabalhadora com o aumento do emprego e da proteção social, respondia por uma lógica mercadológica regulada pelo Estado, ao não romper com as estruturas do sistema do capital, à medida que, o “pacto social” delimitava a luta de classes “onde se buscava a obtenção dos elementos constitutivos do Welfare State em troca do abandono, pelos trabalhadores, do seu projeto histórico-societal” (BIHR APUD ANTUNES, 2009, p. 40).

Contribuiu, sobretudo, na determinação dessa realidade, a expansão do capital, que, nesse período, foi considerado como “os anos de ouro” do capitalismo, o que exigia do capital um tratamento mais favorável às demandas dos trabalhadores. Desse modo, “[...] Para a burguesia, a manutenção das altas taxas de lucro, fundadas numa superexploração dos trabalhadores durante um intervalo estável de tempo, pressupunha concessões e acordos” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 88). Mesmo o *Welfare State* podendo se desenvolver através de políticas atenuadoras de conflitos, em nenhum momento esse fato impediu a acentuação da acumulação do capital e da exploração do trabalhador.

Os arranjos dessa época produziram, por outro lado, mudanças significativas no interior da produção, com o desenvolvimento da organização fordista e da administração taylorista, cujos efeitos intensificavam a expropriação da força de trabalho pelo aumento dos níveis de mais-valia, e, produziam rebatimentos na saúde dos trabalhadores. A diferença, nessa realidade, era que a proteção social adquirida no Estado de bem-estar social, deixava os

trabalhadores mais protegidos do ponto de vista da sua reprodução e exercia uma tentativa de compensação do desgaste da força de trabalho prematura, com a perspectiva de dar respostas para “reparar”⁹ a perda da saúde do trabalhador e os limites à sua reprodução.

O que foi vivenciado no período de grande expansão do capital experimentado com a grande indústria no desenvolvimento do modelo taylorista/fordista combinado com o Estado de bem-estar social afirmou um momento histórico em que existia uma espécie de combinação ou consenso entre a burguesia e a classe trabalhadora no que se refere à necessidade de maior produtividade do capital. Essa conjuntura foi modificada, em face da queda de rentabilidade dos capitais e dos limites do sistema para continuar assegurando os direitos dos trabalhadores. A partir daí, podemos falar de uma nova crise, que desencadeou, mais uma vez, um conjunto de transformações econômicas, sociais, políticas e, desta feita, em escala mundial.

Esse período se expressou no final dos anos 1960 e mais significativamente na primeira década dos anos 1970, cuja principal característica pode ser evidenciada mediante o processo de internacionalização do capital, de aumento do desemprego através de introdução de técnicas poupadoras de força de trabalho, na alta dos preços de matérias-primas, na queda do volume do comércio mundial, na diminuição da taxa média de lucros e, finalmente, no poder de barganha dos trabalhadores empregados, impulsionados pelas conquistas do pleno emprego no capitalismo central. (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

Além disso, o contexto mundial também apresentava sinais de aumento da recessão econômica, conflitos de guerra pontuais nos países mais desenvolvidos e crise do petróleo, o que elevava as contradições estruturais do sistema quando desencadeavam situações inibidoras do crescimento econômico. Essa realidade já vinha sendo também identificada nos países capitalistas considerados subdesenvolvidos ou em desenvolvimento.

O quadro geral que se evidencia a partir dos finais dos anos 70 do século passado foi identificado como a crise do “Estado de bem-estar social”¹⁰. O argumento dos capitalistas era o da necessidade de viabilizar um novo projeto social e econômico que pudesse restabelecer os níveis de crescimento econômico e, nesse contexto, o Estado deveria intervir

⁹ Entendemos os aspectos reparadores de uma política social como inerentes à ordem capitalista, para atender as demandas contraditórias que se instalam na relação capital/trabalho e, assim, não reparam a perda da saúde do trabalhador, muito menos mantêm nos mesmos níveis a sua reprodução quando a força de trabalho não tinha sofrido desgaste prematuro.

¹⁰ A crise experimentada nesse período vai rebater paulatinamente para o seu esgotamento a partir dos anos 1970 quando começa a ocorrer a ascensão da política neoliberal mais significativamente, através da disseminação das medidas de austeridade do Governo Reagan nos Estados Unidos e Thatcher na Grã-Bretanha, quando os impactos deletérios dessas medidas foram sentidos principalmente no espaço da produção e da proteção social e, conseqüentemente, forjaram o aumento do desemprego e as relações precarizadas do trabalho que favoreceram a fragmentação da organização de classe.

minimamente, deixando o mercado livre para o seu desenvolvimento; enfim, recolocavam-se no cenário velhas práticas do liberalismo, reeditando ideias que, do ponto de vista político se expressavam no ideário neoliberal¹¹ e sob a ótica da economia, na reestruturação produtiva, ambos os processos, face da mesma moeda. Em outros termos, bases para uma nova reestruturação produtiva do capital.

Nessa dinâmica, a superexploração do trabalho passa a ser um traço mais visível das relações de produção, sendo expressão da mesma a precarização, a informalidade, a flexibilização das relações de trabalho e a intensificação do ritmo de trabalho¹². Não que ela - a superexploração- seja uma expressão nova, mas adquire uma nova configuração no capitalismo contemporâneo.

Essas mudanças foram processando um novo modelo de produção baseado numa estrutura totalmente diversa da experimentada no fordismo, configurando um novo momento na reorganização do capital tendo como expressão predominante o toyotismo¹³, denominado na literatura dominante como modelo de acumulação flexível.

A acumulação flexível [...] é marcada por um confronto direto com a rigidez do fordismo. Ela se apóia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional (HARVEY, 1993, p. 140).

¹¹ “A ideologia neoliberal compreende a disseminação de teses conservadoras, originárias dos princípios liberais e executadas no mundo a partir dos anos 1970, como uma reação contra o estado de bem-estar social e a necessidade de um novo projeto econômico e social para a crise do capitalismo. (PAULO NETTO; BRAZ, 2008). Tem como argumentação a necessidade de diminuir o tamanho do estado para que o mercado possa atuar livremente. Em função disso, suas diretrizes promovem a diminuição da participação do estado para as políticas sociais, um conjunto de medidas para a estabilização de preços; uma profunda privatização dos meios de produção e das empresas estatais; liberalização do comércio e do fluxo de capitais; desregulamentação da atividade privada; austeridade fiscal, restrições aos gastos públicos e liberação do mercado para todas as empresas multinacionais. “Essa ideologia legitima precisamente o projeto do capital monopolista de romper com a as restrições sociopolíticas que limitam a sua liberdade de movimento.” Promove profundas modificações no interior do mundo do trabalho, com acentuação da sua precarização, e fragmentação de classe.

¹² Até esse período, a classe trabalhadora, predominantemente, estava no seio das atividades industriais, manuais, fabris e que faziam parte da organização taylorista e fordista; ulterior aos anos 1970, a produção assume novas características e intensifica-se com as novas tecnologias nos países industrializados (ALVES, 2011) que foram incrementadas pelos avanços tecnocientíficos e organizacionais, resultando em intensas modificações nas formas de organização e gestão do trabalho, já que as que estavam sendo desenvolvidas anteriormente não se apresentavam suficientes para manter as altas taxas de lucro, os níveis de mais-valia nem o crescimento econômico, enfim, não favorecia mais a acumulação desejada pelo capital.

¹³ “Na fábrica Toyota, no Japão, iniciou-se outro processo de reestruturação dos sistemas produtivos, que recebeu várias denominações: ohnismo – remete ao nome do engenheiro Onho, que implantou o método; toyotismo – nome da fábrica Toyota, que primeiro fez a reestruturação produtiva; Kanban – sistema de reposição de estoques; Just in time e fluxo tenso – produção no tempo exato; zero estoque; flexibilização (técnica e social) do trabalho; e subcontratação em cascata ou terceirização (Coriat, 1991), como ficou conhecida no Brasil e que caracteriza apenas um dos aspectos do processo.” (PENA; GOMES, 2011, p.116).

Nesse novo modelo de produção, trata-se de criar novas estratégias para enfrentar a crise e, para isso, é necessário que o capital reorganize todas as esferas da reprodução social. Para Mota e Amaral (2008, grifo do autor), o capital, passa a intervir de diferentes formas, em três esferas principais: *na produção*, através do aumento da taxa do lucro com o crescimento da produtividade do trabalho, articuladas às novas tecnologias que são inseridas nesse espaço e a forma de consumir a força de trabalho; *na circulação*, forjando mudanças no mercado consumidor, emergindo, daí, novos tipos de concorrência entre as empresas e na qualidade dos produtos; na área *sócio-política e institucional*, através de um novo controle sobre o trabalho, promovendo reformas nas instituições e estratégias capazes de incorporar às mudanças o consentimento e a adesão dos trabalhadores.

No interior dessas mudanças, as políticas neoliberais e as políticas dos Estados nacionais impulsionaram a mundialização do capital¹⁴ que se inscreveu como uma das determinações centrais do processo da reestruturação produtiva. Dentre outras ofensivas, tais mudanças tencionaram a diminuição do capital produtivo e introduziram um conjunto de estratégias que serviram para esse novo modelo de acumulação, dando suporte às altas taxas de juros, como o capital fictício¹⁵ e seus desdobramentos.¹⁶

A reestruturação da organização do processo produtivo, expresso na precarização, intensificação e flexibilização do trabalho vai, paulatinamente, constituindo novas condições para a inserção da classe trabalhadora ao mercado de trabalho. Também modifica as relações de trabalho, incorporando novas exigências ao processo de trabalho. Ao mudarem tais condições, podemos identificar inúmeras consequências do ponto de vista da proteção social dirigida ao trabalhador. Concordamos com Antunes (2011), em sua afirmação de que, como o capital não pode suprimir o trabalho vivo do seu processo produtivo, ele incrementa o trabalho morto e intensifica as formas de extração do sobretrabalho, intensifica os ritmos e processos e interage, cada vez mais, o trabalho morto e o trabalho vivo, resultando, assim, na

¹⁴ A mundialização da economia está ancorada nos grupos industriais transnacionais, resultantes de processos de fusões e aquisições de empresas em um contexto de desregulamentação e liberalização da economia. Esses grupos assumem formas cada vez mais concentradas e centralizadas do capital industrial e se encontram no centro da acumulação. As empresas industriais associam-se às instituições financeiras (bancos, companhias de seguros, fundos de pensão, sociedades financeiras de investimentos coletivos e fundos mútuos), que passam a comandar o conjunto de acumulação, configurando um modo específico de dominação social e política do capitalismo, com o suporte dos Estados Nacionais. (IAMAMOTO, 2010, p. 108).

¹⁵ O capital fictício é compreendido de quatro formas: o capital bancário, o capital acionário (ações das empresas), o mercado de derivativos (dólar, ouro, etc) e a dívida pública (títulos públicos).

¹⁶ Para Iamamoto (2010), o capital financeiro adota o controle dos processos de acumulação do capital que são articulados ao mundo das finanças. Tem como base as corporações financeiras que passam a agir com o capital que rende juros, como os bancos, as seguradoras, os fundos de pensão, os fundos mútuos e as sociedades financeiras em seus diversos níveis, que capturam os Estados nacionais resultando num desenvolvimento desproporcionado e conjugado a relações de dependência entre as nações.

necessidade de inserir no sistema de metabolismo social do capital, cada vez menos trabalho estável e cada vez mais formas de trabalho precário¹⁷.

Podemos identificar algumas exigências e consequências desse novo modelo de produção, que vem sendo discutido exaustivamente por diversos autores que estudam os rebatimentos das mudanças do mundo do trabalho para a classe trabalhadora. Destacamos aqui, as análises de Antunes (2005, 2009, 2013) e Alves (2011a, 2011b) que entendem que as formas precarizadas que os processos de trabalho assumem na contemporaneidade se materializam, nesse novo modelo, entre outras características, na tensão do ambiente do trabalho, através da competitividade, na intensificação dos ritmos, na polivalência das atividades, na organização e controle do tempo, na exigência de metas de produtividade, na desregulamentação dos direitos e na rotatividade dos postos de trabalho, o que promove uma intermitência entre trabalho e desemprego, seja no espaço formal ou informal¹⁸. É a forma mais desenvolvida da extração da mais-valia relativa.

Nesse cenário, podemos identificar as consequências desse processo para a classe trabalhadora¹⁹, sobretudo, nas relações sociais do trabalho e no aumento do desemprego. Conforme analisa Antunes (2009, p. 17):

[...] nas últimas décadas a sociedade contemporânea vem presenciando profundas transformações, tanto nas formas de materialidade quanto na esfera da subjetividade, dadas as complexas relações entre essas formas de *ser* e *existir* da sociabilidade humana. A crise experimentada pelo capital, bem como suas respostas, das quais o neoliberalismo e a reestruturação produtiva da era da acumulação flexível são expressão, têm acarretado, entre

¹⁷ Adotamos a ideia de precarização do trabalho com base em Druck (2013) como um processo que se configura nos espaços econômicos, sociais e políticos, institucionalizando a flexibilização e a precarização moderna do trabalho, pela renovação de suas formas históricas e estruturais. Suas características, segundo o estudo da autora, se revelam nas mudanças nas formas de organização e gestão, nas áreas da legislação trabalhista e social, na posição do Estado nas políticas sociais e no comportamento que os sindicatos, as instituições públicas e associações civis assumem nesse cenário. A autora também aponta a fragilidade emanada pelos processos produtivos contemporâneos e pela desproteção social como insuficiência das respostas dadas aos trabalhadores pelas condições aviltantes exigidas para o metabolismo social do capital no enfrentamento de suas crises estruturais, assumindo um papel importante na adequação da produção de valor e segmentado na produção do capital.

¹⁸ Na distinção entre trabalho formal e informal; o primeiro é entendido como aquele que garante ao trabalhador a proteção social dos direitos trabalhistas e da Seguridade Social, regidos por um contrato de trabalho, seja pela Consolidação das Leis do Trabalho, seja por um Estatuto público. O trabalho informal, no entanto, é entendido como aquele que não tem essa proteção e tem uma participação diferente na produção de valor à medida que, também, é parte do contingente de excedente de mão de obra do sistema capitalista. Contudo, nesses segmentos, grande parte dos trabalhadores, independentemente de sua natureza, está inserida no campo do trabalho precário e degradante, donde as novas formas que são demandadas ao trabalho hoje e a flexibilização de suas relações expressam a fragilidade da consolidação dos direitos sociais e aumentam a superpopulação relativa.

¹⁹ Para Antunes (2005), na contemporaneidade, a classe-que-vive-do-trabalho, incorpora todos os trabalhadores que vendem a sua força de trabalho em troca de salário, nas diversas modalidades emergentes, como os trabalhadores terceirizados, temporários, precarizados, fabris e de serviços. Envolve também o proletariado rural e os desempregados; estes últimos, submetidos ao desemprego estrutural que contempla o cenário na atualidade.

tantas consequências, profundas mutações no interior do mundo do trabalho. Dentre elas podemos inicialmente mencionar o enorme desemprego estrutural, um crescente contingente de trabalhadores em condições precarizadas, além de uma degradação que se amplia, na relação metabólica entre homem e natureza, conduzida pela lógica societal voltada prioritariamente para a produção de mercadorias e para a valorização do capital.

Além dessas questões elencadas, o capital constrói novas mediações para reestruturar o processo produtivo através de mais exigências para a classe trabalhadora. Alves (2011) afirma que as principais características da nova morfologia social do trabalho apresentam-se sob a égide do capitalismo global e da precarização do trabalhador. Estas são materializadas na captura da sua subjetividade, na quebra dos coletivos de trabalho e diminuição do trabalho vivo.

A precarização do trabalhador ocorre de forma heterogênea, nos espaços do emprego formal e trabalho informal. Opera como uma força vital e necessária à expansão do capital através da mais-valia relativa, na intensidade e produtividade do trabalho. Quando o capital expande a produtividade, ele aumenta a intensidade do trabalho, é mais trabalho excedente que se reproduz para todos os trabalhadores, independentemente de sua posição nos estratos profissionais. Desdobram-se trabalhadores emergentes para esse modelo, como os *parciais*, *temporários*, *part-time* e *terceirizados* (ANTUNES, 2005, grifo nosso), e, conseqüentemente, uma ampliação dos “modos de ser” da informalidade na sociedade que, participando dos mecanismos que intensificam o trabalho, servem de adequação a novos espaços de criação de valor para o capital (ANTUNES, 2013).

Nas modificações do processo produtivo a precarização também ocorre com os trabalhadores empregados em seus espaços de trabalho, além de expulsar continuamente do emprego mais estável os trabalhadores que não se adaptam às características inovadas pelo modelo flexível. Conforme os estudos de Antunes (2005) e Lara e Canoas (2010) podemos caracterizar como exemplos, os trabalhadores que têm pouca qualificação, baixa escolaridade e submetem-se a um maior dispêndio físico e os trabalhadores que estão em processo de envelhecimento para o capital e, historicamente, são menos adequados aos novos conceitos de produção.

Nesse ambiente, a principal inovação vai se estabelecer num grau mais intenso do aumento da força de trabalho que, diferentemente do modelo anterior, exige do trabalhador incorporar a sua subjetividade em prol da acumulação, assumindo traços particulares de exploração. Em termos gerais, captura a subjetividade do trabalhador para “a constituição de um novo nexos psicofísico capaz de moldar e direcionar ação e pensamento de operários e

empregados em conformidade com a racionalização da produção” (ALVES, 2011, p.111). Nessa relação, é exigido ao trabalhador no espaço da produção incorporar a lógica da empresa e dos serviços, como estratégias organizacionais que os declaram competentes enquanto servem aos interesses do capital, forçados a reproduzirem discursos ideológicos e políticos para legitimar essas mudanças, como “vestir a camisa”, ser “colaborador”, “parceiro”, entre outras denominações.

Entendemos essa articulação do capital que Alves (2010) chamou de captura da subjetividade do trabalhador, um processo de intensificação do trabalho que o pressiona a abrir mão do seu tempo livre e transformá-lo em tempo de trabalho consentido. Como expressão desse movimento, desenvolve-se no trabalhador o medo da perda do emprego e a necessidade de se adaptar às exigências do modelo produtivo, induzindo-o a assumir essa nova condição como benéfica a todos.

Reportamos-nos a Marx (2011), quando ele se refere aos limites da jornada de trabalho, entendendo que a voracidade do capitalista por trabalho excedente rompe os limites físicos e morais da força do trabalhador se apoderando do tempo que deveria ser destinado ao desenvolvimento e à saúde do corpo, restringindo o tempo destinado às refeições para servir ao processo de produção e diminuindo o sono que deveria restabelecer e renovar as forças físicas de um organismo esgotado. Identificamos, assim, que o capital, independentemente de como vai extrair o trabalho excedente e em que circunstâncias históricas isso vai se materializar, vai acionar os mecanismos de superexploração, nas suas diferentes modalidades. E nesse sentido, vai potencializar o desgaste da força de trabalho.

Em se tratando dos trabalhadores do mercado informal, cujo papel é menor no processo de criação de valor porque incorporam o grande contingente de desempregados e reserva para o capital, a reprodução passa a ser de sua inteira responsabilidade. Para estes, a alternativa é a de que devem empreender, criar, provar a sua capacidade de independência, ou seja, induz-se o grande contingente de desempregados ou subempregados a criar o seu próprio negócio.

Nessa perspectiva, o que queremos mostrar é que a precarização do trabalho é disseminada através das determinações produzidas pelo capitalismo mundial e que esta condição tem fortes impactos na saúde dos trabalhadores e na sua reprodução. Nesse sentido, os mecanismos criados para o aumento do trabalho excedente expulsam da produção os trabalhadores considerados descartáveis e inadequados ao modelo flexível forçando-os a ingressar na informalidade ou no desemprego, que, nesse estágio de desenvolvimento do capital, deixa de ser intermitente e torna-se estrutural. Fazem parte desse universo, os

trabalhadores que perderam a sua saúde no trabalho e, portanto, tem sua capacidade produtiva diminuída.

Destacamos, em inúmeros estudos já produzidos tanto em nível internacional como no Brasil, que as grandes transformações operadas no processo de produção, na organização e gestão da força de trabalho têm levado à precarização estrutural dessa força de trabalho. De modo geral, tais estudos apontam para alguns traços que passam a fazer parte da contemporaneidade capitalista, tais como: uma ampliada financeirização do capital internacional tencionando a diminuição do capital produtivo; a privatização progressiva das políticas sociais; a destruição do meio ambiente; a flexibilização nas relações de trabalho e o crescimento da terceirização; o retrocesso paulatino dos direitos sociais e do trabalho; a exigência de intensificação dos ritmos e polivalência das funções; uma forte competitividade; o desemprego estrutural; o aumento da exposição aos riscos de doenças e acidentes no trabalho; o maior dispêndio de energia psicofísica do trabalhador; a dificuldade nas relações sindicais e organizativas de classe e a quebra dos coletivos de trabalho (ANTUNES, 2005, 2009, 2011, 2013), (MOTA, 2008, 2012), (BOSCHETTI, 2009), (BEHRING, 2010), (GRANEMANN, 2010), (IAMAMOTO, 2010), (ALVES, 2011a, 2011b, 2012).

As consequências para a classe trabalhadora, a partir dessa nova fase de acumulação, são intensificadas através das implicações que vão sendo produzidas e disseminadas em todas as nações capitalistas, independentemente do papel que assumem na divisão internacional do trabalho.

1.3 O desgaste da força de trabalho e as consequências para a saúde dos trabalhadores: a particularidade brasileira no contexto da crise do capital

As condições para o desenvolvimento da força de trabalho no Brasil foram tomadas por circunstâncias históricas que permitiram que o país não acompanhasse a trajetória que os países centrais vivenciaram. Aqui, podemos afirmar que, do ponto de vista dos elementos mais gerais das contradições capitalistas, seus pilares fundamentais foram mantidos. Todavia, temos que considerar as particularidades da formação sócio-histórica brasileira no que se refere a sua condição de país capitalista dependente periférico.

Alguns fatores foram determinantes para essa formação, quando, sem experimentar o modo de regime feudal clássico, o Brasil passou de um contexto colonial, escravista e senhorial, com típica aristocracia rural para um modo de produção capitalista de traços dependentes, desenvolvido tardiamente ou subdesenvolvido, cuja realidade não acompanhava

as conquistas sociais e políticas que se desenvolveram nos países centrais. Contudo, no plano político-ideológico, esses fatores impulsionaram um novo modo de acumulação que serviam adequadamente aos interesses de expansão do capital mundial, para dar suporte às crises que se espalhavam no modelo clássico desenvolvido na Europa e nos Estados Unidos.

Fundamentando essa discussão, nos reportamos aos estudos de Oliveira (2011), ao tratar da economia brasileira após os anos 1930. O Autor ressalta que a dinâmica econômica desse período possui particularidades que demarcam o fim da hegemonia de uma base agrário-exportadora e o predomínio de uma base urbano-industrial na estrutura produtiva. Conforme o autor, dentre as circunstâncias históricas desse desenvolvimento foi necessário fortalecer um modo de acumulação que substituísse o acesso externo da economia agrário-exportadora, colocando as novas classes burguesas empresário-industriais em posição hegemônica. Nesse contexto, a inserção dessas novas classes não excluíram totalmente as classes proprietárias rurais, o que permitiu a mistura de modelos arcaicos e modernos na organização da produção e do trabalho e que *serviram adequadamente* para a expansão do capitalismo global.

Nesse sentido, Oliveira (2011) afirma que o subdesenvolvimento ou as economias pré-industriais se inscreveram como uma reserva de acumulação primitiva do sistema global, com um desenvolvimento que se formou a partir da sociedade capitalista para responder as necessidades da expansão do capital.

No plano teórico, o conceito de subdesenvolvimento como uma formação histórico-econômica singular, constituída polarmente em torno da oposição formal de um setor “atrasado” e um setor “moderno”, não se sustenta como singularidade: este tipo de dualidade é encontrável não apenas em quase todos os sistemas, como em quase todos os períodos. Por outro lado, a oposição na maioria dos casos é tão-somente uma unidade de contrários, em que o chamado “moderno” cresce e se alimenta da existência do “atrasado”, se quer se manter a terminologia. O “Subdesenvolvimento” é uma “produção” da expansão do capitalismo (OLIVEIRA, 2011, p. 32-33).

Feito esse recorte analítico da questão do subdesenvolvimento no Brasil para a expansão do capital, tratamos de seguir com o entendimento de que o desenvolvimento industrial no país, com o modelo de acumulação que se processou, intensificou as condições precárias de trabalho e exploração dos trabalhadores assalariados e consolidou, nesse espaço, a natureza da ordem capitalista de ter como núcleos centrais a expansão do capital e a exploração do trabalhador, independentemente das circunstâncias históricas em que se desenvolvam. É nesse cenário que “a questão social da saúde dos trabalhadores, enquanto classe em formação emerge com as condições degradantes de trabalho das crianças,

espancamentos nas fábricas, trabalho noturno, além das condições precárias do trabalho das mulheres e da duração excessiva da jornada” (PENA; GOMES, 2011, p. 113).

A condição para o desenvolvimento dessa sociedade se deu no seu modo de transição para o capitalismo, que teve um papel particular, quando, “[...] na divisão internacional do trabalho, a industrialização se deu por transferência de setores industriais internacionais para o Brasil, em decorrência do baixo custo de mão-de-obra e o setor agrário-exportador jamais perdeu força social e política [...]” (CHAUÍ, 2010, p. 36). Sob essa condição, aprofundam-se a relação da dependência brasileira com os setores da burguesia para a expansão do capitalismo global e as diversas formas de exploração da classe trabalhadora.

Diante disso, o trabalhador brasileiro vivenciou e vivencia historicamente o processo de dupla exploração: fundamentalmente, pelas contradições ontológicas do sistema capitalista com os elementos categoriais que dizem respeito à sua estrutura, como a exploração e expropriação do trabalho e em segundo lugar, pela superexploração, na condição de trabalhador de país periférico submetido aos ditames do capitalismo mundial. Alguns autores já sinalizavam essa tendência para os países periféricos:

Com o rápido aperfeiçoamento de todos os instrumentos da produção, com as comunicações imensamente facilitadas, a burguesia arrasta para a civilização todas as nações, até mesmo as mais bárbaras. [...] Obriga todas as nações, sob pena de extinção, a adotarem o modo de produção da burguesia; obriga-as a ingressarem no que ela chama de civilização, isto é, a se tornarem burguesas. Numa palavra, cria o mundo à sua imagem e semelhança (ENGELS; MARX, 2011, p. 45).

Por outro lado, o desenvolvimento do capitalismo no Brasil e da produção industrial, implicou uma maior oferta dos postos de trabalho para os trabalhadores assalariados, durante o período de industrialização nacional (1930-1980). Favoreceu o desenvolvimento dos grandes centros urbanos e do êxodo rural²⁰ em torno da produção industrial; mas, é importante ressaltar que esse desenvolvimento se sustentava na demanda pela força de trabalho barata e explorada e para responder as necessidades da mundialização do capital na particularidade brasileira.

Essas condições se apresentaram para consolidar a posição hegemônica da produção industrial face à economia agrária-exportadora que foi se desenvolvendo em torno de estratégias do capitalismo mundial para enfrentamento da crise com a participação crescente

20 O êxodo rural contribuiu significativamente para a expansão e exploração da força do trabalho, que teve a seca como sua expressão mais significativa para expulsar continuamente muitos trabalhadores rurais para os centros urbanos mais desenvolvidos em busca de sobrevivência e melhores condições de trabalho. O filme clássico nacional “O homem que virou suco” de João Batista de Andrade expõe com clareza a questão da migração nordestina para São Paulo, revelando a experiência da exploração do trabalhador nas grandes metrópoles, com destaque para os trabalhadores da construção civil nos anos 70 e 80.

das frações burguesas internas e as reformas que foram promovidas na economia através do aparato estatal. Nesse sentido, o desenvolvimento forjado pela burguesia se deu de forma acelerada e desordenada; porém, em torno dos elementos possíveis de serem utilizados para a expansão mundial, onde o capitalismo no Brasil, como nas demais nações subdesenvolvidas promoviam e se apresentavam como espaços adequados.

No período que a participação da indústria supera a agricultura no Brasil, ou seja, os meados dos anos 1950, os principais fatores para a consolidação dessa hegemonia, segundo Oliveira (2011) são viabilizados através das mudanças nas “regras do jogo” que não beneficiariam da mesma forma a economia agrária-exportadora, como o surgimento de uma nova correlação de forças sociais que vai emergir na economia e na política, as reformas nas ações e no aparelho estatal e na regulamentação do preço do trabalho e a expansão do mercado interno promovida pela criação de condições institucionais.

A proteção social que emergiu para o enfrentamento do desgaste da força de trabalho, nesse contexto, foi produzida através das legislações do trabalho nos governos populistas e respondiam pela necessidade do Estado de organizar a economia, mediando os conflitos entre o capital e o trabalho no espaço da produção industrial.

É indiscutível que o movimento dos trabalhadores influenciou e teve um papel fundamental nas conquistas que se formaram em torno dos direitos para o trabalho, através das lutas que se fortaleceram com as discussões nas fábricas e o surgimento dos sindicatos dos trabalhadores, além da influência político-ideológica dos imigrantes europeus; porém, a experiência da proteção social para os trabalhadores, no Brasil, não alcançou o patamar do que se chamou de Estado de Bem-Estar-Social dos países centrais, resumindo-se em algumas conquistas para os direitos do trabalho e políticas sociais de caráter não universal²¹.

Entendemos, assim, que o processo de desenvolvimento capitalista no Brasil cumpriu seu papel na estrutura do capitalismo mundial, integrando-se subordinadamente à expansão do capital. Produziu mudanças no interior da produção, revelando-se capaz de conquistar a parceria do Estado e se afirmar no fundamento da superexploração da força de trabalho para favorecer o imperialismo²² destinado aos países chamados periféricos, que vem se constituindo como predominante desde a crise mundial dos anos 1970.

²¹ Evidenciamos algumas conquistas como a Lei para a reparação dos acidentes de trabalho em 1919 e a criação da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT em 1943; esta última, criada para regular as relações individuais e coletivas de trabalho, unificando toda a legislação trabalhista até então existente no Brasil.

²² Conforme as análises de Neto e Braz (2008) o imperialismo clássico é compreendido como a fase monopólica do capitalismo, segundo os estudos de Lênin, como desenvolvimento de um produto sócio-histórico do capital. Apresenta-se mais significativamente a partir dos últimos 30 anos do século XIX, com a transição de um novo estágio de acumulação do capital que se firma com o surgimento de grandes monopólios capitalistas nacionais que controlam ramos industriais inteiros e influem de forma decisiva nas economias nacionais, consolidando

É a partir dessa crise dos anos 1970 que pretendemos estabelecer o diálogo entre o desgaste da força do trabalho e as consequências que se estabeleceram para a saúde e reprodução do trabalhador no Brasil, considerando que os sinais mais significativos para mudanças no mundo do trabalho a partir da reestruturação produtiva se deram a partir desse período, e, de modo mais significativo, nos anos 1990, período histórico no qual a sociedade brasileira consolidava sua condição de ser de Estado democrático de direito.

O marco mais significativo que converge com conquistas para a classe trabalhadora foi a promulgação da Constituição Brasileira de 1988, que, em sua envergadura, afirmou um legado de direitos tanto no âmbito do trabalho como na Seguridade Social, apesar da preservação da propriedade privada. Vale lembrar que a consolidação dessas conquistas foi incluída na legislação brasileira como resultado do movimento organizado da classe trabalhadora e de diversos segmentos da sociedade civil que, nesse período de transição de ditadura para democracia, aprofundava o caráter das lutas pela redemocratização do Brasil e, no campo da saúde, tinha uma forte influência do movimento de reforma sanitária brasileira²³.

A política para a saúde que foi legitimada com a nova Constituição estabeleceu em seus princípios a *universalidade do acesso, integralidade das ações e equidade* com a garantia do dever do Estado para sua efetivação (BRASIL, 1988), *em contraposição à lógica biomédica que privilegiava as ações curativas em detrimento das ações preventivas e de promoção à saúde e que vinha sendo desenvolvida no Brasil anterior à Constituição*. (Grifos adicionados). Desse modo, a saúde no seu segmento de atenção básica e assistência médica, passa a ser reconhecida como direito universal, e a institucionalização do Sistema Único de Saúde – SUS foi se consolidando através da regulamentação de leis específicas: em 1990, com a promulgação da Lei Orgânica de Saúde nº 8080 que cria o SUS e da Lei nº 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. (BRASIL, 1990).

Nesse contexto, o SUS integrou a Política de Saúde do Trabalhador que, acompanhando as mesmas determinações históricas em que se desenvolveu o percurso da luta

uma fisionomia monopolista para o capitalismo que a partir daí constitui o capital financeiro com as fusões dos capitais monopolistas com o bancário. Nesse cenário, as pequenas e médias empresas subsistem e multiplicam-se subordinadas às pressões do monopólio. O imperialismo é um estágio de dominação do capital sobre o trabalho e expressão de sua reorganização e desenvolvimento.

²³ o conceito de Reforma Sanitária refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado. (TEIXEIRA, 2006, p. 39). Lembramos aqui que, como campo ideopolítico, o movimento de reforma sanitária brasileira era influenciado pelo movimento de reforma sanitária italiano que tinha uma forte inspiração operária.

pela saúde através do movimento de reforma sanitária brasileira e da saúde coletiva, demarcou o início da luta pela política no Brasil no final dos anos 1970²⁴.

De acordo com Olivar (2010) as bases referenciais fundamentais para a construção de uma política para a saúde do trabalhador no Brasil se referiram à acepção marxiana do trabalhador como ser social de intervenção na luta pelo direito à saúde e contra os agravos das condições de trabalho. Dessa forma, entendemos que o seu lugar no SUS como dever do Estado revela uma grande conquista para o enfrentamento da perda da saúde do trabalhador nos processos de trabalho e no investimento das ações para a prevenção e vigilância, que não eram reconhecidos formalmente no período anterior à Constituição²⁵.

A Constituição Federal de 1988 determinou a incorporação do campo de saúde do trabalhador no âmbito do direito universal à saúde e competência do SUS [...] Com o advento do SUS e sua regulamentação por meio da Lei n. 8.080/90, fica claramente definido em seu artigo 6º que a ele caberá atuar na saúde do trabalhador tanto na assistência, na vigilância e controle dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, como na promoção da saúde, atribuições estas que, com a realização da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), em março de 1994, ficam *politicamente* mais bem demarcadas (OLIVAR, 2010, p. 116-117 APUD LACAZ, 1997; VASCONCELOS, 2007).

Contudo, ao mesmo tempo em que a sociedade brasileira esboça sua “constituição cidadã”, nos países centrais já se aplicavam as medidas de ajustes neoliberais que se disseminavam para todas as nações capitalistas. Estes ajustes tinham seu foco nas modificações do processo produtivo, no mundo do trabalho e na destruição dos direitos sociais conquistados historicamente pelos trabalhadores. No Brasil, as mudanças constitucionais nas políticas de trabalho e de saúde têm seu marco no início dos anos 1990, sob as orientações dos organismos econômicos multilaterais²⁶.

²⁴ De acordo com Vasconcellos e Ribeiro (2011), a expressão “saúde do trabalhador” emerge como conceito a partir do debate da reforma sanitária com a necessidade de que a questão da saúde no mundo do trabalho seja considerado um problema de saúde pública; porém ela só vai se legitimar nesse campo a partir da 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em 1986 a partir de sua inserção ao paradigma sanitário da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Antes, porém, as referências para a saúde dos trabalhadores se reportavam aos campos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, vinculadas a campos disciplinares afins, como a engenharia de segurança e a ergonomia.

²⁵ Com o desenvolvimento da industrialização no Brasil no início do século XX é que surge a primeira legislação para a proteção à saúde do trabalhador, em 1919 para a reparação dos acidentes de trabalho. Gaze (2011) analisam que isso acontece no contexto de pressão internacional para que os países periféricos construam leis de proteção ao trabalho, através das mediações que se estabelecem mundialmente com a criação da Organização Internacional do Trabalho - OIT. Contudo, o percurso histórico de desenvolvimento da particularidade brasileira se processa até os anos 1980 sem uma política permanentemente voltada aos interesses específicos e abrangentes para a saúde dos trabalhadores.

²⁶ São organismos internacionais representados pelos principais países hegemônicos que apresentam propostas para as nações capitalistas do mundo com metas específicas para o contexto macroestrutural, cuja principal articulação é dar vitalidade à expansão do capital. Para Mota (2008), esses organismos contêm uma proposta ampla, que em seu conjunto, prescrevem recomendações para a área econômica, social e política dos países capitalistas. Assim, tencionam para a diminuição do déficit público e para as reformas estruturais e acordos do

Esse contexto estava na base da reestruturação produtiva no Brasil que, conforme discutiram Mota e Amaral (2008), se expressava através de um movimento internacional direcionado pela globalização e disseminação do pensamento neoliberal, tendo como elementos ideológicos norteadores a competência e eficiência do setor privado, a retirada estratégica do Estado para as políticas de proteção ao trabalho, ao emprego e as parcerias do capital com o trabalho, consolidando, dessa forma, a propagação de ideias e valores que desqualificavam as demandas e conquistas históricas dos trabalhadores.

Nessa dinâmica, o processo de mudanças no mundo do trabalho no Brasil foi se processando gradualmente, cujos sinais mais significativos ocorrem no início dos anos 1990, impulsionados pela atuação do Estado. Desde então, ao combinar traços do modelo fordista com os da acumulação flexível, podemos identificar novas manifestações de doenças e acidentes relacionados ao mundo do trabalho, em face das novas exigências para os trabalhadores.

Enquanto a flexibilidade para o capital envolve a competição macroeconômica exigindo capacidade reorganizativa das empresas ante as flutuações do mercado, por outro lado, para o trabalhador, isto significa precarização, maiores exigências profissionais, baixos salários, jornadas prolongadas, eclosão de novas doenças e reaparecimento de velhas doenças em um novo cenário de acentuado individualismo (BARRETO; HELOANI, 2011, p. 174).

A configuração daquilo que estamos chamando, com base em Antunes, de uma nova morfologia do mundo do trabalho, no Brasil, não difere das outras nações capitalistas em termos de criar novas formas para o trabalho ou novos tipos de dominação e exploração pelo capital. Estas formas se inserem e se desenvolvem considerando as particularidades que a economia brasileira tem na divisão internacional do trabalho. Nos termos de Oliveira (2011), contribuindo para a transferência de valores e produzindo formas de exploração que se materializam em modelos modernos e arcaicos.

No contexto brasileiro, uma das principais marcas da nova morfologia do trabalho é a precarização. Com base nos estudos de Alves (2011), Antunes (2013) e Druck (2013), a precarização se apresenta nos espaços produtivos do emprego, da informalidade e do desemprego e não escolhe o tipo de trabalhador ou sua posição de acordo com o nível de capacitação e potencialidade. Produz a violência moral, ética, política, física e psíquica do trabalhador, sendo uma das marcas do modelo de acumulação flexível. A condição para a sua materialização é dada pela instabilidade, insegurança, intensificação dos ritmos, extensão da jornada de trabalho, fragmentação de classe e a concorrência entre os próprios trabalhadores.

“Uma precarização que atinge a todos indiscriminadamente e cujas formas de manifestação diferem em grau e intensidade, mas têm como unidade o sentido de ser ou estar precário numa condição não mais provisória, mas permanente” (DRUCK, 2013, p. 56).

Nessas análises, as formas precárias de trabalho e emprego são compreendidas como sendo forjadas por fatores predominantes na desestruturação do trabalho no mercado e no papel que o Estado assume em relação às políticas sociais, gerando uma desproteção social que vai ter impactos sobre a saúde dos trabalhadores e a sua reprodução.

Já são inúmeros os estudos que atestam serem estes processos responsáveis pelo desgaste da força de trabalho de forma prematura, através da superexploração e da dificuldade do enfrentamento dos trabalhadores pela fragmentação dos coletivos de trabalho²⁷. As manifestações de novos adoecimentos produzidos num contexto de precarização do trabalho se ampliam nos segmentos produtivos dos setores de serviços, das indústrias e da agroindústria²⁸.

Os rebatimentos sobre o desgaste da força de trabalho são conhecidos pelo aumento do número de acidentes de trabalho, apesar das subnotificações dos indicadores oficiais e pelos adoecimentos ocupacionais mais comuns na atualidade por decorrência das novas exigências ao trabalhador. Vizzaccaro-Amaral (2012) afirma que, no Brasil, a predominância desses afastamentos no trabalho é expressa nas Lesões por Esforço Repetitivo/Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – LER/DORT, nas Lesões Traumáticas e nos

²⁷ Um dos fatores de influência na direção dos rumos das lutas de classe no Brasil se deu pela reconfiguração do movimento sindical brasileiro que foi passando por políticas de aliança muito amplas, principalmente com a ascensão da esquerda ao poder. As ofensivas postas pela reestruturação produtiva do capital e as mudanças e exigências ao mundo do trabalho, a partir de 1990, no Brasil, têm promovido inflexões na sua forma combativa e no modo como os trabalhadores são pressionados enquanto fragmentação de classe. Os principais sindicatos dos trabalhadores foram consolidando, ao longo do tempo, um caráter propositivo em detrimento de sua origem classista, combativa e independente do Estado. Para Antunes, (2011, p. 144) “Essa práxis sindical tem na noção de negociação seu elemento principal e estruturante”. Para aprofundamento dessa discussão, ver Antunes (2011), O Continente do Labor: Capítulo X: Sindicatos, lutas sociais e esquerda no Brasil recente: entre a ruptura e a conciliação e Capítulo XI: Panorama do sindicalismo na América Latina (Parte II).

²⁸ Nos espaços do emprego formal e nas empresas terceirizadas, alguns estudos sobre a saúde dos trabalhadores consideraram que os ritmos foram mais intensamente introduzidos nos espaços laborais a partir das mudanças da reestruturação produtiva. Citamos como exemplo, o trabalho das teleoperadoras de telemarketing e as Lesões por esforço repetitivos e disfunções músculo-esqueléticas -LER/DORT muito comuns nos espaços bancários, supermercados e de execução da informática que se acentuou nas últimas décadas. (NOGUEIRA, 2010); (LIMA, 2012). Os estudos sobre o desgaste mental no processo de trabalho têm sido exaustivamente discutidos nessa nova morfologia do trabalho, pela sua introdução mais significativa nesse modelo e na maior dificuldade de ser identificado como relacionado ao trabalho pela sua natureza subjetiva. (LIMA, 2011); (SELIGMANN-SILVA, 2012); (PAPARELLI, 2012). Os diferentes eixos temáticos acerca da saúde do trabalhador no contexto da precarização e desqualificação do trabalho são encontrados nas produções de conhecimento resultante das pesquisas desenvolvidas nos espaços de trabalho. Para ampliação dessa discussão consultar Lourenço et al (2010), Trabalho Saúde e Serviço Social a partir dos textos apresentados no VII Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca, O Averso do Trabalho II: Trabalho, precarização e saúde do trabalhador, Trabalho e Saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no século XXI – Alves (Orgs), 2011 e Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II – Antunes (Orgs), 2013.

Transtornos Mentais e Comportamentais, originados do “estresse ocupacional”, das pressões por metas de produtividade, competitividade entre os trabalhadores, e a insegurança em relação ao emprego e a renda do trabalhador.

Destacamos uma categoria - a divisão sexual do trabalho - que se apresenta como um dos traços constitutivos para a vitalidade do capitalismo contemporâneo, a partir da qual podemos pensar as formas atuais de precarização e desemprego.

Na divisão sexual do trabalho, na atualidade, as mulheres conquistaram uma crescente participação no mercado de trabalho, cuja taxa de participação, no Brasil, atingiu, em 2009, 44,5% da População Economicamente Ativa – PEA, conforme dados do Perfil do Trabalho Decente no Brasil da Organização Internacional do Trabalho em 2012²⁹ (GUIMARÃES, 2012). No que se refere ao trabalho das mulheres, predomina uma exploração mais intensificada, à medida que os espaços destinados ao trabalho feminino são, em termos gerais, mais polivalentes, repetitivos e de remuneração desigual, comparada ao trabalho dos homens. Nos estudos de Nogueira (2010), a feminização no mundo do trabalho no Brasil demonstra, em seus indicadores, que a forma como o capital incorpora o trabalho das mulheres, no que se refere às características acima são decorrentes do seu papel no espaço reprodutivo. Assim, as mulheres se tornam mais suscetíveis e apropriadas para essa nova forma de exploração e dominação do capital no espaço produtivo, em que pese à adequação desse segmento às características flexíveis do modelo de acumulação e a sua crescente participação no mercado de trabalho.

A precarização do trabalho e o desemprego, dessa forma, marcam os elementos contraditórios do processo de reestruturação produtiva contemporânea, apesar de os indicadores não revelarem a realidade. Apesar disso, de acordo com o último relatório de Tendências Globais de Emprego da Organização Internacional do Trabalho – OIT, 200 milhões de trabalhadores estão desempregados no mundo, sendo necessária a criação de 600 milhões de emprego para os próximos 10 anos. Tais dados evidenciam que no Brasil, como na maioria dos países capitalistas, aumentou a precarização dos trabalhadores assalariados e dos informais, (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2012), consolidando o que Alves chamou de novo e precário mundo do trabalho.

²⁹ A OIT é uma organização que surge após a primeira guerra mundial para tratar dos problemas dos países industrializados relacionados ao trabalho, voltando-se, primordialmente para a elaboração e execução das normas trabalhistas, com participação de representantes do Estado, dos empregadores e dos trabalhadores. Após a segunda guerra mundial volta-se, também, para a garantia dos direitos humanos. Em suas convenções anuais, traçam diretrizes políticas e operacionais para a proteção ao trabalho no mundo, criando dispositivos legais para tal. Politicamente, é resultado dos conflitos entre o capital e o trabalho que surgiram com o mundo industrializado.

Assumimos a posição de que as formas atuais de precarização do trabalho e a reorganização dos processos produtivos são parte do movimento do capital e da sua lógica de funcionamento nesse momento de crise. As expressões que assume, de forma planetária, invadem o mundo objetivo e subjetivo do trabalhador, inscrevendo-se em todos os espaços da produção, atingindo tanto trabalhadores formais como informais em maior ou menor grau de intensidade. Essa tendência que resulta na superexploração do trabalhador intensifica o desgaste da força de trabalho e potencializa os agravos a sua saúde e reprodução, agora tensionada pela desproteção social promovida pelo capital e pelo Estado.

2 O PAPEL DO ESTADO NA EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SEGURIDADE SOCIAL FRENTE À OFENSIVA DO CAPITAL SOBRE OS DIREITOS SOCIAIS

A construção deste Capítulo se inscreve na discussão sobre a intervenção do Estado brasileiro e sua relação com as políticas sociais, especialmente a partir dos anos 1990, quando se observa um quadro de regressão dos direitos sociais, aí incluídos os direitos relativos à Seguridade Social.

As determinações que atuam no sentido de limitar a efetivação da Política de Seguridade Social encontram suas raízes nas diretrizes internacionais de organismos multilaterais que passam a indicar as mudanças necessárias no âmbito da proteção social.

Tais mudanças, na esfera dos estados nacionais, são operadas pelas frações locais da burguesia, que implementam o seu projeto articulado às novas determinações de restauração do capitalismo mundial. Nesse sentido, as indicações gerais se localizam na direção da mercantilização dos direitos sociais e seu redirecionamento a parcelas específicas da sociedade. No campo da saúde, o que se observa nessas três últimas décadas é um profundo desmonte do sistema, apesar das lutas de resistência.

Sob essas condições, afigura-se a tendência de aprofundar a fragmentação e ressignificar o caráter de universalidade, através de propostas jurídico-políticas que adequam e conferem legitimidade a essas mudanças, configurando uma realidade que impulsiona a desregulamentação dos direitos sociais contidos na Política de Seguridade Social, sob o comando do Estado.

2.1 A reconfiguração do Estado Brasileiro frente à crise mundial

Nosso ponto de partida é a mudança do papel do Estado brasileiro frente as mais recentes crises do capital, com destaque para a dos anos 1970 no mundo e, no Brasil, mais significativamente, a partir dos anos 1990.

Consideramos, entretanto, que as determinações sócio-históricas que precederam a esse período foram produzidas pelos elementos da reprodução capitalista que se intensificaram com o seu desenvolvimento e no interior da luta de classes, promovendo as mudanças que continuaram fortalecendo, em suas particularidades, a expansão do capital.

Contudo, esse recorte tem como parâmetro as modificações promovidas pelo Estado brasileiro em sua relação com o capitalismo internacional. Note-se que, ao mesmo tempo em que nos países centrais se efetivavam os ajustes e as medidas da política neoliberal, no Brasil,

pelo menos do ponto de vista formal, tinha-se uma política de seguridade social que era resultante das conquistas históricas dos trabalhadores.

Avançando nessa perspectiva, entendemos que as últimas décadas são caracterizadas por uma intensa reorganização da atuação do Estado brasileiro. Essa reorganização se justifica pela necessidade de atribuir ao capital maiores níveis de mais-valia e acumulação para a sua expansão e vitalidade. Para tanto, o Estado é fundamental para colaborar com o crescimento econômico e financeiro, obedecendo aos ditames dos organismos econômicos multilaterais que forjam as medidas de ajustes neoliberais para dar suporte à crise atual.

Como já analisamos no capítulo anterior, a partir dos anos 1990, as transformações decorrentes da reorganização do capital são sentidas na particularidade brasileira, repercutindo mais significativamente no espaço da intervenção do Estado, no processo produtivo e, conseqüentemente, no mundo do trabalho. São mudanças reestruturadoras que não se desenvolvem de forma isolada; mas se estendem às nações capitalistas em todos os níveis, mesmo que em diferentes formas, para o cumprimento de diretrizes que são traçadas para o enfrentamento da crise dessa fase do capital.

Nos países periféricos, a subordinação ao monopólio do capital ganha força através dos tratados e acordos dos organismos econômicos multilaterais, como o Banco Mundial-BM, o Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID e o Fundo Monetário Internacional – FMI, principais representantes das classes dominantes. Essas entidades, representadas pelas principais nações do mundo, traçam metas que promovem redefinições na atuação dos Estados no intuito de manter a vitalidade do capital e criar alternativas para enfrentar a crise estrutural. Para Iamamoto (2010, grifo do autor), a dominação do mercado é impossível sem a intervenção constante das esferas políticas dos Estados nacionais, através dos tratados internacionais, de que são exemplo o *Consenso de Washington*, o *Tratado de Marrakech* (que cria a Organização Mundial do Comércio – OMC), o Acordo do Livre Comércio Americano – ALCA e o *Tratado de Maastricht* que cria a “Unificação” Européia.

Só a partir do início dos anos 1990, após a promulgação da Constituição Brasileira de 1988 onde foram demarcadas as principais conquistas dos trabalhadores e cidadãos brasileiros, é que as pressões para a implantação das medidas de austeridade que tinham como norte a agenda neoliberal, que incluía os ajustes nas políticas sociais e de trabalho, foram traduzidas em iniciativas concretas.

A partir daí, o Estado Brasileiro, no início dos anos 1990, passa a seguir politicamente as orientações e a cumprir as condições advindas do centro do capitalismo. Nesse momento, a prioridade estabelecida foi a redefinição do Estado, realizada através de uma ampla reforma

administrativa e gerencial que definiu as bases das relações entre estado e mercado, fato que resultou em mudanças significativas para o mundo do trabalho e as políticas sociais¹.

Inicialmente, essas mudanças foram forjadas no Governo de Fernando Collor de Melo que impulsionou o desenvolvimento da agenda neoliberal como exigência da política econômica mundial; porém, o marco principal dessas mudanças é notado na Reforma do Estado, em meados dos anos 1990, no Governo de Fernando Henrique Cardoso, com a criação do Plano Diretor de Reforma do Estado, em 1995, comandada pelo então Ministro Bresser Pereira, que a formulou com os seguintes argumentos:

A reforma do Estado envolve quatro problemas que, embora interdependentes, podem ser distinguidos: (a) um problema econômico-político – a delimitação do tamanho do Estado; (b) um outro também econômico-político, mas que merece tratamento especial – a redefinição do papel regulador do Estado; (c) um econômico-administrativo – a recuperação da governança ou capacidade financeira e administrativa de implementar as decisões políticas tomadas pelo governo; e d) um político – o aumento da governabilidade ou capacidade política do governo de intermediar interesses, garantir legitimidade, e governar. Na delimitação do tamanho do Estado estão envolvidas as idéias de privatização, publicização e terceirização. A questão da desregulação diz respeito ao maior ou menor grau de intervenção do Estado no funcionamento do mercado. No aumento da governança temos um aspecto financeiro: a superação da crise fiscal; um estratégico: a refinição das formas de intervenção no plano econômico-social; e um administrativo; a superação da forma burocrática de administrar o Estado. No aumento da governabilidade estão incluídos dois aspectos: a legitimidade do governo perante a sociedade, e a adequação das instituições políticas para a intermediação dos interesses. (PEREIRA, 1999, p.7).

Na realidade, essa reforma do Estado foi parte da posição do governo brasileiro para implementar as medidas da agenda neoliberal e nesse sentido, essas medidas atingiam frontalmente a classe trabalhadora através da (des)responsabilização do Estado nas políticas sociais, quando no conteúdo da reforma são estabelecidas quais as atividades que são exclusivas do Estado; na visão governamental, as estratégicas, que não deveriam ser coordenadas pelo mercado. Em contrapartida, os serviços sociais se tornariam competitivos com o aumento significativo da participação da iniciativa privada e da sociedade civil para a execução desse papel que não servia mais, como prioridade, aos interesses do Estado.

¹ O avanço da mercantilização das políticas sociais e a retração do Estado foram impulsionados na década de 1990, com uma condução mais expressiva para a lógica do capital e dos setores dominantes da economia em sentido contrário a efetivação dos direitos sociais que foram conquistados pela sociedade. Seguindo as diretrizes dos setores dominantes, o Estado brasileiro, através de vários argumentos forjados para o enfrentamento da crise promove transformações na sua atuação e modificações da legislação, através de emendas constitucionais e medidas provisórias governamentais, motivadas para dar vazão ao aceleração das mudanças na estrutura da Constituição de 1988 e, assim, fortalecer o atendimento da regulação dos órgãos econômicos hegemônicos.

Para Behring (2008), Bresser Pereira raciocinava sua proposta diferentemente da perspectiva neoliberal, quando a reconhecia como social-liberal. Para ele, o Estado estava em crise e, portanto, deveria enfrentá-la com um papel coordenador suplementar, argumentando que, se a crise está na insolvência fiscal do Estado, no exagero da regulação e na rigidez e ineficiência do serviço público, ao Estado cabe fazer uma reforma para recuperar a governabilidade e a capacidade financeira e administrativa de governar. Nesse contexto, a política social deveria ser deslocada, quando os serviços de saúde e educação, por exemplo, deveriam ser contratados e executados por organizações públicas não estatais.

Em desacordo com os argumentos de Bresser Pereira entendemos que o cerne dessa reforma que Behring chamou de “*contrarreforma*” do Estado – quando partiu da reordenação da reforma democrática das bases constitucionais, gerando um profundo retrocesso social - foi originária da ideologia neoliberal, cujos princípios desenvolvidos em sua estrutura, procuravam dar respostas ao capital para apoiar sua reestruturação nesse novo período de crise. Concordamos com Granemann (2008), que, ao discutir o sentido das reformas, sustenta que uma reforma do Estado pode apontar para o aumento dos direitos da força de trabalho ou pode direcionar para as exigências de acumulação do capital; no caso brasileiro, este último sentido ganhou força e as reformas se expressaram em um movimento de contrarreformas já que afetam os interesses e direitos da força de trabalho e, assim, vão de encontro às conquistas da Constituição Brasileira.

À medida em que o Estado passa a abrir a participação do mercado e da iniciativa privada às políticas sociais são abandonados os princípios constitucionais em prol de interesses mercadológicos e competitivos, o que compromete o caráter universal e público dos direitos, transformando-os em serviços.

As alternativas criadas para atingir os objetivos propostos pela reforma, se concretizam com a introdução de modelos gerenciais dentro do aparelho do Estado e das políticas sociais, com tendências reorganizativas a partir de políticas de administrações modernas, como a gestão por resultados, a qualidade total, entre outras.

Sobre essa nova administração, Rezende (2008, p. 25), analisa:

No plano da Reforma do Estado encaminhado ao Congresso Nacional em 23 de agosto de 1995, o Governo FHC partia do princípio de que as Funções do Estado deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las. Defendia que “nem tudo que é público é estatal” e afirmava que “devemos socializar com a iniciativa privada a responsabilidade de diminuir as mazelas provocadas pelo mercado”. Avaliava, ainda, que “se o Estado não deixar de ser produtor de serviços, ainda que na área de políticas públicas sociais, para ser agente estimulador, coordenador e financiador, ele não irá recuperar a poupança pública”. Àquele modelo de gestão do Estado, chamou de “administração gerenciada”.

Este modelo evidencia uma das expressões da refuncionalização da ação estatal a partir do desenvolvimento da ideologia neoliberal. Suas diretrizes são voltadas para a lógica do mercado e dos lucros e suas expressões, no Brasil, podem ser identificadas pelo incremento das privatizações, desfinanceirização das políticas sociais, flexibilização dos marcos jurídicos e constitucionais para as políticas sociais e do trabalho e o surgimento de novos modelos de gestão e organizacional com aumento da participação do mercado e do “terceiro setor”² nas políticas sociais.

Nessa dinâmica, os principais direitos conquistados pelos trabalhadores são vistos pelo Estado e pelo mercado como formas anacrônicas de tratar a questão social e, nesse contexto, forjam-se estratégias para que novas práticas de desenvolvimento do trabalho sejam reeditadas pelo mercado em parceria com o Estado, o que evidencia uma transformação mais aprofundada do papel do Estado “mínimo para o trabalho e máximo para o capital” (GRENEMANN, 2008, p. 37).

A partir dos anos 2000 um cenário específico no desenvolvimento dessa reforma vem sendo apresentado na realidade brasileira em relação às conquistas e às lutas dos trabalhadores. Os fatores emergentes da ideologia neoliberal e da reestruturação produtiva do capital promoveram um arrefecimento do movimento classista dos trabalhadores, que avolumaram as consequências para a classe trabalhadora e para o movimento sindical. As lutas dos trabalhadores sofreram fraturas produzidas pela expansão do capital desencadeando uma inflexão deste movimento³.

² O terceiro setor é uma noção de espaço interligado ao público e privado, ou melhor, desenvolve-se ao lado dessas duas esferas, e se constitui através das Organizações não governamentais – ONG’s, fundações empresariais, atividades voluntárias e instituições filantrópicas, que se apresentam como alternativa para a desresponsabilização do Estado para responder as expressões da questão social. Para Alencar (2009, p. 455), “O “terceiro setor” é considerado um setor “não-governamental”, “não-lucrativo”, e “esfera pública não-estatal” materializado pelo conjunto de “Organizações da sociedade civil consideradas de interesse público”.

³ É importante lembrar que as modificações nas lutas coletivas a partir da expansão do capital e das medidas neoliberais não se deram sem resistência. Para Antunes (2011), esse processo apresentou-se em meio a muitas lutas sociais, de que são exemplo, a greve dos petroleiros de 1995, outras dos funcionários públicos, trabalhadores rurais, professores e outras categorias profissionais e, marcadamente, a luta e resistência do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). O surgimento de outras articulações para as lutas coletivas, que vem sendo denominadas como novos movimentos sociais, vêm se afirmando no arcabouço das lutas sociais, como expressão das lutas de sujeitos coletivos diversos, em contextos diferentes que, no entanto, são distanciados das lutas de classe do movimento operário e se detém no campo das mobilizações para garantias de direitos relacionados ao meio-ambiente, gênero, raça, opção sexual, entre outras. Conforme Simionatto (2010) configura-se uma tendência em despolitização da sociedade em termos de privilegiar as ações pontuais, pulverizadas e corporativas por uma quebra da luta por projetos políticos universais e de defesa dos direitos sociais que foram conquistados ao longo do tempo, apesar do ressurgimento de diferentes sujeitos políticos em nível nacional e internacional para proposição de contestação e resistência ao modelo neoliberal, como também, a organização de movimentos sociais populares e práticas associativas em defesa dos direitos sociais, da cidadania e da democracia, desempenhando um papel importante na formação política, reivindicações de serviços e exercício do controle social.

Nem mesmo a ascensão de setores de esquerda no Brasil e em alguns outros países da América Latina conseguiu romper com o movimento de contrarreformas que estavam em curso nos Estados nacionais. As políticas destes governos continuaram e continuam privilegiando o desenvolvimento econômico e tratando a questão da desigualdade com políticas pontuais imediatas de alívio à pobreza, das quais são expressões os programas de transferência de renda mínima e a inserção de trabalhadores de baixa renda no mercado formal de trabalho, independentemente de suas relações precarizadas de trabalho⁴.

O que se propaga para as políticas sociais em curso é uma desestruturação dos direitos como resposta para a desorganização do trabalho introduzida através da ideologia neoliberal e do processo restaurador do capital que delineou a fragmentação, aprofundando a informalidade, os trabalhos precários e subcontratados e o desemprego estrutural.

Desse modo, o Estado intervém na reprodução cumprindo um papel central no sentido de mediar os interesses entre o trabalho e o capital. O direcionamento de suas ações para as políticas sociais assumem um caráter compensatório, focalizado, seletivo e, desse modo, são objeto de desestruturação e de desvirtuamento dos princípios que lhes originaram.

2.2 A desarticulação da política de Seguridade Social e seus limites para garantia da proteção social da classe trabalhadora

Nessa análise, é fundamental a apreensão das formas como se processa a efetivação das políticas sociais, aqui entendidas como “uma mediação entre economia e política, como resultado de contradições estruturais engendradas pela luta de classes e delimitadas pelos processos de valorização do capital” (BEHRING, 2009, p. 302) e a Seguridade Social como uma política social voltada para a proteção dos trabalhadores, construída sob determinadas condições econômicas, sociais e políticas.

Para entender essa relação nos apoiamos em Vianna (2010) entendendo que as ações positivas que passam a ser implementadas pelos Estados como as políticas sociais de caráter

⁴ Pochmann (2012) faz uma discussão sobre a mobilidade do trabalho na base da pirâmide social brasileira, analisando que a movimentação do trabalho formal e o aumento do poder aquisitivo dessa base, são relacionados ao emprego formal de baixa remuneração e ao incremento dos programas de transferência de renda mínima. No cenário das características das ocupações que são incrementadas para o aumento do trabalho de baixa remuneração, ele aponta como predominantes o trabalho para famílias, as atividades primárias e autônomas e o trabalho temporário e terceirizado. Mesmo no meio formal, segundo o autor, essas ocupações tendem a se estabelecer no emprego de pouca duração e alta rotatividade. Segundo o Perfil do Trabalho Decente no Brasil, da OIT (2012), o crescimento dos contratos regulares do processo de formalização da força de trabalho apresentou maior expansão nas regiões mais pobres como o Norte e Nordeste, (85,7% e 64,9%, respectivamente), como também a informalidade em 2009 atingiu quase a metade dos trabalhadores brasileiros, sendo mais acentuada entre mulheres e negros.

universal, são criadas como compensação para os direitos de cidadania. Assim, redes de proteção foram construídas sob a denominação de seguridade social como um reconhecimento de que problemas sérios ligados à reprodução do trabalhador e ao próprio trabalho, somados aos problemas de desigualdades sociais produzidas pelo capitalismo, vão conferir à questão social uma ameaça à ordem capitalista. A construção da seguridade social vai se apresentar como resposta do Estado para atenuar a relação conflituosa entre o capital e o trabalho.

O desenvolvimento de uma política de seguridade social está, portanto, relacionado ao enfrentamento das desigualdades que o capitalismo produz e que evidencia as expressões da questão social. Behring (2010) analisa que o percurso histórico da Seguridade Social foi experimentado com a organização dos trabalhadores, através da luta pela jornada de trabalho, formação das caixas de mutualidades que marcaram os primeiros passos na formação da previdência social e na experiência do Estado de Bem-Estar Social desenvolvida nos países centrais no contexto do Keynesianismo/fordismo e do pleno emprego nos “anos dourados” do capitalismo.

Nesse contexto, o trabalho sempre determinou a relação entre a previdência e a assistência social, como condição fundamental de acesso à proteção social, já que o direito que se formou decorre da condição ou não para o trabalho assalariado. Nesse sentido, a seguridade social visa a promover, a partir dos seus objetivos originais, uma cobertura para todos os trabalhadores; tanto para os que podem trabalhar, como para os incapacitados para o mundo produtivo.

Avançando nessa análise, a autora entende que esse modelo só é possível de forma universal quando se coloca uma situação de pleno emprego na sociedade ou próximo disso; o que, nas condições objetivas que se desenvolvem na sociedade capitalista, essa situação não encontra viabilidade, tendo em vista as mediações para a expansão do capital e do desemprego estrutural que tem crescido em face da reorganização do capitalismo contemporâneo.

A condição de pleno emprego emergiu no período do Estado de bem-estar social dos países centrais; realidade que não foi experimentada no Brasil, que teve e o seu sistema de Seguridade Social estruturado, do ponto de vista jurídico-formal somente a partir da Constituição Brasileira de 1988, quando as políticas de saúde, previdência e assistência social foram demarcadas e preconizadas no texto constitucional como “um conjunto integrado de ações de iniciativa de poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

Em seu tripé – Saúde, Previdência e Assistência – o Sistema de Seguridade Social conforma o principal centro de sistema de proteção social brasileiro. No caso do segmento da Previdência Social, este absorveu uma lógica contratualista e securitária⁵. A Assistência Social, mesmo reconhecida como direito, desenvolveu-se em uma dimensão voltada para as situações-limites da classe trabalhadora mais pobre, ficando a saúde com a expressão maior de universalização.

Para Boschetti (2009, p. 330), a formação da política de Seguridade Social e sua articulação na realidade brasileira procedem da seguinte forma:

Foi somente com a Constituição de 1988 que as políticas de previdência, saúde e assistência social foram reorganizadas e re-estruturadas com novos princípios e diretrizes e passaram a compor o sistema de seguridade social brasileiro. Apesar de ter um caráter inovador e intencional compor um sistema amplo de proteção social, a seguridade social acabou se caracterizando como um sistema híbrido, que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência). [...] aquelas diretrizes constitucionais, como universalidade na cobertura, uniformidade e equivalência dos benefícios, seletividade e distributividade nos benefícios, irredutibilidade do valor dos benefícios, equidade no custeio, diversidade do financiamento e caráter democrático e descentralizado da administração (C.F. artigo 194), não foram totalmente materializadas e outras orientaram as políticas sociais de forma bastante diferenciada, de modo que não se instituiu um padrão de seguridade social homogêneo, integrado e articulado.

Por essa razão, a articulação dos segmentos da Política de Seguridade Social não se desenvolveu a partir dos princípios em que se sustentava e, em sua efetivação, foi paulatinamente sendo afastada dos seus princípios originais, à medida em que o modelo que foi operado desenvolveu-se entre o seu caráter universal e as tendências de inseri-las no âmbito da mercantilização e competitividade.

A mercantilização nas políticas sociais é concretizada quando o Estado elege a lógica empresarial e a do lucro para desenvolver suas atividades com uma participação significativa da iniciativa privada. Concordando com Granemann (2008), a contrarreforma estatal brasileira favoreceu que o âmbito privado transformasse quase todas as dimensões da vida social em negócios pela via das terceirizações e aprofundou ideopoliticamente um Estado de defesa para as demandas da burguesia.

Um dos elementos que tem fundamental importância para a efetivação da política de Seguridade Social e de sua articulação é a questão do financiamento. É importante destacar que a Constituição brasileira de 1988, no art. 195, estabeleceu a origem dos recursos

⁵ Em suas bases, os segmentos da Política de Seguridade Social, apesar de seus pilares constitutivos desenharem um caráter universal, misturaram-se com elementos de modelos experimentados nos países centrais, como o Bismarckiano, direcionado para a lógica do seguro para a Previdência e o Beveridgeano, de caráter não contributivo e universal para a Saúde.

destinados à seguridade social prevendo múltiplas fontes de financiamento que, diante das oscilações econômicas e do mercado, a deixaria numa posição menos vulnerável para a sua organização. Contudo, os efeitos das medidas neoliberais para o enfrentamento do déficit fiscal foram, paulatinamente, inserindo mecanismos para transformação das bases legais direcionada ao financiamento da seguridade social. Como exemplo, processaram-se modificações em seu custeio através de emendas constitucionais como possibilidade de desintegrar as ações que possam garantir os direitos contidos nos segmentos dessa política⁶.

De acordo com Silva (2012), os mecanismos utilizados pelo Estado para a retração e desvios do financiamento da seguridade social, indicam que a legislação da Constituição toma um rumo diferente de um sistema de proteção coeso e sólido e o que prevalece é a desconstrução dessa concepção quando são introduzidas medidas de cunho institucional, orçamentário e legal que resultam na fragilização da seguridade, como resultado do apelo à austeridade fiscal para responder à política econômica comprometida com o capital mundial.

Desse modo, progressivamente, os avanços conquistados no âmbito da Seguridade Social foram paulatinamente caminhando em direção contrária ao atendimento das necessidades de reprodução dos trabalhadores. Assiste-se, sob a batuta do Estado democrático de direito, ao desmonte dos direitos sociais bem como a precarização dos serviços ofertados. Nessa conjuntura, privilegia-se a oferta de serviços, com base na seletividade do acesso aos benefícios da previdência e um incremento da assistência social expresso em programas de alívio à pobreza e enfrentamento do desemprego.

Esse processo de desarticulação na efetivação da política de Seguridade Social se materializa dentro desse contexto quando não responde às reais necessidades da classe trabalhadora, fragmentando as suas demandas com um tratamento individualizado, cujas respostas não se dão de forma integrada.

À ausência desta integração, identificamos no âmbito da saúde, nosso objeto de pesquisa, a falta de respostas dos serviços públicos às necessidades de saúde, especialmente no momento em que se vê comprometida a capacidade produtiva do trabalhador e este necessita da proteção social.

Do ponto de vista da atenção à saúde, também podemos constatar que o tratamento se torna inviabilizado em função da inexistência de uma estrutura física adequada à demanda e a condições básicas que são reveladas, por exemplo, em grandes filas de espera para a

⁶ As modificações no formato do financiamento da seguridade social se materializaram, sobretudo, com as emendas constitucionais nº 20 de 15/12/98 e a nº 42 de 19/12/2003. Para aprofundar a discussão ver Silva (2012). Previdência Social no Brasil: (des)estruturação do trabalho e condições para sua universalização. São Paulo, Cortez, 2012, p. 179-171.

realização de um tratamento médico ou cirúrgico. Na área da Previdência Social, destacamos as dificuldades que têm os trabalhadores inseridos em relações precarizadas de trabalho e no mercado informal, para acessar os benefícios previdenciários ou para mantê-los, quando da continuidade da incapacidade. Na área da Assistência Social, o Estado passa a operar predominantemente com programas de alívio à pobreza como alternativa ao enfrentamento do desemprego. Assim, não garante uma proteção ampla para as pessoas incapacitadas para o mundo produtivo à medida que agrega, no contexto atual, os subempregados e os desempregados pobres. Essas mediações promovem uma transferência de responsabilidade de um segmento para o outro que não assegura as demandas da classe trabalhadora.

Essas constatações são apoiadas nos estudos de Mota (2008, p. 137), ao afirmar que os segmentos da política de Seguridade Social no Brasil não se articulam no sentido de formar um efetivo sistema de proteção; ao contrário, enquanto avança a mercantilização de privatização da Saúde e da Previdência, é promovida uma ampliação na assistência social, como um novo fetiche de combate à desigualdade social, transformando-se no principal segmento de proteção social. Nesse sentido, as tendências são para as ações compensatórias e de inserção, que, nos princípios originários da Política surgem para as pessoas que não tem como prover o seu sustento através do trabalho e “impõe novas condicionalidades de acesso aos benefícios sociais e materiais nos casos de afastamento do trabalho por doenças, acidentes, invalidez e desemprego temporário”.

Seguindo o raciocínio da autora, a política de assistência social passa a se constituir num mito social, que se desenvolve em dois polos distintos com menor e maior intensidade: no primeiro, pela sua capacidade de produzir intervenção imediata, como os programas de transferência de renda que aumentam o consumo e propiciam mínimos sociais de subsistência para a população pobre; no segundo, pela sua natureza ideopolítica, utilizada e desenvolvida para mascarar a precarização do trabalho e o aumento do desemprego.

Dessa forma, entendemos que a intervenção do Estado voltada à Política de Assistência Social torna uma parcela significativa de trabalhadores aviltados pelo processo produtivo, potenciais usuários desta política que, além da tendência de se constituir em enfrentamento às consequências do trabalho precário e do desemprego, expulsa da Previdência Social muitos dos trabalhadores que comprometeram a sua saúde no trabalho.

Como decorrência disso, grande parte dos trabalhadores que estão nessa condição vem engrossando as fileiras dos usuários dos programas de transferência de renda, como o Bolsa Família -BF e o Benefício de Prestação Continuada – BCP da Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS, à medida que a política de Assistência Social é deslocada do seu papel de

garantir direitos dos que dela necessitam para compensar os demais segmentos da Seguridade Social que são direcionados para uma perspectiva mercadológica como novos espaços de criação de valor para o capital. Melhor dizendo, é a tendência da desconstrução dos princípios originários da Seguridade Social e a afirmação de sua desarticulação.

Nessa perspectiva, a política de Seguridade Social reorganizada como resposta à crise do capital, no Brasil, se consolida na contramão dos seus princípios originários. Assim, “*o capital mobiliza mecanismos de contratendência para enfrentar as crises periódicas de sua reprodução, impondo redefinições nas suas práticas e na intervenção do Estado*” (MOTA, 2008, p. 121, grifo da autora).

2.2.1 Universalidade versus mercantilização: espaço contraditório para a assistência à saúde do trabalhador

Um dos pontos que merece destaque na discussão sobre o desenvolvimento da atuação do Estado para comprometer os princípios que originaram a política de saúde e, assim, dificultar a garantia de direitos relativos à saúde do trabalhador é a permanente tentativa de sua mercantilização, com a criação de novos espaços de valor para o capital baseado na lógica do lucro.

Nesse contexto, o processo de implantação do SUS e a condução de sua efetivação foram permeados por tensões, disputas e contradições de interesses antagônicos que resultaram na diminuição dos direitos universais para acompanhar o processo de reestruturação do capital. Aqui, o papel do Estado e das frações burguesas locais foi fundamental para impulsionar a participação da iniciativa privada na saúde⁷.

As investidas para a desconstrução do SUS estão presentes na concepção da saúde como atividade mercantil à medida em que o Estado se posiciona pelas ações das políticas sociais como “não exclusivas” do Estado e, assim, desloca a gestão e ações para a responsabilidade da iniciativa privada e para o “terceiro setor”. Uma das expressões dessas investidas é a criação de modelos distintos para a gestão do SUS.

⁷ A participação da iniciativa privada nos serviços de saúde é cada vez mais significativa. A constituição do Sistema de Saúde brasileira permite a inserção desses grupos privados para a complementariedade do acesso aos serviços à população, a exemplo da realização dos exames complementares de alta complexidade, fornecimentos de órteses e próteses, atendimento público em hospitais e unidades de saúde filantrópica e privada que dividem o atendimento com os usuários do SUS e dos planos privados de saúde. No entanto, os elementos determinantes para esta conjuntura são negligenciados e não permitem um atendimento igualitário. Entendemos que os novos rumos da atuação do Estado em parceria com a iniciativa privada, onde as empresas públicas de direito privado são expressão, geralmente, privilegiam recursos a esta esfera, como uma contrapartida ao desmonte dos serviços públicos de saúde, ou seja, uma forma de desresponsabilização do Estado nas ações preconizadas por essa política.

Em se tratando desses modelos, Soares (2010, p. 42-43) analisa que, com o impulso dado pelo governo de Fernando Collor de Melo para introduzir as medidas neoliberais nos espaços da política social, a efetivação do SUS esbarrou na “reprodução de políticas racionalizadoras, contencionistas e de ações pontuais no âmbito da saúde pública, com valorização do mercado privado de saúde”. Apesar das resistências que ainda se expressavam nos atores coletivos do movimento de reforma sanitária e que permitiram algumas conquistas pontuais para a efetivação da política, as mediações que o Estado processou promoveram a hegemonia de um modelo de atenção à saúde baseado na “racionalidade instrumental – hospitalocêntrico, assistencial, fragmentada e com uma rede precarizada e insuficiente em relação à demanda”.

O seguimento da atuação dos governos posteriores, como o de Itamar Franco e, em especial, de Fernando Henrique Cardoso, aprofundou os embates de projetos e modelos distintos do SUS⁸. Cabe lembrar que, mesmo com uma expectativa de retomada dessa política pelo Governo de Luís Inácio Lula da Silva, ela não aconteceu, quando seu governo deu continuidade e intensificou as investidas de modificações dos marcos institucionais da política⁹.

Inicialmente, a construção desses modelos foi desenvolvida como alternativas criadas pelo governo para inverter a concepção universalizada da política de saúde promovendo a participação do mercado e da sociedade civil de forma mais significativa do que o contemplado na CF; sendo assim, a característica de complementaridade dessa participação nas ações da saúde toma uma maior envergadura quando acaba por substituir a responsabilidade do Estado, criando novos espaços de valorização do capital.

Para isso, a tendência foi se consolidando quando da promulgação da Lei 9.637/98, que instituiu as Organizações Sociais, Contratos de Gestão e o Programa Nacional de Publicização e da Lei 9.790/99, que criou as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público. (BRASIL, 1998; BRASIL, 1999). A partir de então, vários estados e municípios passaram a adotar essa direção e transferir para o setor privado ações e programas que lhe eram exclusivos até então, num crescente processo de terceirização dos serviços públicos em todo o país.

⁸ Para aprofundar a discussão sobre os projetos distintos do SUS consultar a tese de doutorado de Soares (2010): A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE E O SUS HOJE: impactos e demandas ao Serviço Social.

⁹ Para um aprofundamento do desenvolvimento da política de saúde no Governo Lula, consultar BRAVO, Maria Inês Souza e MENEZES, Juliana Souza Bravo. Política de Saúde no Governo Lula. PARTE I: A Reforma Democrática do Estado Brasileiro e a Política de Saúde. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro, 2008.

A criação do Programa Nacional de Publicização, que integra as Organizações Sociais – OSs e a criação das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPs no final dos anos 1990, consolidaram as estratégias governamentais para inserir a iniciativa privada na área de gestão e apontaram para uma alternativa de substituição da atuação do Estado que introduzia no cenário as parcerias público-privadas – PPPs para as políticas sociais.

Conforme Behring (2010), as OSs se desenvolvem alterando a natureza da relação do Estado com a área social, porque rompe com o privilégio do Estado para a gestão das políticas sociais, ou seja, torna frágil o controle social, deixa o Estado vulnerável aos interesses privados e não assegura o compromisso do Estado quanto à execução das políticas¹⁰.

Como evidência dessa formulação, o Estado insere novos modelos jurídico-institucionais para a rede pública de saúde, como uma alternativa ao desmonte do modelo do SUS, introduzindo essa lógica para toda a rede de média e alta complexidade, sendo exemplo, entre tantos outros, o que vem sendo vivenciado recentemente nos hospitais universitários – HUs, com a criação, em 2011, da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH¹¹, destinadas ao gerenciamento e execução das ações nos hospitais universitários (BRASIL, 2011).

Por ser espaço do nosso estudo, a questão dos hospitais universitários nos chama atenção pelo fato das suas características e princípios gerais encobrirem o processo de mercantilização aí presente. Enquanto hospital, suas atividades de assistência estão inseridas no SUS como referência terciária para, além do atendimento, darem suporte ao ensino, a pesquisa e à extensão. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2011). Dessa forma, consideramos que os HUs abarcam características mais amplas que envolvem esses campos de atuação e, assim, favorecem o tratamento do processo saúde-doença de forma interdisciplinar, a contemplar a troca de saberes dos diversos profissionais de saúde para o atendimento que promova a formação, a pesquisa e as práticas relacionadas à promoção e atenção à saúde, além das perspectivas de construções teóricas e metodológicas para a elucidação dos estudos diagnósticos.

¹⁰ Essa tendência é analisada por Granemann (2008) como não exclusiva do Estado brasileiro. Move-se nas determinações históricas do capitalismo global, quando os organismos econômicos multilaterais recomendam modificações nas políticas sociais para os estados nacionais periféricos para atingir os objetivos de enfrentamento da crise do capital. Como exemplo para a saúde brasileira, “em março de 2007, a página eletrônica do Banco Mundial divulgou um documento inédito com avaliações e propostas para “aumentar a qualidade da gestão e racionalizar o gasto público” do Sistema Único de Saúde – SUS”.

¹¹ Criada através da Lei 12.550, de 15 de dezembro de 2011, que tem como competência administrar unidades hospitalares e prestar serviços de assistência à saúde no âmbito do SUS. Esta configuração traz a dispensa de licitação para contratação da Empresa pela administração pública, institui a contratação de pessoal via regime celetista e retrocede o controle social. (BRASIL, 2011).

Essa função mais complexa dos hospitais universitários, na atualidade, tem sofrido inflexões para o cumprimento dos seus objetivos de formação em saúde e assistência terciária considerando que os HUs estão sendo introduzidos pelo Estado para compor a lógica de um modelo distinto do SUS.

A criação da EBSEH encontra-se nessa lógica quando surge para desenvolver a gestão e execução dos serviços nos hospitais universitários, através de um gerenciamento de natureza privada que, para ser legitimado, precisa intensificar o desmonte do SUS, além de promover uma dissociação entre ensino, pesquisa, extensão e assistência. Desse modo, a implantação da EBSEH vem sendo paulatinamente tensionada e apresentada como inevitável, ao tempo em que se desenvolve, progressivamente, a desestruturação e precarização dos serviços oferecidos à população e da formação dos profissionais em saúde¹².

Consideramos que os argumentos forjados para essas ações são os mesmos já observados no início da reforma do Estado, em 1995: a ineficiência do serviço público, a transferência da área de saúde para atividades não estratégicas do Estado e, conseqüentemente, o deslocamento para a área não-estatal para minimizar o tamanho do Estado. Nesse cenário, o direcionamento para a política de saúde remete a uma “política de asfixia”, pois deixam os usuários, alguns profissionais de saúde e a sociedade com a impressão de que a única saída para o sucateamento dos serviços oferecidos à população que é promovido pelo próprio Estado é a sua inserção em modelos distintos do SUS. Desse modo, a propagação do discurso governamental de que o modelo do SUS está em crise torna-se o argumento principal do verniz da imparcialidade do Estado para a consolidação das transformações em curso para a política de saúde.

¹² Além das ofensivas já discutidas que vem sendo postas nesse processo de mercantilização da saúde, identificamos em Correia (2011) sete principais argumentos para a classe trabalhadora e a sociedade se posicionarem contra a adesão da EBSEH pelos HUs, que são: a EBSEH integra o processo de contrarreforma do Estado, privatiza os serviços públicos, ameaça os direitos sociais, contraria a legislação do SUS, prejudica os trabalhadores, limita o controle social e propicia o desvio de recursos públicos.

As conseqüências imediatas da possível adesão dos hospitais universitários federais à EBSEH são apontadas por Granemann (2012) em entrevista ao Jornal da Associação dos Docentes da Universidade Federal Fluminense – ADUFF. A autora aponta como predominante, entre outras conseqüências, que a centralidade do trabalho é alterada, quando desloca o atendimento aos trabalhadores pobres e de formação qualificada em saúde e educação para o atendimento dos lucros. Outra conseqüência é que esta possível adesão introduz novas formas de relação do trabalho, como o produtivismo e aceleração dos ritmos do atendimento, que resultará na apreensão de que as teorias de humanização dos procedimentos hospitalares serão medidas por tempo e quantidade, próprios da fábrica fordista. Além disso, é mais um passo para a destruição das universidades federais, pois a lógica constituída para a formação do exercício profissional, pesquisa e extensão estará rompida, quando serão realizadas em instituição distinta e, quiçá, antagônica à universidade pública, por se tratar de uma empresa regida por uma lógica diferente do ensino, da produção do conhecimento e de sua aplicação que é a lógica do lucro.

Essas observações remetem ao desafio que o panorama da política de saúde vem experimentando nessas circunstâncias históricas e resulta em dois universos específicos de correlação de forças: na investida governamental de implantação de projetos distintos do SUS e no enfrentamento de movimentos sociais pela preservação do modelo da reforma sanitária conquistado na Constituição de 1988.

No primeiro panorama, assume a perspectiva de alteração dos pilares em que ele foi configurado, com o argumento governamental de que o que pôde ser privatizado foi feito nos governos anteriores ao de Lula; o que não pôde sofre um processo de publicização¹³ e, portanto, ficamos diante de uma grande contrarreforma do Estado, sintonizada com as diretrizes da política global, que transfere os recursos públicos para a iniciativa privada e descaracteriza os princípios doutrinários do SUS.

No segundo panorama, emergem movimentos sociais heterogêneos em defesa do SUS. Além das Conferências, Conselhos e Fóruns da Saúde, é destaque recente a proliferação e atuação sistemática dos fóruns contra a privatização na saúde, que tem dado força ao embate contra a implantação dessa tendência articulado a movimentos de segmentos da classe trabalhadora, políticos e estudantil (CORREIA, 2011), que respondem, na atualidade, a uma parte da correlação de forças desse contexto desfavorável à classe trabalhadora.

Consideramos, portanto, a partir da discussão dos processos mercantilizados na saúde, que o atendimento das demandas dos trabalhadores torna-se mais frágil em sua efetivação quando são produzidas estratégias governamentais que limitam a execução e as respostas para suas reais necessidades no espaço de atenção à saúde.

2.2.2 A construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: desafios para a sua efetivação

A partir do final dos anos 1970, a luta para uma política direcionada à saúde do trabalhador no Brasil toma um maior fôlego quando foi incorporada pelo discurso da saúde coletiva, que, impulsionada pelo movimento de reforma sanitária brasileira, articulou em conjunto com diversos segmentos da classe trabalhadora, a regulação dessa política na Constituição Brasileira de 1988.

Na extensão do seu percurso histórico, que gradualmente foi conquistando espaço para responder às demandas da saúde dos trabalhadores, os embates da área se expressavam numa

¹³ A publicização é a transferência da gestão de serviços e atividades, não exclusivas do Estado, para o setor público não-estatal, assegurando à entidade de direito privado autonomia administrativa e financeira.

perspectiva crítica aos campos técnicos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, como predominantes no tratamento dos problemas da saúde do trabalhador, no período anterior à Constituição.

A abordagem em que se pautavam os problemas relacionados à saúde no trabalho dizia respeito aos modelos assistenciais, técnicos, causais e curativos desenvolvidos pela Medicina do Trabalho, Engenharia de Segurança e Higiene Ocupacional nos espaços das empresas e de alguns sindicatos. A esfera institucional dessa política também se limitava às atividades de perícia médica e concessão de benefícios, pelo Ministério da Previdência Social e as fiscalizações dos ambientes e locais de trabalho, pelo Ministério do Trabalho.

O campo da Saúde do trabalhador surgiu, historicamente, para ampliar a concepção da política no sentido de que o processo saúde-trabalho fosse compreendido e efetivado a partir das determinações do mundo produtivo e da incorporação do saber operário para o desenvolvimento das condições necessárias aos ambientes de trabalho e entendido no campo da saúde pública¹⁴.

Com esses pressupostos, a Constituição de 1988 prescreveu em seu art. 200 que compete ao SUS, além de outras atribuições, nos termos da lei: (...) II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador (...). (BRASIL, 1988), tornando-se assim, um dever do Estado para o direito à saúde. Como campo inserido no SUS, as políticas e diretrizes para a saúde do trabalhador partilharam dos princípios em que se sustenta a política de saúde como a universalidade do acesso, integralidade, equidade e controle social.

Para isso, o desenvolvimento da política se processou diante dos embates entre os diversos segmentos da sociedade civil e o Estado para que sua efetivação fosse alcançada. Desde então, podemos dizer que, apesar dos tensionamentos, alguns avanços foram articulados a partir das três conferências nacionais de saúde do trabalhador¹⁵, com a intenção de implementar uma política que atendesse as principais demandas de saúde dos trabalhadores para a garantia do Estado em desenvolver políticas intersetoriais, universais e integradas nas

¹⁴ Para Vasconcellos (2011), a base conceitual da saúde do trabalhador dá ênfase à participação do trabalhador como protagonista e coformulador da política, o que implica no seu papel de agente transformador da realidade que vivencia e lhe causa dano.

¹⁵ Podemos elencar os avanços nas ações para a prevenção e promoção da saúde, em contraponto ao modelo médico assistencial, a institucionalização da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador – Nost, a notificação compulsória, a implantação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - Renast, com a composição de diversas unidades de Centros de Referência à Saúde do Trabalhador – Cerest, os protocolos de procedimentos para agravos à saúde relacionados com o trabalho, a criação da Vigilância em Saúde do Trabalhador – VISAT, a formação de pessoal qualificado, a lista de doenças relacionadas ao trabalho, entre outras.

práticas de atenção à saúde (BRASIL, 2006) como importantes instrumentos de prevenção aos riscos das doenças e acidentes de trabalho¹⁶.

Conforme Lacaz (2010), desde a sua integração ao SUS, o debate sobre a necessidade de implantar uma Política Nacional em Saúde do Trabalhador foi introduzido e para isso, buscava-se integrar os principais ministérios que trabalhavam com essa problemática, a exemplo do Ministério da Saúde – MS, Ministério do Trabalho e Emprego – MTE e o Ministério da Previdência Social – MPS. Contudo, apesar dos avanços conquistados e das tentativas para alcançar a implantação da política, vários entraves dificultavam essa concretização, como a divergência de interesses e disputas de poder dentro dos próprios ministérios.

De acordo com essa conjuntura, o processo percorrido até a efetivação da construção de uma política nacional para a saúde dos trabalhadores institucionalizada através da Portaria nº 1823 de 23 de agosto de 2012, envolveu uma questão complexa e política que resultou para um atraso na sua formulação e implantação, sendo uma conquista inédita da Política a sua implantação no ano de 2012.

A criação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNST em 2012¹⁷, se estabeleceu com a intenção de ampliar a implementação da política perseguindo uma maior articulação das ações, com maior ênfase na vigilância, para promoção da saúde do trabalhador, assim definido na Portaria em seu art. 2º:

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012).

Apesar dos avanços logrados até a construção dessa política, sobretudo, nas últimas décadas decorrentes das três Conferências Nacionais, a área de saúde do trabalhador se desenvolve em meio a inúmeras contradições. Estamos nos referindo ao papel do Estado que,

¹⁶ Note-se que a necessidade de articulação da política de Seguridade Social é imprescindível para o desenvolvimento da política de Saúde do Trabalhador.

¹⁷ Aqui é importante evidenciar que, antes da normatização da PNST em 2012, foi criado o Departamento de Política de Saúde e Segurança Ocupacional pelo MPS, desarticulado das instâncias do SUS e do MTE, cuja estrutura dialogava muito pouco com a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do MS e com a Secretaria de Inspeção do Trabalho do MTE, que atua através do Programa de Segurança e Saúde no Trabalho. Sendo assim, a nomenclatura utilizada para a atuação nas relações trabalho/saúde por cada ministério difere numa base teórico-conceitual que fundamenta suas abordagens. Por isso, a política, inicialmente, teve a perspectiva de ser denominada (conforme a sua versão em 2004) de Política Nacional de *Segurança* e Saúde do Trabalhador, o que se tornou alvo de críticas do campo Saúde do Trabalhador que entende a *segurança* como parte do todo que seria a *saúde* e, daí, surge a proposta de uma PNST do SUS (LACAZ, 2010), o que se concretiza na Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora em 2012.

pressionado pela correlação de forças, regulamenta as conquistas no que se refere ao enfrentamento dos agravos da saúde no trabalho, ao mesmo tempo em que se transforma no principal autorreprodutor do novo metabolismo social do trabalho que exige da classe trabalhadora novas condições ao processo produtivo, promovendo, ainda, a retração dos direitos conquistados pelos trabalhadores.

Em 2012, a política para a saúde dos trabalhadores foi estruturada para responder aos embates que se processaram para a sua efetivação. Contudo, as mudanças no desenvolvimento do mundo produtivo e da atuação do Estado impõem limites significativos para que essas conquistas sejam legitimadas para garantir de fato a amplitude da proteção à saúde do trabalhador, constante em todo o texto da Portaria.

Entendemos que a Portaria de 2012 incluiu nos seus princípios a grande maioria das demandas necessárias para os enfrentamentos dos agravos a saúde dos trabalhadores e a suas implicações¹⁸. Apesar disso, essas demandas esbarram nas condições e ações desenvolvidas nos espaços de atenção à saúde a partir dos limites institucionais e governamentais e no incremento dos arranjos produtivos que impulsionam precárias relações de trabalho, informalidade, relações terceirizadas e temporárias e o grande contingente de trabalhadores desempregados.

Em se tratando da prevenção e vigilância contra os agravos à saúde, os limites para alcançar os objetivos propostos são aprofundados nas ações políticas e econômicas da contrarreforma do Estado e do papel das empresas, que impedem o desenvolvimento pleno de sua efetivação.

Apesar dos resultados ainda desconhecidos da PNST de 2012, as particularidades presentes no mundo produtivo e no processo contrarreformista do Estado exigem desafios permanentes, tanto politicamente, através das lutas dos trabalhadores como para as possibilidades concretas e imediatas dos agravos à saúde no trabalho.

¹⁸ A portaria nº 1.823 que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora regula no Capítulo I – dos Princípios e diretrizes, a necessidade de reafirmar a universalidade, a integralidade e a participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, a descentralização, a hierarquização, a equidade e a precaução. No seu parágrafo único do art. 6º preconiza a realização da articulação que requer mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a complexidade das relações trabalho-saúde. Também em seu art. 7º deverá contemplar todos os trabalhadores priorizando, entretanto, pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção. (BRASIL, 2012)

2.2.3 Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CERESTs: limites e desafios para uma perspectiva de atenção coletiva à saúde do trabalhador

Como parte dos instrumentos de construção de uma política nacional para a saúde do trabalhador no Brasil destacamos os Cerest's como espaço de resistência coletiva contra os agravos da saúde no trabalho, bem como para as ações de prevenção e vigilância.

Desse modo, entendemos ser importante introduzir, de uma forma geral, a trajetória da formação dos Cerest's na PNST. Conforme Gaze (2011), a necessidade da criação de uma rede no SUS para a saúde do trabalhador se deu em decorrência de inserir uma nova dinâmica dos centros de referência e programas de saúde do trabalhador que se desenvolviam nas décadas de 80 e 90 e que não se articulavam com as estruturas orgânicas da saúde.

A instituição da Rede Nacional de Atenção integral à Saúde do Trabalhador (Renast), através da Portaria nº 1.679 de 19 de setembro de 2002 do Ministério da Saúde foi considerada como a medida principal que dará impulso às ações para a atenção à saúde dos trabalhadores a partir de sua inscrição no SUS e através do aparato estatal, assim definida em seu art. 1º:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, a ser desenvolvida de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Parágrafo único - Deverá ser constituída, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão Nacional de Implantação e de Acompanhamento da RENAST, composta por integrantes das Assessorias Técnicas de Saúde do Trabalhador, da Secretaria de Assistência à Saúde e Secretaria de Políticas de Saúde e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 2002).

Essa rede integrou a organização de centros de referência para a saúde dos trabalhadores – CRTST's¹⁹ que tinham como objetivo principal em sua formação no parágrafo único do art. 6º da mesma portaria a seguinte estrutura:

Os CRST Estaduais e Regionais deverão estar integrados entre si e com as referências em saúde do trabalhador desenvolvidas na rede ambulatorial e hospitalar, compatibilizando um Sistema de Informação Integrado, a implementação conjunta dos Projetos Estruturadores, a execução do Projeto de Capacitação, a elaboração de material institucional e comunicação permanente, de modo a constituir um sistema em rede nacional. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 2002).

Em relação às suas ações e atribuições, os CRST's devem ser compreendidos como “pólos irradiadores, no âmbito de um determinado território, da cultura especializada

¹⁹ A nomenclatura CEREST só foi empregada a partir do ano de 2005, motivo pelo qual nos referimos a sua denominação precedente a este período, ou seja, CRST.

subentendida na relação processo de trabalho/processo saúde/doença, assumindo a função de suporte técnico e científico, deste campo do conhecimento” (BRASIL, 2002).

Desse modo, a portaria assume que as atividades dos CRST’s “só fazem sentido se articuladas aos demais serviços da rede do SUS, [...], de forma que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada”. (BRASIL, MS, 2002). Complementando, o artigo institui que “Em nenhuma hipótese, os CRST poderão assumir atividades que o caracterizem como porta de entrada do sistema de *atenção*”. (BRASIL, 2002, grifo nosso).

As medidas trouxeram avanços significativos para a organização das ações e serviços direcionados à atenção da saúde dos trabalhadores que envolvem a questão da prevenção, vigilância e outras medidas para a articulação técnica e científica da política. Dada às necessidades de ajuste e novas incorporações nas formas de atuação para rede, no ano de 2005, uma nova portaria do MS foi instituída sob o nº 2.437, onde alguns elementos foram mais demarcados, quando outros foram introduzidos. A nomenclatura CRST é substituída por CEREST e algumas poucas modificações são feitas em sua estrutura, que identificamos como principais o fortalecimento das questões da vigilância, do controle social, do financiamento e a entrada da organização de serviços e municípios-sentinela²⁰.

Muitas das ações que integram as atribuições nos espaços dos Cerest’s são facilitadoras para o acesso do trabalhador aos direitos relacionados à saúde no trabalho e, assim, podem se tornar uma forma efetiva de contribuir para as demandas relacionadas à saúde dos trabalhadores, no que pese as dificuldades encontradas nas empresas para que os trabalhadores sejam encaminhados e acessem esses direitos, como também se envolvam enquanto sujeitos coletivos e propositivos para a qualificação desta política. Destacamos, dessa maneira, algumas das funções que são definidas para os Cerest’s regionais e estaduais e que, do ponto de vista normativo, prevê uma maior participação política dos trabalhadores em torno dos direitos da saúde no trabalho:

Atuar como agentes facilitadores na descentralização das ações intra e intersetorial de Saúde do Trabalhador; realizar intercâmbios com instituições que promovam o aprimoramento dos técnicos dos CEREST para que estes se

²⁰ A constituição dos municípios-sentinela se dá no art. 3º “pela indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados, aqui chamados de Rede de Serviços Sentinela”. (BRASIL, 2005). O termo “sentinela” é usado para determinar serviços assistenciais de média e alta complexidade já instalados, e qualificados para garantir a geração de informação para tornar viável a vigilância em saúde. Assim, a Rede Sentinela é composta por unidades de saúde (chamadas de unidades sentinela) que são responsáveis pelo diagnóstico, tratamento e notificação que resultarão em ações de prevenção, vigilância e intervenção em Saúde do Trabalhador. (www.saude.ms.gov.br).

tornem agentes multiplicadores; fomentar as relações interinstitucionais; apoiar a organização e a estruturação da assistência de média e alta complexidade, no âmbito local e regional, para dar atenção aos acidentes de trabalho e aos agravos contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, que constam na Portaria nº 1339/GM, de 18 de novembro de 1999, e aos agravos de notificação compulsória citados na Portaria GM nº 777, de 28 de abril de 2004; propor normas relativas a diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes portadores de agravos à saúde decorrentes do trabalho. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 2005).

No plano ideológico de construção da PNST, bem como da rede de atenção construída, tem-se uma estrutura com envergadura capaz de atenuar muitas das questões afetas à problemática em torno dos agravos à saúde no trabalho. Mas, esta política e os seus desdobramentos esbarram nas modificações impostas pelo processo de reorganização do capital e do Estado, nas complexidades que emergiram no mundo do trabalho a partir da expansão do capital e da frágil inserção dos trabalhadores para propor mudanças na política, em face da fragmentação da classe trabalhadora nesse cenário.

Nesse sentido, apoiamo-nos em Lacaz (2008, grifo nosso), quando entende que, no plano concreto e imediato, os Cerest's não se organizam como unidades de retaguarda técnica; mas, como uma porta de entrada para as demandas dos trabalhadores vítimas de doenças e acidentes de trabalho, para *tratá-los e reabilitá-los*, o que, certamente, privilegia a assistência em detrimento da vigilância e ações para a prevenção dos agravos e promoção da saúde. Essa abordagem mais individual se refere à constituição de equipes profissionais mínimas, onde o atendimento do médico do trabalho é central para as demandas assistenciais diminuindo, dessa forma, as estratégias para a abordagem coletiva.

Entendemos essa conjuntura como parte das diretrizes do próprio Estado para o desmonte dos serviços destinados à saúde, acentuando a precarização dos profissionais envolvidos nas ações e o despreparo para atuarem de acordo com os princípios da área²¹, bem como a falta de investimento público para dar suporte às ações regulamentadas na Política de Saúde do Trabalhador. Acrescentamos, ainda, que as resistências individuais dos trabalhadores muitas vezes tendem a se sobrepor às coletivas pela falta de respostas do Estado

²¹ Em se tratando da composição dos profissionais de saúde para atuarem da área de saúde do trabalhador, Lacaz (2008) analisa que existe uma grande tendência de alocar outros profissionais da atenção básica para participar das equipes dos Cerest's, e, muitos destes, não têm a formação necessária para planejar e promover às ações de promoção e prevenção para a saúde dos trabalhadores. Apesar da intenção das diretrizes da política inserir esse segmento como fundamental para as ações, os limites na definição das equipes, mostram a tendências de que a efetivação se apresente de modo mais aproximado com as atividades assistenciais, conforme já discutido. O autor também entende e concordamos com ele que a atuação de outros profissionais num contexto multiprofissional como os da área de ciências humanas e sociais são de suma importância para uma abordagem mais ampla, no que remete à necessidade de ampliar as equipes dos Cerest's, em acordo com as medidas que são reguladas na PNST.

para enfrentar as dificuldades em que se esbarram os trabalhadores para a sua reinserção no mercado de trabalho e para a garantia de sua reprodução quando sua capacidade produtiva é diminuída pelo comprometimento da sua saúde no trabalho.

A possibilidade de mudança nesse cenário impõe o desafio de uma maior participação dos trabalhadores nos embates para a efetivação da política. Diante das mediações elencadas que dificultam a garantia da prevenção aos agravos na saúde do trabalhador, torna-se necessário pressionar o Estado para atender as conquistas da PNST e transformar os espaços políticos e práticos/pedagógicos dos Cerests na perspectiva da atenção em termos de prevenção, vigilância e articulações políticas e coletivas para os enfrentamentos aos agravos da saúde no trabalho.

2.2.4 A política de Previdência Social no Brasil: tendências e conflitos para a garantia do direito social

A Previdência Social no Brasil desenvolveu-se ajustada à dinâmica da inserção do capitalismo na base produtiva urbano industrial que se acentuou a partir dos anos 1930 e como respostas às lutas dos trabalhadores²². Dessa forma, o modelo que se formou para esse segmento da Política de Seguridade Social abrangeu a inspiração do modelo bismarckiano²³, focado no seguro social, contributivo e sob a égide da lógica fiscal. De acordo com Boschetti (2009), a lógica do seguro, no Brasil, foi condição para o acesso tanto na Previdência como na saúde, a partir de 1920 até a Constituição de 1988, quando foi demarcado o seu segmento na Seguridade Social. A origem dessa lógica é proteger o trabalhador e sua família algumas vezes exclusivamente e outras prioritariamente. “É um tipo de proteção limitada que garante direito apenas àquele trabalhador que está inserido no mercado de trabalho ou àquele trabalhador que contribui mensalmente para a seguridade social” (BOSCHETTI, 2009, p. 176).

²² Os primeiros passos para a construção da política de Previdência Social no Brasil emergiu com a II Revolução industrial, quando em 1919, foi criada a lei para os acidentes de trabalho. Contudo, o principal marco foi notado com a promulgação da Lei Eloy Chaves no Decreto-Lei 4.682/23, que criou a Caixa de Aposentadorias e Pensões – CAP para os trabalhadores da rede ferroviária, o que desencadeou a expansão de novas caixas de mutualidades para diversas categorias profissionais. Porém, essas conquistas foram legadas no âmbito do mercado, estabelecidas por contratos e financiamentos predominantemente entre os patrões e os empregados (BEHRING, 2008).

²³ “É um modelo fortemente corporativista, constituindo-se numa forma de seguro estatal compulsório. O financiamento é de base contributiva, pois o custeio do sistema se faz principalmente pela contribuição de trabalhadores. Os benefícios auferidos dependem das regras de elegibilidade, em geral, socialmente setorizadas, diferenciadas por setores econômicos e grupos profissionais. A concessão de benefícios condiciona-se à contribuição e, portanto, ao emprego, que vincula o beneficiário a uma dada categoria profissional ou corporação”. (MATTA et. al., 2011, p. 169-170).

A sua inscrição na Constituição Brasileira de 1988, enquanto segmento da Seguridade Social se estabelece como um paradoxo, pois, o fato de a Previdência Social integrar o arcabouço da seguridade social que, ideologicamente, propõe uma proteção social ampliada, denota uma segregação entre seus pilares ideológicos e a direção das ações em tratar o trabalhador de forma individualizada, devido a sua natureza contratualista e securitária.

Aprofundando as contradições para a sua efetivação, a Previdência Social também sentiu os efeitos da reforma do Estado nos anos 1990, quando a inflexão no papel do Estado na responsabilização das políticas sociais delineou uma perspectiva de sua atuação voltada, prioritariamente, para os interesses estratégicos do Estado, o que não envolvia a Seguridade Social. Essa atuação implicou em diversas modificações na estrutura original que evidenciou as reformas na base estrutural da Constituição brasileira, com vistas a atingir um nível de enxugamento da intervenção do Estado para enfrentar a chamada crise fiscal.

Desse modo, prevaleceu a necessidade de desconstrução do acesso universal desses direitos para a classe trabalhadora. Na área da Previdência Social, mesmo construída com limites estruturais que não promoviam acesso para todos os trabalhadores, as reformas que se sucederam contribuíram para a retração dos direitos historicamente construídos. Behring (2008) analisa que, nesse processo, privilegiou-se a lógica fiscal e os argumentos demográficos, discutidos acerca das perspectivas de envelhecimento populacional e os impactos causados para a Previdência.

Diante desse cenário, a sociedade brasileira assiste a um solapamento dos direitos no interior desse segmento, sendo uma das mais significativas ofensivas a Reforma Previdenciária de 1998²⁴, com grandes impactos para os direitos originários de sua constituição. Sob diversos argumentos para explicar o chamado déficit da Previdência, as modificações na legislação promovidas pelo Estado sinalizaram para a destruição dos direitos dos trabalhadores vinculados ao emprego²⁵.

Em torno dos vários motivos que contribuem para propagar um déficit na Previdência, como a questão da utilização do financiamento, Senna e Monnerat (2008) discutem que a falta de acesso ao trabalho em consequência do aumento do desemprego e da precarização do

²⁴ Dentre as principais transformações da reforma previdenciária de 1998, tem-se a idade mínima para a aposentadoria, a transformação do tempo de serviço em tempo de contribuição com acréscimo deste, mudanças nos cálculos das aposentadorias e diversas modificações na previdência dos servidores públicos. O fator previdenciário complementou em 1999 as medidas progressivas para diminuição dos direitos previdenciários (BRASIL, 1998, p.1999).

²⁵ Conforme Boschetti (2010), as contrarreformas da previdência de 1998, 2002 e 2003, limitaram direitos dos trabalhadores e aumentaram a lógica securitária, reduzindo valores dos benefícios, aumentando o tempo de trabalho e contribuição e, conseqüentemente, não garantindo o acesso de trabalhadores desempregados. Também iniciaram um aprofundamento da privatização e expansão dos planos privados e dos fundos de pensão.

trabalho leva à diminuição do número de pessoas que contribuem direta e indiretamente para a Previdência e, assim, induz a uma queda na arrecadação do sistema.

Em face disso, as mudanças que foram introduzidas pelo padrão de acumulação flexível e pela refuncionalização das ações do Estado nas políticas sociais e que impulsionaram diversas implicações para a saúde dos trabalhadores como a precarização no trabalho, o desemprego estrutural e a diminuição da renda média mensal dos trabalhadores, aprofundaram a impossibilidade de uma cobertura universal por parte da política de Previdência Social para dar respostas a essas mudanças.

Entendemos, assim, que a Previdência Social opera exigindo uma forma contributiva numa particularidade que não viabiliza esta condição para todos os trabalhadores, à medida que a sociedade não produz uma situação de pleno emprego e, portanto, não poderá universalizar uma política sob a lógica contributiva derivada do trabalho e financiada predominantemente pelos trabalhadores para a proteção social pretendida.

Com base nisso, sua estrutura aponta uma configuração diferente da lógica de universalização e sua composição é organizada e estratificada por regimes de inclusão que só absorvem alguns segmentos da classe trabalhadora.

De acordo com SILVA (2012) os direitos previdenciários são regulados e derivados do trabalho, conformados por três regimes básicos e um complementar: o Regime Próprio da Previdência Social - RPPS que abarca os servidores públicos civis da União do Distrito Federal, dos estados e municípios e os militares do Distrito Federal e dos estados quando a União não é gestora e apenas supervisora; o regime dos servidores públicos militares da União quando é gerido por esta e o Regime Geral da Previdência Social – RGPS cujos benefícios são destinados aos trabalhadores maiores de 16 anos que sejam contribuintes e são administrados pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS. O regime complementar e, portanto, facultativo, que pode ser acessado pelos trabalhadores dos outros regimes que queiram se inserir e estejam em condições de contribuir de forma complementar. Geralmente, esse regime é oferecido pelas entidades privadas do ramo, com os órgãos de controle e fiscalização pelo Estado.

A partir disso, consideramos de relevância discutir sobre alguns aspectos da estrutura do Regime Geral da Previdência Social já que nele se constituem os direitos dos trabalhadores urbanos ou rurais que exercem atividades remuneradas sob os contratos privados e formais de trabalho ou de natureza especial e são tratados e encaminhados pelo INSS, considerando que são sujeitos do nosso estudo.

Esses segurados são trabalhadores que podem ter acesso aos benefícios da Previdência, como também os seus dependentes, na ausência desses; para isso, existem diversas modalidades de segurado nesse regime que os diferenciam quando à restrição de alguns direitos, como também ao valor da contribuição mensal.

Nesse Regime, os segurados podem ser obrigatórios (quando possuem a carteira de trabalho assinada), os facultativos (trabalhadores que não têm a obrigação de pagar; mas, podem fazer parte do Regime, como os desempregados, as donas-de-casa, os estudantes, entre outros), os autônomos ou contribuintes individuais (os trabalhadores que desenvolvem atividades sem relações formais ou contrato de trabalho), o empreendedor individual (uma nova modalidade que emergiu para incluir os empreendedores que se cadastram no portal do Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas - SEBRAE) e os segurados especiais (não são contribuintes diretos; mas exercem atividades de subsistência, como os agricultores, pescadores artesanais, quilombolas, etc)²⁶. Destes, apenas os empregados com carteira assinada e os segurados especiais têm direito ao auxílio-acidentário e auxílio-acidente por ocasião de acidente de trabalho ou doença ocupacional, ficando de fora dessa proteção as outras modalidades de segurados²⁷.

Esse modelo de Previdência Social operado pela política contributiva não absorve as características contemporâneas da classe trabalhadora atual, hoje bastante *heterogênea, complexa e multifacetada* (ANTUNES, 2005), e no interior de um predominante modelo de acumulação flexível que exige maiores níveis de exploração do trabalhador. Desse modo, o aumento do desemprego, as relações informais e precarizadas de trabalho que remetem a um grande contingente de trabalhadores fora do mercado formal e do trabalho assalariado não permitem o acesso dos benefícios previdenciários, considerando a dificuldade dos trabalhadores de manterem, nesse cenário, as contribuições exigidas.

Ainda assim, o segmento da Previdência Social absorve as demandas dos trabalhadores que são acometidos por doenças profissionais e do trabalho e que estão regidos por um contrato de trabalho formal e cujo afastamento do mundo produtivo de forma temporária ou permanente exige a garantia do direito social previdenciário para dar respostas ao comprometimento e/ou perda da saúde do trabalhador. Nesse sentido, é notável a necessidade de conhecer a estrutura do direito previdenciário para esse segmento.

²⁶ Sobre isso consultar o portal do Ministério da Previdência e Assistência Social. www.mpas.gov.br. Acesso em 03/04/2013.

²⁷ Neste ano de 2013, a partir do mês de abril, as empregadas domésticas, conquistaram historicamente os direitos dos trabalhadores formais, sendo incluídas nesse segmento de proteção à Saúde do Trabalhador, ainda a ser regulamentado em lei.

Geralmente, a partir do início do adoecimento profissional e do trabalho, bem como do acidente e sequelas decorrentes deste, já existe a demanda para o afastamento imediato. Nesses casos, o trabalhador tem direito à cobertura de 15 dias consecutivos de afastamento do trabalho pagos pelo empregador para, em seguida, e por necessidade do tratamento, ser encaminhado à Previdência Social para o seguimento do caso. Nesse contexto, existem dois tipos de benefício da previdência social que não são permanentes para a cobertura dos casos:

Há dois tipos de auxílio-doença: o *previdenciário*, assim denominado o decorrente de doença ou acidente comum; e o *acidentário* decorrente de doença ocupacional ou acidente de trabalho. Na hipótese de o trabalhador ter recebido esse benefício, em decorrência de acidente ou doença do trabalho e ter se recuperado integralmente ou após reabilitação profissional, ao retornar à empresa (reintegração), terá direito a estabilidade provisória por 12 meses, a contar da data em que reassumiu o seu trabalho (SIMÕES, 2009, p.156-157, grifo do autor).

Observamos, apesar de o direito previdenciário temporário para os segurados ser bem delimitado, que são realizados dois tipos de tratamento diferenciados. O primeiro, o auxílio doença previdenciário, para os trabalhadores que adoecem por qualquer natureza e são beneficiados por ocasião do adoecimento ou tratamento cirúrgico e não são contemplados com estabilidade após a cessação da incapacidade. O segundo, o auxílio-doença acidentário que, por ter relação com o acidente de trabalho e a doença ocupacional, prevê uma reparação mais temporal, como a estabilidade no trabalho por 12 meses e a possibilidade de, no caso de sequela definitiva e significativa, o acesso ao auxílio-acidente até a aposentadoria, independentemente da inserção do trabalhador no mercado de trabalho.

Contradizendo a materialização desse direito, algumas questões precisam ser elucidadas, à medida que são evidenciadas dificuldades no acesso do trabalhador assalariado formal para essa garantia, quando se tornam comuns as exigências e dificuldades postas pelas empresas para que este trabalhador seja identificado como vítima de acidente de trabalho ou doença ocupacional, à exceção das situações inquestionáveis como alguns acidentes dentro do local do trabalho e no seu trajeto ida-volta ao trabalho, ficando a doença ocupacional muito limitada ao parecer do médico do trabalho e à referência das doenças especificadas em lei²⁸.

De acordo com Salvador e Paulo Filho (2011), o Fator Acidentário Previdenciário – FAP, instituído na CF de 1988 para que o empregador recolha um percentual ao INSS a título

²⁸ Segundo o Perfil do Trabalho Decente no Brasil da OIT (2012), houve uma redução do número de acidentes e doenças profissionais e do trabalho entre os anos de 2008 e 2010, com declínio expressivo das doenças do trabalho de 23,4% e de acidentes típicos de 6,1%; porém os acidentes de trajeto aumentaram em 6,8%, entendido como proveniente da violência no trânsito. A taxa de incidência de acidentes de trabalho aumentou apenas em quatro Estados do Nordeste e, em Pernambuco, manteve-se no mesmo patamar.

de seguro de acidente de trabalho²⁹, variando, atualmente, de acordo com o grau de risco que as empresas desempenham, permite ao INSS, em sua metodologia, estabelecer mecanismos de incentivo aos empregadores que investem em prevenção e cumprimento das metas para a saúde do trabalhador. Desse modo, as empresas que investirem nessa direção terão os percentuais de contribuição patronal reduzido. Ao mesmo tempo, as empresas que apresentarem maior número de acidentes e adoecimentos ocupacionais terão suas contribuições dobradas.

Nesse sentido, concordando com os autores, grande parte das empresas, tanto as de médio como grandes portes, mascaram as evidências das doenças do trabalho, quando o índice dessas doenças e dos acidentes de forma elevada decorrerá em maiores valores para o Sistema do Seguro de Acidente de Trabalho – SAT, pagos pela empresa. Em função disso, a presença de subnotificação acarretará para o trabalhador lesionado a possibilidade de não garantia do emprego e, por conseguinte, a demissão.

Identificamos que as tentativas das empresas em adequar o trabalhador ao desenvolvimento da produção e mascarar os índices de acidentes de trabalho e suas doenças relacionadas, quando tentam mantê-los mais baixos para o cumprimento das metas administrativas e exigências da política de saúde do trabalhador, são formas de ocultar as novas formas de exploração do trabalho e reduzir os custos empresariais. Desse modo, nem sempre os trabalhadores são encaminhados para o benefício previdenciário reconhecidamente como decorrente da doença do trabalho ou do acidente e sua seqüela.

Os custos dos acidentes são ainda maiores ao considerarem-se diversos outros custos indiretos a eles associados, como por exemplo: despesas com a contratação e treinamento de trabalhador substituto quando o afastamento é definitivo ou prolongado; perda (ainda que eventualmente momentânea) de produtividade do trabalho; custos atrelados aos danos materiais e eventual interrupção do processo produtivo; perda de bônus quando da renovação do seguro patrimonial, custos com assistência jurídica, inclusive para o processo de regularização do local do acidente, custo associado à imagem da empresa, dentre outros (GUIMARÃES, 2012, p.58).

Numa dimensão institucional, a Previdência Social, diante das demandas decorrentes desse processo, cria alternativas para enfrentá-las técnica e institucionalmente. Podemos elencar como um avanço contra o mascaramento das doenças profissionais e do trabalho, a implementação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) criado em abril de 2006 através da Lei nº 11.430/2006 (BRASIL, 2006) como metodologia do INSS para identificar a relação entre a doença e o trabalho e combater as subnotificações, uma conquista

²⁹ O FAP é incluído na art. 22 da Lei nº 8212/91 com vistas a financiar o benefício de aposentadoria especial e os benefícios previdenciários decorrentes dos riscos ambientais do trabalho, variando o seu percentual para o empregador a depender do grau de risco das atividades desenvolvidas pelas empresas.

que já vinha sendo perseguida nos espaços sindicais dos trabalhadores; contudo, ainda muito limitada para absorver o novo metabolismo social do trabalho, devido à hegemonia das causalidades das doenças e acidentes que estão associadas a determinadas atividades profissionais.

Essa metodologia permite que o médico perito do INSS conceda o auxílio acidentário, mesmo que a empresa negue a Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, o que remete também à dependência do discernimento individual desse profissional no contexto da estrutura atual do mundo do trabalho. No entanto, é importante ressaltar que se materializa num importante instrumento no combate à subnotificação de acidentes e doenças no trabalho e é resultante de reivindicações das representações sindicais dos trabalhadores.

Também, anualmente, o INSS promove uma análise dos dados sobre o panorama dos dados estatísticos econômicos e de benefícios da Previdência Social, através do Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS). Este instrumento propicia o planejamento de políticas públicas para estratégias de minimização dos custos decorrentes das concessões de benefícios para o INSS e retratam a evolução da Previdência.

Consideram, em sua essência, as demandas dos segurados contribuintes, a organização econômica da Previdência e um desenho da área dos agravos sofridos em decorrência do acidente de trabalho e das doenças ocupacionais dos segurados. Todavia, há que se considerar que são referência para os dados apenas os trabalhadores que acessam a previdência social, ficando, notadamente, fora desse contexto, os trabalhadores que não estão nessa condição.

Outro aspecto importante é que os dados produzidos para as análises, além de não incluir o universo dos trabalhadores, ou seja, os que não têm acesso à Previdência Social excluem alguns segurados que não têm acesso aos benefícios que decorrem dos agravos no trabalho, como o auxílio-acidentário e o auxílio-acidente e, conseqüentemente, a aposentadoria por invalidez que porventura possa decorrer no seguimento desses benefícios. São exemplos, os segurados autônomos ou contribuintes individuais e os trabalhadores formais que foram encaminhados ao seguro social por auxílio-doença, sem relação com o acidente ou doença do trabalho. Entendemos que esse tratamento institucional não universal, favorece a subnotificação das doenças e acidentes no trabalho.

Diante disso, o trabalhador assalariado formal, apesar de inserido no arcabouço desses direitos quando do desgaste da sua força de trabalho, participa, também, de uma conjuntura de determinações que se move nas contradições da organização do processo produtivo. Como são direitos sociais derivados e dependentes do trabalho e do emprego são articulados à forma

de organização desse processo de modo que, nessa relação, a restrição aos direitos da Previdência Social insere as demandas dos trabalhadores assalariados formais para um menor acesso à sua cobertura.

A relação saúde-trabalho torna-se invisível, guardando sua visibilidade potencial para quando surja o adoecimento e este surge de forma individualizada, comprometendo apenas um trabalhador de cada vez. O direito do trabalho estabelece a regra sobre o coletivo de trabalhadores, mas a perda da saúde é evidenciada (e tratada pelo direito) sobre o trabalhador individualizado (GAZE, 2011, p.261).

Reafirmamos, assim, com referência nas discussões que nortearam essa análise, que as exigências da política macroeconômica refletem para o aumento da exploração e desgaste da força de trabalho e para a desconstrução dos direitos dos trabalhadores e se desenvolvem nos processos da reorganização do capitalismo mundial para a sua expansão, com a efetiva participação do Estado.

3 ENTRE O TRABALHO E A GARANTIA DE DIREITOS: TENSÕES E TENDÊNCIAS PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR.

Este capítulo trata da análise dos dados e resultados da pesquisa, a partir das entrevistas com os trabalhadores. Procura articular a sua realidade social com o movimento mais geral da sociedade, especialmente com a totalidade que envolve o trabalho contemporâneo, a saúde dos trabalhadores e a Política de Seguridade Social, para apreender as determinações sociais que se apresentam no processo de adoecimento no trabalho e na reprodução dos trabalhadores.

Entendemos que o adoecimento no trabalho é parte das condições sócio-históricas que se apresentam na realidade em que se desenvolve a reprodução material e espiritual, nos termos de Marx. Tais condições se modificam na sociedade capitalista contemporânea, embora permaneçam as determinações em que estas se fundam: a exploração do trabalho.

Para situar nossa compreensão sobre o objeto da pesquisa, recorreremos aos primeiros estudos que tratam das doenças desencadeadas no processo de trabalho, as quais remetem ao século XVII, quando o médico italiano Bernardino Ramazzini publicava seus primeiros estudos sobre a saúde dos trabalhadores. No plano concreto, Maeno (2011, p. 129), se referindo a importância do trabalho nos agravos à saúde se perguntou: “o que diria Ramazzini ao saber que a célebre pergunta que ele dizia ser necessário acrescentar em uma consulta médica ainda não é feita na imensa maioria dos atendimentos – “que arte exerce?”

Para apreender essa condição, consideramos que a vivência dos trabalhadores é imperativa para a possibilidade de desvelar as contradições em seu cotidiano que aqui é entendido com base na análise de Barreto (2011, p. 118), como todos os elementos presentes numa determinada realidade, que são vivenciados, reproduzidos, reelaborados e atualizados recorrentemente pelos indivíduos, “instituindo de certa forma, o metabolismo entre a sociedade e o ser social”. Com base nessa compreensão, procuramos caracterizar quem são os trabalhadores sujeitos desta pesquisa e como vivenciam as determinações sociais do processo saúde/trabalho/proteção social, de modo a discutir a saúde dos trabalhadores a partir da objetividade do seu cotidiano de vida e de trabalho, da identificação das atividades que realizam, das novas demandas que se apresentam para o processo produtivo em que estavam inseridos antes do adoecimento e sua relação de cotidiano produtivo com a reprodução econômica. Em outros termos, “repensar a produção e reprodução social a partir da escuta atenta dos trabalhadores, pois são estes “fabricantes de valores” que adoecem e morrem no e do trabalho” (BARRETO, 2012, p. 120-121, grifo do autor).

As contradições que contribuem para a intensificação do desgaste da força do trabalho são vivenciadas na inserção destes trabalhadores nos processos produtivos que os levam a produzirem os valores do capital e também na insuficiência das respostas para a sua reprodução.

3.1 O perfil dos trabalhadores da pesquisa e do espaço produtivo: limites para a reinserção no trabalho contemporâneo

Inicialmente, trataremos dos dados que traçam o perfil dos trabalhadores, cujas informações independem imediatamente de sua subjetividade e apreensão do cotidiano de trabalho para o conhecimento de como estão inseridos nesse processo e como se apresentam as suas possibilidades no mercado de trabalho, articulando, nesse contexto, as suas experiências, a partir de sua realidade e das implicações em relação a sua reprodução.

Para isso, estruturamos no Quadro 01, o perfil dos trabalhadores entrevistados, considerando a necessidade de visualizar algumas características gerais, como o gênero, a idade, a profissão, a escolaridade e a renda familiar, conforme abaixo:

QUADRO 1 - Perfil dos Trabalhadores

ENTREVISTADO	GÊNERO	IDADE	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	RENDA FAMILIAR
01	Masculino	43	Ens. Fund. I completo	Pedreiro	1 ½ salário mínimo
02	Masculino	57	Ens. Fund. II incompleto	Aux. Serv. Gerais	01 salário mínimo
03	Masculino	39	Ens. Fund. I completo	Soldador	03 salários mínimos
04	Masculino	38	Ens. Fund. I incompleto	Gari	01 salário mínimo
05	Masculino	42	Ens. Fund. II completo	Motorista	02 salários mínimos
06	Feminino	38	Ens. Médio completo	Aux. de cozinha	01 ½ salário mínimo
07	Masculino	43	Ens. Fund. II incompleto	Pintor industrial	02 salários mínimos
08	Feminino	47	Ens. Fund. II incompleto	Aux. Serv. Gerais	01 salário mínimo
09	Masculino	34	Ens. Fund. I incompleto	Aux. Serv. Gerais	01 salário mínimo
10	Feminino	46	Ens. Fund. I completo	Camareira	01 salário mínimo

FONTE: O trabalho contemporâneo e suas interfaces com a Saúde do Trabalhador e o Direito Social (2013)

De acordo com o perfil dos trabalhadores da pesquisa, identificamos que neste estão presentes algumas características que inserem os trabalhadores em diferentes espaços de

criação de valor¹ para o capital. E, ainda que as profissões não exijam maiores complexidades - na sua maioria estão vinculadas a trabalho simples - os processos, as formas e as requisições para o trabalho, se alteram para responder às necessidades do capital.

Em se tratando da questão de gênero, a pesquisa apresentou uma predominância do trabalho masculino e envolveu a questão da divisão sexual do trabalho, a partir da relação entre o trabalhador homem que desenvolvia atividades que exigiam maior dispêndio físico e a trabalhadora mulher que apresentou atividades polivalentes, conforme relatou a entrevistada 05:

Eu trabalhava como auxiliar de cozinha. Além de cozinhar, deslocava panelas, lavava pratos, limpava chão, etc. Gostava de fazer o trabalho, apesar de achar que tinha muitas exigências de vários serviços ao mesmo tempo. Gostava de cozinhar e acho que as exigências do meu trabalho me deixaram com pouca condição física (Entrevistada 05).

Consideramos que na divisão sexual do trabalho, o capital estimula a polivalência do trabalho feminino de forma mais significativa, e, conforme Antunes (2005), se serve da experiência que a mulher traz de suas atividades na área do trabalho reprodutivo e doméstico, enquanto os homens, pelas condições sócio-históricas vigentes revelam mais dificuldades em se adequar às exigências polivalentes e se adaptar aos novos conceitos de produção. Nesse sentido, o capital opera se apropriando das possibilidades de intensificar a exploração a partir das potencialidades dos trabalhadores nas esferas em que pode ser expandida maior criação de valor.

Em face disso, mesmo com a expansão do trabalho feminino nas últimas décadas, as estratégias de exploração se dão nos dois tipos de gênero: nas mulheres, com trabalhos mais intensivos e desigualdade salarial entre os homens e, para este último, a depender das suas habilidades, o maior dispêndio físico, conforme identificamos a seguir:

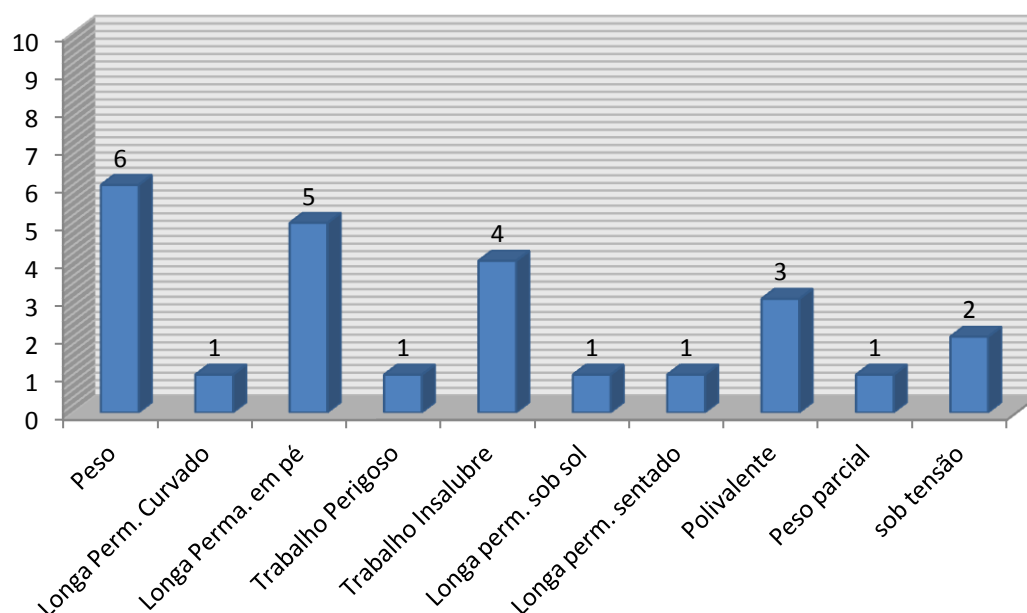
Eu era considerado um trabalhador ativo e muito atento às atividades; porém pegava muito em peso, garrações de água, caixas pesadas e numa dessas vezes, desloquei o ombro e nunca mais fiquei bom para trabalhar. A idade também pesou (Entrevistado 02).

Eu trabalhava recolhendo lixo; correndo de lá pra cá, embaixo de sol quente e chuva, sentindo mau cheiro o tempo todo. Pegava em sacos pesados e sujos e tinha que ser rápido para dar tempo de seguir o caminhão (Entrevistado 04).

Mostraremos, a seguir, alguns aspectos da intensidade do trabalho que os entrevistados desenvolviam no espaço produtivo.

¹ Entendemos que o capital se apropria do trabalho excedente com a exploração em diferentes espaços, com maior ou menor intensidade; porém, universalizando a criação de valor através da mais valia em qualquer espaço que se desenvolva o mundo do trabalho. Para Antunes (2013), a real geração de mais-valor acontece em praticamente todas as esferas do mundo laboral, a partir de novos e velhos mecanismos de intensificação, apesar de sua aparente invisibilidade em alguns segmentos do trabalho.

Tabela 1 - Intensidade das atividades realizadas pelos entrevistados, Recife 2013.



FONTE: O trabalho contemporâneo e suas interfaces com a Saúde do Trabalhador e o Direito Social (2013)

Considerando as características gerais dos trabalhadores, sua posição no espaço produtivo se relaciona ao exercício de trabalhos mais longos, polivalentes, com maior dispêndio físico. Aqui, eles estão submetidos à incessante instabilidade do emprego, o que, diante desse modelo de produção, toma uma direção predominantemente contrária às atividades regulamentadas e constituída de direitos para o trabalho. As pressões no ambiente de trabalho e as formas precarizadas de sua execução se tornam, nesse contexto, uma ameaça direta ao desgaste da força de trabalho de forma prematura.

A inserção dos trabalhadores em trabalhos menos complexos e desqualificados para o modelo de produção vigente reafirma a condição de superexploração do trabalho e da precarização estrutural e histórica do trabalho no Brasil. Desde as suas origens, e sob as determinações do capitalismo dependente, parte das funções que determinados trabalhadores exercem mesclam formas arcaicas e modernas de trabalho que remetem, inclusive, a formas pré-capitalistas. Na particularidade da pesquisa, identificamos que o dispêndio de trabalho de intensidade elevada produz o aumento do desgaste do trabalhador e os empregadores exigem a execução de tarefas que comportam sobrepeso, posições corpóreas inadequadas, riscos de acidentes de trabalho, entre outros. A superexploração do trabalhador se materializa, assim, com a intensidade física e do ritmo de trabalho fora das condições suportáveis para o

trabalhador e que promove um desgaste mais rápido, quando apropriado pelo capitalista na execução do trabalho simples.

A diferença entre trabalho superior e simples, entre trabalho qualificado e não-qualificado decorre, em parte, de meras ilusões, ou pelo menos de distinções que cessaram de ser reais, mas sobrevivem convencionalmente, por tradição; em parte, se origina também da situação precária de certas camadas da classe trabalhadora, situação que as impedem, mas que outras, de reivindicarem e obterem o valor de sua força de trabalho. (MARX, 2011, p. 231)

Essas características apresentadas pelos trabalhadores da pesquisa, em termos gerais, conformam o que Antunes (2005) chamou de *os novos subproletários do mundo*. De acordo com Lara e Canoas (2010), a representação desses trabalhadores se dá através do trabalho feminino mal remunerado, pelos jovens que não conseguem ingressar no mercado de trabalho por pouca experiência e pelos trabalhadores considerados em idade de envelhecimento para o capital no contexto atual do seu desenvolvimento. Esses aspectos também são reforçados quando analisamos a idade e a escolaridade dos trabalhadores: os 10 trabalhadores da pesquisa apresentaram idade acima dos 34 anos, predominando a faixa etária de 39 a 43 anos e para a escolaridade, predominou o ensino fundamental I incompleto.

A grande competitividade do mercado de trabalho intensifica o aumento do desemprego entre os menos qualificados. Ainda, os trabalhadores que estão na faixa dos 40 anos de idade ou mais e que, historicamente, exerceram funções num mesmo ramo industrial ou mesmo com maior dispêndio físico, tornam-se propensos deslocados dos novos conceitos da produção flexível que exigem maior qualificação e competição no atual mercado de trabalho. Considerados descartáveis para a produção quando não possuem a capacidade total de sua força produtiva, pelo desgaste produzido pelo trabalho excedente, esses trabalhadores confirmam o que Já avaliava Marx (1996, p. 271) “O consumo da força de trabalho pelo capital é tão rápido que o trabalhador de mediana idade, na maioria dos casos, já está mais ou menos esgotado. Ele cai nas fileiras dos excedentes ou passa de um escalão mais alto para um mais baixo”.

Tomamos como exemplo o seguinte depoimento do entrevistado 02:

A empresa já disse que não tem outra função para mim. Não quero ser rebaixado de posto. Só se conseguir outro emprego; mas, como, desse jeito que estou agora? (Entrevistado 02).

Sob essas condições, entendemos que o lugar desses trabalhadores favorece a possibilidade de tornarem-se desnecessários para as empresas e serem facilmente substituídos face às exigências do modelo de produção, da força sobrando para o mercado e do desgaste de sua força de trabalho.

Identificamos essa questão nos seguintes depoimentos dos trabalhadores entrevistados:

Já não tenho quase mais contato com a empresa. Quando vou lá para resolver alguma coisa do benefício, noto indiferença e rejeição da gerência e dos colegas, salvo um ou dois (Entrevistado 07);

A empresa já me disse que não tem mais lugar pra mim, que tentasse falar com o médico para me aposentar (Entrevistado 09).

Em relação à renda familiar, nessa pesquisa, 09 trabalhadores tinham a renda total entre 01 a 02 salários mínimos, quando apenas 01 ultrapassava este valor ficando na intermitência de 03 a 04, o que indicou, para os entrevistados, a necessidade do benefício atrelada à reprodução do trabalhador e do seu núcleo familiar, ao que podemos constatar em suas falas quando questionado como vivenciam o seu cotidiano no período em que precisam ficar afastados do trabalho.

Fiz cirurgia de amputação da perna e uso prótese. Depois da cirurgia me separei da mulher e precisei ajudar 2 filhos pequenos; Moro em lugar de ladeira e tenho dificuldade para andar e recebo muito pouco pelo benefício; também não faço nenhum trabalho para ajudar na renda. Desestruturei minha vida e o meu trabalho por causa desse acidente (Entrevistado 01).

Desde o acidente não tenho condições para o trabalho. Minha família é grande, a situação é muito difícil e estou com o benefício cortado há 4 meses, vivendo da ajuda da família e tentando voltar o benefício. Estou muito preocupado com o sustento da minha família e me sentindo humilhado e de ter que precisar dos outros, pois sou um homem que poderia estar sustentando a minha família se não fosse o acidente que sofri no trabalho (Entrevistado 02).

Em casa, tenho ficado irritada e depressiva. Não consigo ser a pessoa ativa e alegre de antes. Tenho tido problemas com o meu companheiro e com meus filhos por causa disso. Ele (o companheiro) está desempregado há muito tempo e o benefício é a única renda que nós temos para viver (Entrevistada 05).

Sinto muito medo do futuro, medo de não ficar boa e não conseguir sustentar minha família. O acidente mudou minha vida, mudou totalmente a forma como eu vivia antes. Não consigo me ver trabalhando novamente nas condições de antes (Entrevistado 06).

Sinto muita dificuldade para sustentar a minha família. A única renda que a gente tem é o benefício. Não consigo fazer outros serviços por fora por causa da doença. Eles (a família) estão preocupados com a situação. Fico angustiado com o futuro. Não encontro saída. É muito humilhante, sabe? Se eu tivesse outra forma de sustentar minha família, não queria mais esse benefício (Entrevistado 09).

Na maioria dos discursos dos entrevistados aparece a questão da reprodução do trabalhador e da sua família, que se dá a níveis mínimos no momento do afastamento, sendo o

benefício a única alternativa de que dispõem para fazer face às suas necessidades de subsistência.

Entendemos, também, que as condições precárias de vida dos trabalhadores interferem no processo de tratamento para os agravos à saúde, à medida que a sua necessidade imediata de sobrevivência depende exclusivamente da renda extraída pelo trabalho que exercia e, com a instabilidade da concessão do benefício interdita-se o atendimento de suas condições básicas de vida para garantir a possibilidade de um ambiente mais tranquilo que possa favorecer a sua recuperação².

Sob essas condições, os trabalhadores dessa pesquisa vivenciam mais intensamente as expressões da questão social, a partir da desestruturação das suas vidas e do seu núcleo familiar no momento do afastamento do trabalho. O cotidiano de vida modifica-se em torno da inexistência de perspectiva de experimentar o trabalho nas mesmas condições anteriores à perda de sua capacidade produtiva. Note-se a importância que o trabalho tinha na vida dos entrevistados, na medida em que se referem à desconstrução de suas relações sociais a partir da impossibilidade de sua execução.

Sentimentos como falta de perspectiva, medo e humilhação passam a fazer parte do cotidiano e das formas de viver esse tempo pós-acidente. O retorno ao trabalho em condições satisfatórias é visto quase como uma impossibilidade e a falta do trabalho, como elemento estruturador da sociabilidade, impacta fortemente a reprodução dos trabalhadores, tanto do ponto de vista material como espiritual, nos termos de Marx.

Destacamos os seguintes relatos dos trabalhadores em sua experiência com a empresa após o afastamento do trabalho:

Acho que a empresa não me quer mais. É muito diferente, eu sinto que não sirvo mais e parece que nem fiz parte daquilo. (Entrevistado 02);

Eu tenho muito medo de perder o benefício e ter que voltar a trabalhar sem condições ou então ficar na empresa pela obrigação do acidente até perder a estabilidade, sendo tratado como um estorvo. (Entrevistado 05).

As novas formas de organizar e administrar o trabalho pelas empresas são entendidas por Barreto e Heloani (2011, p. 175-176), como geradoras de muitos desgastes, sofrimentos e doenças causadas para os trabalhadores e quando se torna inevitável para o trabalhador assumir as consequências da perda da sua saúde no trabalho, é com recorrência que eles precisam provar que adoeceram. Para isso, “percorrem uma via-crúcis, de médico em médico,

² A Organização Mundial de Saúde – OMS define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. A 8ª Conferência Nacional de Saúde entendeu como determinantes sociais para a saúde as condições de alimentação, habitação educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.

esperando ter sua doença reconhecida como produto do trabalho, o que raramente acontece. O sofrimento imposto vai desfazendo o sentimento de pertença e determinando um estranhamento no lugar que julgava ser sua casa, ou melhor, sua família.”

Dessa forma, diante da perda da capacidade produtiva do trabalhador, as suas relações sociais e de reprodução ficam comprometidas. É nesse cenário que o benefício previdenciário se apresenta como uma alternativa para essa resposta e não como a garantia de um direito condicionado a sua própria natureza de proteger os trabalhadores vinculados ao emprego. Destacamos o relato seguinte:

Eu não conto com nenhuma outra renda para viver e não me sinto recuperado para voltar a trabalhar. A empresa me disse que não tem função pra mim e que é melhor que eu fique pelo INSS. Aí eu vou levando enquanto der (Entrevistado 08).

Nessa contradição, a insuficiência de respostas para a reprodução do trabalhador potencializa a necessidade do benefício previdenciário que passa a ser experimentado como um mecanismo de defesa para reparar a perda da capacidade produtiva, que quanto mais precários sejam os níveis de pobreza e responsabilidades com a família, mas exige a necessidade da força do trabalho para a sua subsistência.

Abaixo, apresentamos as características do espaço de trabalho dos entrevistados, antes do comprometimento da sua saúde, de acordo com o quadro 2.

QUADRO 2 – Perfil do Espaço Produtivo dos Trabalhadores

ENTREVISTADO	RAMOS DE PRODUÇÃO	RELAÇÕES DE TRABALHO	JORNADA	HORAS EXTRAS	ADICIONAIS INSALUBRIDADE E/OU PERICULOSIDADE
01	Serviços	Empregado	44h/sem.	Sim	Não
02	Indústria	Empregado	44h/sem.	Sim	Sim
03	Indústria	Empregado	40h/sem.	Sim	Não
04	Serviços	Terceirizado	44h/sem.	Sim	Sim
05	Serviços	Empregado	44h/sem.	Não	Não
06	Comércio	Empregado	44h/sem.	Sim	Não
07	Indústria	Empregado	44h/sem.	Sim	Sim
08	Indústria	Empregado	44h/sem.	Não	Não
09	Serviços	Terceirizado	40h/sem.	Não	Não
10	Serviços	Terceirizado	44h/sem.	Não	Não

FONTE: O trabalho contemporâneo e suas interfaces com a Saúde do Trabalhador e o Direito Social (2013)

No espaço ocupacional, 05 trabalhadores desenvolviam atividades em empresas industriais, 04 no setor de serviços e 01 no comércio. No tocante às relações de trabalho identificamos a predominância de trabalho com contrato direto pela empresa para 07 trabalhadores e em empresas terceirizadas, 03. Apesar da predominância do trabalho mais estável para aqueles que não vivenciam as relações terceirizadas, temporárias, de tempo parcial, entre outras, nos foi referido à experiência do trabalhador em espaços de trabalhos precários, extenuantes e de longa duração.

Em relação à forma em que se desenvolve o trabalho no espaço produtivo, a pesquisa revelou a intensificação da jornada de trabalho. Desse modo, em termos de sua duração, prevaleceu para 06 pesquisados a carga horária de 44 horas semanais adicionadas com horas extras diárias, seguida de 03 com carga horária de 44 horas semanais sem horas extras e 01 com 40 horas semanais com horas extras diárias. Apenas 03 dos trabalhadores pesquisados recebiam adicionais de insalubridade ou periculosidade antes de se afastar do trabalho.

O prolongamento da jornada de trabalho remete ao espírito “vampiresco” do capital, na análise de Marx (2011) pela sua voracidade por trabalho excedente, que o fortalece desrespeitando os limites físicos e psíquicos do trabalhador e rouba os espaços que devem ser utilizados para o seu crescimento, desenvolvimento e saúde do corpo e, conseqüentemente, promove o desgaste prematuro da força de trabalho.

O valor da força de trabalho compreende o valor das mercadorias necessárias para reproduzir o trabalhador, ou seja, para perpetuar a classe trabalhadora. Se o prolongamento da jornada contra as leis naturais (o qual o capital, necessariamente, quer conseguir, em seu impulso desmedido para expandir seu valor) encurta a vida do trabalhador e, com isso, a duração da força de trabalho, torna-se então necessária a mais rápida substituição dos elementos desgastados (MARX, 2011, p. 307).

Ultrapassar os limites normais de uma jornada de trabalho é um traço da superexploração do trabalhador. Conforme Oliveira (2011), o modo de acumulação capitalista na realidade brasileira historicamente desenvolveu-se atrelado a variáveis endógenas que envolvem o nível político ou as condições políticas do sistema. Em sua condição de país subdesenvolvido, o “moderno” cresce e se alimenta da existência do “atrasado” como uma produção da expansão do capitalismo e reserva de acumulação primitiva do sistema global. (Grifo do autor). Nesse sentido, entendemos que o aumento da jornada de trabalho, nos termos em que ela foi constituída como medidas do Estado para regular o valor da força do trabalho é uma condição para desenvolver nos espaços favoráveis à expansão do capital a superexploração do trabalhador.

Reportando-nos aos trabalhadores da pesquisa, entendemos que, apesar de cumprirem em sua predominância uma carga horária máxima prevista pela legislação brasileira para a jornada de trabalho, são utilizados mecanismos para aumentar a jornada. Nesse caso, apresentou-se o adicional de horas extras combinados com o ambiente precarizado de trabalho, o que eleva as possibilidades dos adoecimentos e acidentes laborais. Mesmo no meio formal, o capital utiliza-se de estratégias para intensificar o trabalho excedente e, assim, tornar o trabalho extenuante, principalmente no desenvolvimento de atividades que exigem maior dispêndio físico e atividades simultâneas³.

Diante das mediações do perfil do trabalhador e dos espaços da produção, as características apresentadas pelos trabalhadores da pesquisa indicaram que o lugar desse trabalhador no processo produtivo quando da diminuição de sua capacidade produtiva pela perda da saúde no trabalho, torna-se de difícil reinserção ao mercado de trabalho. Diante disso, os trabalhadores se inserem num contexto de precarização mais ampla, que envolve as esferas do trabalho, social e econômica e se constituem como aqueles considerados potencialmente inadequados às modernas exigências das empresas capitalistas.

3.2 O afastamento do trabalhador face às dificuldades da reinserção ao mercado de trabalho

A problemática do afastamento do trabalhador no momento de menor capacidade produtiva está diretamente relacionada com a necessidade de reprodução e reparação da perda da saúde para o trabalho.

Nesse sentido, concordamos com a afirmação de Ramos, Tittoni e Nardi (2008, grifo do autor) de que a experiência de afastamento do trabalho é socialmente produzida pela incapacidade produtiva e pela insegurança, e é intensificada pelo aumento das exigências trazidas pela flexibilização do trabalho, pela ameaça do desemprego e pelas dificuldades postas na chamada “*via crucis*” institucional legal que irá demarcar a situação do trabalhador afastado na busca de “fazer valer” seus direitos.

Sobre os trabalhadores que mais vivenciam essa problemática, nos reportamos ao estudo de Vizzacaro-Amaral (2012) quando o autor identifica que, dentre os trabalhadores formalizados, desempregados e precarizados, vem crescendo uma parcela de trabalhadores

³ A flexibilização promovida na legislação brasileira para o trabalho permite a utilização de mecanismos acordados entre patrões e empregados para o prolongamento da jornada de trabalho, como as horas extras, os bancos de horas, venda de parte das férias, entre outras. O que se vê é a formalidade da exploração do trabalhador pelo capital, mediada pelo Estado e consensual com o trabalhador pela sua necessidade de subsistência.

que se situam na linha de contorno que divide esses três segmentos de trabalhadores: os que vivenciam mais intensamente a relação entre trabalho e perda da saúde com a necessidade de reprodução. O autor denomina esses trabalhadores como “*desamparados e negligenciados*” (desamparados, em relação à proteção social e negligenciados pelas empresas em que atuam e pelo Estado). Avançando nessa análise, o autor entende os trabalhadores desamparados e negligenciados como aqueles que, mesmo estando formalizados, após perderem a sua saúde através do trabalho, seja por meios dos acidentes, seja pelas doenças ocupacionais, são afastados de suas atividades laborais e são encaminhados ao benefício previdenciário enquanto tratam da saúde. Desse modo, esses trabalhadores, após um período determinado de tempo de tratamento, veem o seu benefício indeferido ou cessado, ficando numa situação dual: sem condições de retornar ao trabalho por se sentirem incapacitados; porém, sem possibilidade de reprodução quando são banidos do seu direito previdenciário, como também não são aceitos pela empresa empregadora.

Consideramos nesse segmento, a característica principal dos trabalhadores dessa pesquisa, onde encontramos uma problemática recorrente que se processa com o adoecimento ou acidente a partir das condições de trabalho e a falta de respostas para atender as necessidades da sua reprodução, através da política de Previdência Social.

Algumas evidências foram observadas nas falas dos trabalhadores da pesquisa, quando a totalidade dos entrevistados respondeu que o benefício previdenciário ajuda na recuperação, pois os deixam mais tranquilos para fazer o tratamento enquanto garante de alguma forma a sobrevivência; no entanto, também expressam que a instabilidade da concessão do benefício é permanente. De início, o agravo sofrido é mais visível e inquestionável e, assim a dificuldade da concessão é bem menor; porém, a continuidade do benefício para o tratamento é permeada por dificuldades, tanto em relação aos peritos do INSS que programam um período determinado para o tratamento, como por parte dos médicos assistentes, que, muitas vezes, os consideram com condições de voltar ao trabalho.

Contudo, todos os entrevistados expressaram não ter condições de retorno ao trabalho, por motivo de incapacidade parcial para desenvolver suas funções anteriores e serem aceitos pelas empresas; mas, não sentem que suas razões são consideradas por quem faz essa avaliação, conforme o depoimento a seguir:

A empresa acha que o INSS está forçando a volta ao trabalho por já passar mais de 2 anos de afastamento e acha que eu não tenho condições para voltar. Aí, nem a empresa me aceita, nem o INSS quer que eu continue no benefício (Entrevistado 02).

Analizando alguns elementos que se referem à concessão do benefício, consideramos algumas tendências institucionais do INSS para minimizar o chamado déficit orçamentário⁴, como também estabelecer prazos que permitam menor tempo de afastamento do trabalhador relacionado à previsão de um determinado tratamento. Nesse sentido, algumas estratégias são criadas para reduzir o tempo de concessão do benefício ou impor dificuldades para a sua continuidade. A conhecida “alta programada” se materializa como um desses instrumentos e refere-se aquela situação em que o trabalhador segurado tem o seu benefício concedido por uma determinada doença ou tratamento e, nessa ocasião, já é programado o tempo necessário para a cessação do benefício, independentemente das determinações gerais do processo saúde-trabalho.

Conforme Vizzacaro-Amaral (2012), a “alta programada” teve uma metamorfose em suas denominações; mas, continuou atuando na direção de restrição para o direito previdenciário. Inicialmente se chamava Cobertura Previdenciária Estimada – COPES, depois Data de Cessação do Benefício –DCB (nesse caso, era estabelecido o prazo máximo de 180 dias de benefício a depender da gravidade do problema de saúde do trabalhador). Essas medidas do INSS foram modificadas através de orientações internas do Órgão que, em 2006, resultaram na configuração que vem sendo utilizada atualmente, ou seja, mantendo a DCB que pode entender três tipos de decisão médico-pericial: “Tipo 1: Contrária”; “Tipo 2: Data de Cessação do Benefício (DCB)” e “Tipo 3: Data de Comprovação da Incapacidade (DCI)” (VIZZACARO-AMARAL, 2012, p. 78-79).

A partir desse formato, essa normativa possibilitou aos peritos do INSS conceder o benefício por até dois anos, com algumas alterações posteriores que permitiram a esses profissionais estabelecer os prazos que considerem necessários para a concessão, sem a obrigatoriedade de estabelecer um período de tempo limite.

Contudo, as práticas que orientaram as normativas da COPES, como a “alta programada” ainda são muito frequentes para orientação institucional de enfrentamento do déficit previdenciário e, portanto, agravam as dificuldades para a concessão dos benefícios,

⁴ Os argumentos neoliberais afirmam a existência de um “déficit orçamentário” para a Previdência Social que tem suas raízes na desconstrução da concepção da Seguridade Social como Universal e garantida pelo Estado através do financiamento construído na Constituição brasileira de 1988 de forma diversificada para garantir a proteção social para os trabalhadores. Conforme Silva (2012), o que prevalece é um desgaste do formato de financiamento que não cumpre o recomendado na Constituição e que promove uma série de desvios para o financiamento da Seguridade Social, uma gestão administrativa separada por área e os incentivos governamentais para a baixa arrecadação das empresas sobre a receita e o faturamento, como também, diversas formas de renúncias fiscais. Além disso, a desintegração das ações para os direitos relativos à Seguridade Social impõe uma sobrecarga do trabalho no custeio do sistema de financiamento. Para a Previdência, os diversos mecanismos para os desvios dos recursos destinados à universalizar o atendimento, promovem uma predominância do custeio através das contribuições dos trabalhadores e sobre as folhas de salários das empresas.

principalmente em relação a sua duração, à medida que o INSS permite que o perito médico estabeleça os prazos necessários, deixando nas mãos desse profissional a responsabilidade da decisão temporal programada pela orientação de determinado tratamento. Ao mesmo tempo, a Instituição cria os mecanismos para que os segurados encontrem dificuldades para o acesso e precisem buscar a continuidade do benefício através de solicitações de novas perícias, quando não se encontram em condições de retorno ao trabalho.

Analisando essa regulamentação interna, entendemos que ela é estratégica para a contenção dos gastos da Previdência e impõe a busca recorrente do trabalhador para a concessão do benefício, considerando que, de acordo com as normas regulamentadas desde 2006, os segurados são avaliados pericialmente e saem com a data da cessação já estabelecida, independentemente do tempo que foi concedida. Mesmo assim, caso o tempo não seja suficiente para a recuperação, o INSS vai considerar como cessada a data emitida pelo perito na ocasião da avaliação. Desse modo, para que o trabalhador dê continuidade ao seu benefício por não estar em condições de retorno ao trabalho, terá que solicitar nova perícia e aguardar nova avaliação, necessitando levar laudos médicos em curto espaço de tempo, já que a programação dos tratamentos se dá numa lógica de restrição econômica da Instituição.

Além disso, no caso de indeferimento do benefício, a situação ainda é mais restrita para a garantia do direito, posto que, nesse caso, o trabalhador precisa entrar com o processo de recurso administrativo e aguardar nova data de perícia. Ressalte-se que, durante o intervalo de tempo entre a nova perícia e a decisão, o segurado fica sem receber da empresa ou do INSS, ou seja, é negligenciado pelo Estado e pela empresa na qual adoeceu ou se acidentou. Além do que, é culpabilizado por uma situação que não foi por ele criada.

Os médicos do INSS não estão reconhecendo a incapacidade. Sinto muito medo de não conseguir o benefício de volta, pois a empresa não está me aceitando mais (Entrevistado 02).

A empresa me encaminhou para o INSS e ele exige laudos médicos de três em três meses. Já tive o meu benefício cortado duas vezes e a empresa não me aceitou de volta. Fico jogado de um lado para o outro e as pessoas me olham como se eu não quisesse trabalhar e estivesse fazendo “corpo mole” (Entrevistado 08).

Na atual conjuntura, a legislação brasileira para a Política de Seguridade Social vem introduzindo muitas mudanças na estrutura dos segmentos de proteção para a classe trabalhadora que, como já tratamos no capítulo anterior, foram articuladas pelas medidas da agenda neoliberal para atender as exigências do capitalismo mundial. Tais mudanças impactaram particularmente sobre os que mais precisam da proteção social. Desse modo, as

demandas para os benefícios previdenciários se enfrentam com a retração dos direitos da política que tem nas *inovações da regulamentação* sua expressão mais significativa. (Grifos adicionados).

São significativos os depoimentos dos sujeitos pesquisados quando questionados sobre a sua expectativa de retorno ao trabalho quando do término do tratamento de saúde e se considera que ficará apto para continuidade das atividades que desenvolvia antes de se afastar do trabalho.

A empresa não vai querer mais, eles mesmos disseram. Nem eu quero ficar passando humilhação e ouvindo lorotas (Entrevistado 01).

Não gostaria de mudar a minha profissão a essa altura da vida. Não vou saber fazer outra coisa e ganhar o que ganhava (Entrevistado 03).

Não acredito que voltarei. Não tenho estudo, tenho medo do que será daqui pra frente. Não posso mais pegar em peso, não vou conseguir outra função (Entrevistado 04).

Querer eu até quero; mas, não sou eu, eles mesmos não querem mais a gente, é como se eu tivesse bichada, não servisse mais mesmo. Imagine em outros empregos, aí é que não vão querer mesmo (Entrevistada 06).

Talvez em outro trabalho ou outra empresa; mas, não acredito que me deem esta oportunidade depois de tudo isso (Entrevistado 07).

Tenho horror de pensar que poderia passar novamente pelas humilhações que passei nessa empresa antes de me afastar do trabalho. Pra lá eu não volto mais (Entrevistada 08).

A empresa está atualmente em processo de falência, tenho medo de não conseguir outro emprego do jeito que estou agora (Entrevistado 09).

Acho que não vou ficar boa e também não quero ficar mais nessa empresa. Eles deviam eram me recompensar por tudo que tenho passado depois desse problema. Mexe com a vida da gente toda e ainda deixa a gente mendigando um benefício que é direito da gente (Entrevistada 10).

Essas falas expressam o sentimento de insegurança e medo do desemprego para muitos trabalhadores considerados desnecessários ao processo de produção e descartáveis, quando não possuem uma força de trabalho completamente saudável para o processo produtivo. A experiência do afastamento do trabalho é vivenciada pelos trabalhadores dessa pesquisa quase como um desemprego e, assim, a perspectiva da proteção social pela via do benefício previdenciário torna-se a única alternativa de reparação e reprodução, mesmo manifestada por várias dificuldades para a garantia desse direito.

Na teoria social de Marx (1996), o exército industrial de reserva – os desempregados – tem fundamental importância para o funcionamento do modo de produção, pois como parte da lei geral de acumulação capitalista, garante a existência de uma força sobrando que impulsiona

para baixo os salários, reduzindo o capital variável que permite mais sobretrabalho para os que estão no processo produtivo. Dessa forma, o “sobretrabalho da parte ocupada da classe trabalhadora engrossa as fileiras de sua reserva, enquanto, inversamente, a maior pressão que a última exerce sobre a primeira obriga-a ao sobretrabalho e à submissão aos ditames do capital” (MARX, 1996, p. 266).

Nesse processo engenhoso do capital, os trabalhadores que estão sob a tensão e pressão do sobretrabalho, com a exponencial precarização que marca a época do capitalismo contemporâneo, são submetidos ao mais rápido esgotamento de sua força de trabalho que resulta na necessária substituição para o capital. Nessa dinâmica, os trabalhadores menos produtivos, que já não podem oferecer a força de trabalho em condições normais de funcionamento, que dela possa extrair maior lucratividade são expulsos do mercado de trabalho. Em termos gerais, para o capital, absorver esses trabalhadores seria como comprar uma mercadoria com defeito e, dessa forma, eles são introduzidos na superpopulação relativa do processo da lei de acumulação capitalista, reconhecidos como um peso morto para o capital:

Finalmente, o mais profundo sedimento da superpopulação relativa habita a esfera do pauperismo. Abstraindo vagabundos, delinquentes, prostitutas, em suma, o lumpemproletariado propriamente dito, essa camada social consiste em três categorias. Primeiro, os aptos para o trabalho. Segundo, órfãos e crianças indigentes. Eles são candidatos ao exército industrial de reserva e, em tempos de grande prosperidade, são rápida e maciçamente incorporados ao exército ativo de trabalhadores. *Terceiro, degradados e incapacitados para o trabalho. São notadamente indivíduos que sucumbem devido a sua imobilidade, causada pela divisão do trabalho, aqueles que ultrapassam a idade normal de um trabalhador e finalmente as vítimas da indústria, cujo número cresce com a maquinaria perigosa, minas, fábricas químicas etc., isto é, aleijados, doentes, viúvas etc.* (MARX, 1996, p. 273, grifo nosso).

Nesse cenário, a vivência do desemprego para os trabalhadores que não podem voltar ao trabalho em função do agravo à saúde, aparece pela falta de perspectivas de retorno ao trabalho e instabilidade de remuneração nos casos de indeferimento do benefício previdenciário. O resultado mais imediato para os trabalhadores é um aprofundamento do “abandono” pelo Estado e pelas empresas para o seu processo de saúde-trabalho-reprodução.

Para estes trabalhadores, a reinserção no mercado de trabalho deveria ser garantida pela reabilitação profissional. O INSS promove essa reabilitação como um serviço ao segurado que perdeu a sua saúde no trabalho, definindo-a como:

Serviço da Previdência Social que tem o objetivo de oferecer, aos segurados incapacitados para o trabalho (por motivo de doença ou acidente), os meios de reeducação ou readaptação profissional para o seu retorno ao mercado de trabalho. Depois de concluído o processo de reabilitação profissional, a

Previdência Social emitirá certificado indicando a atividade para a qual o trabalhador foi capacitado profissionalmente (BRASIL, 2013).

Entendemos que a reabilitação profissional como um serviço ao segurado não cumpre os objetivos para uma real reinserção do trabalhador ao mercado de trabalho. A execução está relacionada ao atendimento individualizado com o objetivo institucional de recuperar o trabalhador para outra função que seja condizente com a sua capacidade atual; porém, o que assistimos é que não existem políticas concretas, particularmente àquelas vinculadas ao direito ao trabalho, para a reinserção no mercado de trabalho. Também não são integradas as ações de assistência e saúde, as quais, junto às ações governamentais de emprego completariam o ciclo de atenção aos trabalhadores.

Nesse âmbito, cabe aqui ressaltar a desresponsabilização do Estado no sentido de desenvolver políticas sociais e econômicas para a redução dos riscos de doenças e agravos à saúde e de articular os segmentos da seguridade a uma política mais ampla, uma vez que os limites da execução de um serviço assistencial não irá, por si só, garantir a reinserção do trabalhador. Assim, parece-nos que o Programa de Reabilitação tem se tornado um instrumento de retirada do segurado para o acesso ao benefício previdenciário, quando “reabilita-o” para outra função, mas não possui os meios necessários para a resolução de problemas mais estruturais que assegurem ao trabalhador a sua reinserção ao mercado de trabalho.

Em torno das determinações sociais que são produzidas pelas transformações do mundo do trabalho, como a precarização, intensificação e flexibilização e o grande desemprego estrutural, os trabalhadores são habilitados para lidar com uma realidade profissional diferente e permeada pelas contradições do processo produtivo. Dessa forma, a perspectiva da reabilitação profissional, da forma como é conduzida pelo INSS, apesar de promover alguns fatores para a mudança de função da atividade laboral, limita-se a oferecer ao trabalhador uma reabilitação pragmática e instrumental.

Consideramos, também, que as precárias condições de vida que os trabalhadores dessa pesquisa vivenciam e as características do seu perfil para o espaço produtivo, potencializam a dificuldade de adesão para uma reabilitação que possa inseri-lo no mercado de trabalho, quando não correspondem às exigências do novo modelo de produção.

Nessa pesquisa, identificamos que a grande maioria dos entrevistados não participou de programas de reabilitação. Quando perguntamos sobre a sua inserção em algum programa de reabilitação profissional ou de saúde do trabalhador, apenas um tinha sido encaminhado para a reabilitação da Previdência.

Eu passei um tempo na reabilitação [...], mas só aceitei porque o INSS estava forçando senão suspendia o benefício. Mas, quando fui pra empresa eles não me colocaram em outra função; disseram que não tinha vaga para isso. Me devolveram pro INSS (Entrevistado 04).

No tocante às instituições que tratam da saúde do trabalhador, 07 entrevistados informaram que tinha conhecimento delas e 03 desconheciam. Os que tinham conhecimento, já tinham sido encaminhados para atendimento. Destes, 05 foram encaminhados pela empresa ao médico do trabalho da própria empresa e 02 por profissionais de saúde para os Cerest's⁵.

Os limites e dificuldades para o acesso do trabalhador ao tratamento de saúde no SUS e para garantir o direito ao benefício previdenciário levaram esses trabalhadores à procura por direitos individuais para enfrentamento da falta de garantia do seu direito nas outras políticas. Dessa forma, a sua participação nas ações de prevenção, políticas e das resistências coletivas nos espaços dos Cerest's ficou comprometida. O estudo de Lourenço e Bertani, (2010, p. 189), analisa essas contradições:

Em muitos centros de Referência, a reabilitação profissional vem sendo desenvolvida com ênfase para a recuperação física e mental. Em outros, a assistência está integrada em toda a rede SUS, porém, no geral, ainda existem dificuldades relativas ao acesso ao tratamento com determinadas especialidades, bem como a realização de exames mais sofisticados e, ainda, atendimento fisioterápico, psicológico e alternativos como a acupuntura, entre outros. As dificuldades se agravam quando as ações de vigilância são realizadas esporadicamente e sem relação com os demais serviços e, sobretudo, quando a assistência é feita sem vincular o problema da saúde com o trabalho, o que resulta na subnotificação. Isso inviabiliza o conhecimento das reais doenças relacionadas ao trabalho e, como efeito dominó, inviabiliza, também a articulação de ações intersetoriais [...] Mantém-se assim, os agravos à saúde dos trabalhadores como uma problemática de atendimento individual.

Algumas outras características acerca da inserção do trabalhador ao direito previdenciário se apresentaram como relevantes para a discussão do afastamento do trabalhador, o que demonstramos no quadro a seguir:

⁵ Os três trabalhadores que não tinham conhecimento dos programas que tratam da saúde do trabalhador foram orientados por ocasião da entrevista e, encaminhados para o Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital das Clínicas, atualmente denominado de CRESAT. No entanto, devido à desestruturação do espaço físico do Serviço e da falta atual de profissionais médicos, o funcionamento está comprometido, o que ocasionou a falta de resposta para essa demanda. Diante disso, os trabalhadores foram encaminhados formalmente aos Cerest's mais próximos do seu local de moradia.

QUADRO 3 – Condições do Afastamento e Situação Previdenciária

ENTREVISTADO	MOTIVO DO AFASTAMENTO	TIPO DE BENEFÍCIO	TEMPO DE AFASTAMENTO
01	Acidente de trabalho	Auxílio-acidentário	20 meses
02	Acidente de trabalho	Auxílio-acidentário	13 meses
03	Acidente de trabalho	Auxílio-acidentário	12 meses
04	Acidente de trabalho	Auxílio-doença	28 meses
05	Acidente de trabalho	Auxílio-acidentário	22 meses
06	Acidente de trabalho	Auxílio-doença	12 meses
07	Acidente de trabalho	Auxílio-doença	26 meses
08	Doença ocupacional	Auxílio-doença	13 meses
09	Acidente de trabalho	Auxílio-acidentário	25 meses
10	Doença Ocupacional	Auxílio-doença	16 meses

FONTE: O trabalho contemporâneo e suas interfaces com a Saúde do Trabalhador e o Direito Social (2013)

Ao agregar os dados, identificamos que 05 trabalhadores estavam afastados do trabalho no período compreendido entre 09 a 13 meses, 02 entre 19 a 23 meses e 03 por mais de dois anos. Quando perguntados sobre a influência do tempo prolongado de afastamento do trabalho como uma dificuldade para a volta do trabalhador para o mercado de trabalho, as respostas não se mostraram relevantes. Apenas um trabalhador respondeu que esse prolongamento o afastava do convívio com a empresa e os colegas e o deixava distante da possibilidade de retomar ao emprego da mesma forma de antes.

Porém, ao solicitarmos que os trabalhadores indicassem os motivos que eles consideravam mais relevantes para a necessidade da continuidade no benefício, identificamos outras mediações que elencamos como principais, por ordem de frequência de respostas por trabalhador:

- Necessidade de subsistência da família; (10 trabalhadores)
- Não estar recuperado para retornar às atividades profissionais; (10 trabalhadores)
- Não se considerar capaz para conseguir fazer outra função; (06 trabalhadores)
- Perder o emprego e não conseguir outro; (05 trabalhadores)
- As exigências das empresas para o desenvolvimento do trabalho; (03 trabalhadores)
- A falta de sucesso do tratamento. (01 trabalhador)
- Por ser um direito do trabalhador (01 trabalhador)

As respostas dos trabalhadores da pesquisa indicam que eles vivenciam muitas das questões discutidas anteriormente e percebem as consequências imediatas do seu problema. Porém, observamos em suas respostas que a necessidade de atendimento imediato à sua demanda, dificulta as reflexões sobre as tendências de desconstrução dos seus direitos sociais como resultantes das pressões da política macroeconômica e das ações do Estado para contribuir com essa política.

Prosseguindo com os achados da pesquisa, identificamos que o afastamento do trabalho se deu com 08 trabalhadores por ocasião de acidente de trabalho e 02 por doenças ocupacionais; no entanto, destes, apenas 05 foram encaminhados pelas empresas por decorrência da perda da saúde no trabalho; os outros 05 encontram-se em processo de transformação do benefício de auxílio-doença (B-31) para auxílio-acidentário (B-91)⁶, através de processos administrativos e judiciais.

Entendemos que esse fato está incorporado aos mecanismos criados pelo Estado, através da Previdência Social para diminuir o impacto dos gastos e manter a política para a restrição do direito previdenciário, além dos encaminhamentos das empresas que, como já discutimos anteriormente, tendem a mascarar os agravos do trabalho na saúde para minimizar seus gastos com as exigências da política para a saúde dos trabalhadores.

No âmbito médico e da incapacidade, Maeno (2011) afirma que existem dois fatores que também, contribuem para as dificuldades de reconhecimento dos afastamentos causados no processo de trabalho, como a falta de esclarecimentos aos segurados por parte do INSS sobre as medidas administrativas que possam beneficiá-lo, como os pedidos de prorrogação e de reconsideração que podem ser feitos mais de uma vez e a divergência entre os médicos peritos do INSS e os médicos que acompanham assistencialmente os pacientes em relação à avaliação de incapacidade. Estes fatores têm gerado muitos processos judiciais contra o INSS para a garantia dos direitos dos trabalhadores.

Assim, identificamos que a incessante busca dos trabalhadores para o reconhecimento de sua perda da saúde no processo de trabalho é direcionada para um enfrentamento individualizado, que encontra suporte nas formas institucionais de executar a política e nas dificuldades encontradas no processo de atenção à saúde.

Sob essa lógica, o Estado direciona suas ações para a desconstrução dos direitos sociais vinculados ao emprego, permitindo que as empresas mascarem a exploração do trabalhador, ao mesmo tempo em que impõe limites para às políticas de saúde e previdência.

⁶ B-31 é o código do INSS para identificar o tipo de benefício de auxílio-doença que não reconhece o afastamento como doença ou acidente do trabalho e B-91 é o código para auxílio-acidentário que contempla os direitos dos trabalhadores que tiveram agravos à saúde em decorrência do trabalho.

É nesse cenário, que os trabalhadores experimentam a negligência ou desproteção do Estado, que, para mediar esse conflito e compensar a restrição do direito previdenciário, direciona-os para a informalidade, para os programas de Assistência Social ou mesmo para o desemprego, já que a sua condição ocupa, agora, um espaço que não atende aos interesses produtivos do capital.

3.3 Saúde e Previdência Social: limites para a atenção à saúde e ao direito previdenciário

A tendência da desarticulação da Política de Seguridade Social ocupou um espaço determinante nessa pesquisa para o entendimento de como são dadas as respostas para os trabalhadores que estão na condição de tratamento de saúde e de necessidade da proteção do benefício previdenciário.

Pudemos apreender das informações pesquisadas que o trabalhador é levado a buscar, de forma extenuante, os meios para que os seus direitos sejam atendidos. No plano concreto, constatamos que os serviços públicos prestados aos trabalhadores criam dificuldades para o acesso de atenção à saúde e para a garantia dos direitos da Previdência.

Na pesquisa, identificamos que os trabalhadores expressam essas dificuldades das políticas de Saúde e Previdência em responder as suas necessidades:

Fiz uma cirurgia no ano passado, mas não fiquei totalmente bom para trabalhar com peso, me abaixar, melhorei só um pouco de como estava antes. Perdi tempo para me tratar. Esperei 10 meses pra ser chamado pra cirurgia; mas também tinha que fazer fisioterapia e o exame de ressonância magnética que demorou muito para marcar. Ainda mais, tinha dificuldade pra marcar a consulta do médico daqui para pegar o laudo médico e entregar nas datas que o INSS pedia. (Entrevistado 01).

Consegui a consulta aqui muito tempo depois do acidente e o médico disse que o osso consolidou e não precisava fazer a cirurgia; só que ele disse que consolidou do jeito errado, aí eu fiquei prejudicado por isso também. Quando o Hospital da Restauração me mandou pra cá já tinha passado muito tempo e, assim, foi um bocado de dificuldade para a cirurgia ser feita a tempo. Sinto, também, que os médicos acham que eu só quero o atendimento para conseguir o laudo médico e muitas vezes eu não consigo um laudo que tenha tudo o que o INSS quer saber, já que os médicos daqui dizem que isso quem tem que dizer é o perito do INSS. (Entrevistado 04).

Eu espero essa cirurgia desde 2010. Primeiro passou um ano e meio com o aparelho quebrado; quando consertaram, me chamaram para cirurgia; aí, faltou anestesista e a cirurgia foi suspensa duas vezes pelo mesmo motivo. O INSS tá cobrando uma data certa pra poder continuar o benefício, até já pedi um laudo pro médico dizendo isso, porque o INSS pensa que a gente está mentindo, que não quer fazer a cirurgia. Nessa história, a gente é que paga o pato. (Entrevistado 09).

A dificuldade de acesso do trabalhador para a atenção à saúde fica evidente nestes depoimentos e é resultante do desmonte do Sistema Único de Saúde. As dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores para a atenção à saúde são vivenciadas desde a porta de entrada, como no caso das marcações de consultas e se intensifica através dos obstáculos para a resolutividade do tratamento, realização dos exames mais complexos de que depende o tratamento do trabalhador, além dos prazos para elucidação dos diagnósticos e realização dos procedimentos cirúrgicos.

O aparato da rede de saúde pública, na atualidade, vem sendo construído para responder aos interesses da lucratividade do capital, e, assim, os recursos da saúde são destinados para atender as demandas das instituições que já se integraram a lógica dos modelos distintos do SUS.

Podemos constatar essa assertiva com base nos dados apresentados pela Auditoria Cidadã da Dívida (2011), que mostram que, do total do Orçamento Geral da União de 2010, os recursos destinados à saúde foram de 3,91 %, enquanto foram destinados para pagamentos de juros e amortização da dívida pública mais de 44%.

Em recente análise do economista e técnico do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, Ocké-Reis (2012), a expansão do setor privado de saúde não se deu prioritariamente pelas fragilidades das ações no SUS e sim pelos incentivos governamentais no contexto de desfinanciamento do SUS, da crise fiscal do Estado e da ofensiva neoliberal. Ainda assim, esses espaços não se apresentam como alternativas para atender a grande demanda reprimida que se instalou.

Conforme discutimos no capítulo anterior acerca da pressão do Estado para introduzir a lógica gerencial e mercantil no espaço em que se desenvolveu a nossa pesquisa - um hospital universitário - o desmonte se apresenta com mais clareza no momento atual, devido aos motivos já discutidos anteriormente em relação à tentativa de integrar esta instituição à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH. Dessa forma, é necessário para o capital e o Estado, promoverem o desmonte dos serviços para fundamentar a sua argumentação de que os modelos distintos do SUS seriam a solução inevitável para o atendimento de qualidade para a população. De forma concreta, os trabalhadores vivenciam o desmonte da saúde pelas barreiras e dificuldades postas ao atendimento das suas demandas, conforme o relato seguinte.

Estou me tratando do ombro desde o acidente e já fiz muitos exames. Os médicos disseram que eu não vou precisar de cirurgia; por enquanto, só a fisioterapia. Foi muito difícil marcar a primeira consulta; mas as voltas, o próprio médico daqui marca. O problema é que eles me mandaram pra outros médicos e pra fazer mais exames o que leva mais um tempão de espera pra

conseguir. E eles dizem que só pode dar o laudo depois que ver todos os exames e saber o que os outros médicos das outras clínicas acharam do meu caso. O INSS não entende isso. (Entrevistado 02).

A desconstrução da saúde pública brasileira e os entraves para a garantia de direitos dos trabalhadores segurados não são visivelmente percebidos, por parte dos trabalhadores, como resultante do processo contrarreformista do Estado. Assim, as consequências vivenciadas no cotidiano do atendimento são naturalizadas pelos discursos ideológicos que identifica o atendimento público e universal como espaço natural para as dificuldades de acesso.

Os depoimentos dos trabalhadores confirmam essa realidade quando enfrentam uma “via crucis” para conseguir o atendimento na saúde e para a resolatividade das suas demandas para atender aos agravos sofridos no trabalho e garantir, ao mesmo tempo, os prazos solicitados pela previdência para que o seu benefício não seja cessado enquanto realiza o tratamento de saúde.

A desarticulação da política de Seguridade Social é, assim, utilizada para ocultar as contradições da refuncionalização do Estado quando este pressiona para que os seus segmentos sejam reorganizados para atender as demandas do mercado como espaços adequados à lógica do modo de produção e não para responder aos interesses da classe trabalhadora. Dessa forma, a tendência é que os trabalhadores com menor capacidade produtiva pela perda da saúde no trabalho sejam reposicionados para o atendimento do segmento da Seguridade Social que absorva, nessa lógica, o seu nível de força de trabalho, como o da Assistência Social.

3.4 Resistências individuais e garantia de direitos: a culpabilização dos trabalhadores para a necessidade de proteção social

As formas de resistências dos trabalhadores são vivenciadas nas últimas décadas de forma fragmentada, heterogênea e muitas vezes, individualizada, quando são aprofundadas a sua necessidade imediata de sobrevivência e estimulada a concorrência entre os próprios trabalhadores.

As mudanças forjadas com a introdução do modelo de acumulação flexível no Brasil e das medidas da agenda neoliberal, têm levado os trabalhadores a enfrentar a retração dos direitos historicamente construídos e mudanças nas lutas e resistências coletivas.

Conforme discutimos a partir das análises de Alves (2010) e Antunes (2011), essas mudanças vão rebater na desconstrução das políticas sociais e do trabalho, o que gera uma

intensa flexibilidade nos marcos jurídicos e constitucionais; flexibilidade esta, que divide a classe trabalhadora, quebra os coletivos de trabalho e promove uma crise do sindicalismo no Brasil diante de sua posição por estratégias de cariz propositivo para implementar, como elemento estruturante, a negociação e a colaboração. Nesse processo, a tendência é de que a dimensão contraditória dos interesses de classe seja substituída por um discurso “possibilista” que impede a elevação da consciência de classe.

Nesse contexto e na particularidade dessa pesquisa, identificamos que as formas de resistência predominante entre os trabalhadores para afirmar os direitos à saúde do trabalhador são as de caráter individualizado e imediato.

Percebemos, nas falas de alguns trabalhadores, o reconhecimento da necessidade de reparação como garantia de direito. No entanto, prevaleceu o discurso desvinculado da possibilidade de garantir os princípios originários da política como direito do trabalhador. Ao indagarmos como os trabalhadores têm enfrentado a situação de necessidade de continuidade do benefício previdenciário, demonstra-se a reação destes:

Não vou ficar parado, não. Brigo até se for na justiça. Vou atrás dos médicos, do INSS, da empresa, seja o que for...mas, luto pelos meus direitos (Entrevistado 01).

Quando vou pra perícia ou pros médicos fico tenso. Os laudos que eu tenho levado pro INSS estão sendo vistos com outros olhos, como se eu estivesse inventando a doença. Mas, eu, não desisto, não, compareço em todas as perícias e tento não ser cortado (Entrevistado 03).

Neste mês, procurei o Cerest da Prefeitura do Recife, lá na Rua Conde D’eu. Estou tentando resolver por aí (Entrevistado 05).

O INSS tem me cobrado muitos laudos. Mas, eu levo todos que eles pedem, exames, tudo. Às vezes vejo que eles não tem como questionar, mesmo querendo (Entrevistada 08).

A busca pelo direito previdenciário mostrou, através de depoimentos anteriores dos trabalhadores, uma perspectiva de garantia de direitos atrelada à necessidade de reprodução; porém, também organizada em resistências individuais que apenas permitem o confronto entre a utilização da legislação ainda em vigor para responder às suas demandas e as relações de poder em que são identificados os profissionais de saúde que lidam com a questão da assistência à saúde e do acesso ao direito previdenciário.

Percebemos, nas falas dos trabalhadores, um permanente confronto entre eles e os profissionais que detêm o “poder” da análise de suas demandas. Há uma culpabilização recíproca, à medida em que o trabalhador reconhece a Instituição através do profissional que o

atende, e ao mesmo tempo, expressam serem “acusados” pelos profissionais como responsáveis pela situação da perda da saúde no trabalho.

O que predomina, no entanto, é uma “alienação” do processo que produz a hostilidade⁷ entre trabalhadores e os profissionais de saúde, particularmente o médico, cuja intervenção produz, na subjetividade dos trabalhadores, uma condição de baixa-estima e um sentimento de completo descaso.

A empresa mandou eu procurar o médico para me aposentar. Como se fosse fácil, eles nem olham para a cara da gente, já vão perguntando se a gente quer ficar bom ou quer laudo. Queria ver eles no lugar da gente, com dor, com uma situação dessas e com família para sustentar, sendo humilhado depois de tanto tempo de trabalho numa empresa que trata a gente como lixo (Entrevistado 09).

Nesse embate, também é necessário salientar que os profissionais de saúde, como trabalhadores, também vivenciam a precarização do trabalho e as tendências de transferência de responsabilidades pela desarticulação das políticas. Sob essa condição, se assemelham a submissão de pressões por metas de produtividade e de pressão para a reprodução dos discursos ideológicos para servir aos interesses do capital.

Os profissionais médicos que assistem o trabalhador, muitas vezes, estão no atendimento com grande demanda das consultas médicas e procedimentos cirúrgicos, precárias condições de trabalho e situações recorrentes dos trabalhadores para o atendimento de suas demandas, fatores que tornam mais fácil para os profissionais reproduzirem discursos que naturalizam a desigualdade social face à opção de elaborar respostas que contribuam para o enfrentamento mais estrutural da questão.

Em relação aos peritos do INSS, além da precarização de suas condições de trabalho, contribui para essa tensão, a pressão por metas do INSS dentro do contexto de redução dos custos que são articulados para minimizar, sob o ponto de vista institucional, o déficit da previdência. Mas essa questão também não elimina as críticas que fazemos ao “poder médico” e a uma formação instrumental e pragmática que os leva, em algumas situações, a uma intervenção a-crítica que não considera, em sua maioria, as dimensões sociais do processo de afastamento do trabalhador⁸.

⁷ Para Maeno (2011), o INSS tem retraído o ingresso dos trabalhadores por incapacidade e continuidade dos benefícios através de mecanismos criados para diminuir seus custos e, para isso, a utilização da perícia torna-se o ponto central desses mecanismos que tem sido fato gerador de conflitos entre os médicos assistentes e peritos, bem como, dos segurados com os peritos.

⁸ Não estamos fazendo aqui uma crítica generalizada à atuação dos profissionais médicos no trato com as questões da saúde do trabalhador. A experiência profissional nos revela, em muitos casos, a importância desse profissional para contribuir para o atendimento dessas questões, como também, o posicionamento de alguns desses profissionais para impulsionar a luta por melhores condições de saúde e trabalho, apesar de considerar a reprodução dos discursos hegemônicos de muitos profissionais da saúde que não se detém apenas na categoria

O trabalhador que busca o benefício previdenciário é constrangido, muitas vezes, pelos preconceitos naturalizados na sociedade produtiva que os rotulam de preguiçosos, simuladores, aqueles que querem “quebrar” a previdência. A incapacidade dos trabalhadores para o processo produtivo pela perda da saúde no trabalho, pela precarização e pelo desemprego é vista pela sociedade como uma naturalização da desigualdade social:

Essa naturalização, que esvazia a gênese histórica da desigualdade e da diferença, permite a naturalização de todas as formas visíveis e invisíveis de violência, pois estas não são percebidas como tais;” “[...] as leis são necessariamente abstratas e aparecem como inócuas, inúteis ou incompreensíveis, feitas para ser transgredidas e não para ser cumpridas nem, muito menos, transformadas.” “[...] por estar determinada, em sua gênese histórica, pela “cultura senhorial” e estamental que preza a fidalguia e o privilégio e que usa o consumo de luxo como instrumento de demarcação da distância social entre as classes, nossa sociedade tem o fascínio pelos signos de prestígio e de poder, como se depreende do uso de títulos honoríficos sem qualquer relação com a possível pertinência de sua contribuição [...], ou, ainda, como se nota na grande valorização dos diplomas que credenciam atividades não-manuais e no consequente desprezo pelo trabalho manual, com se vê no enorme descaso pelo salário mínimo, nas trapças no cumprimento dos insignificantes direitos trabalhistas existentes e na culpabilização dos desempregados pelo desemprego, repetindo indefinidamente o padrão de comportamento e de ação que operava, desde a Colônia, para a desclassificação dos homens livres e pobres. (CHAUI, 2010, p. 90-92).

Um aspecto que chama muito a atenção nessa discussão é a percepção ou mesmo a verbalização, no meio profissional de saúde, que o trabalhador se utiliza de estratégias para a continuidade do benefício e, nesse sentido, provoca situações que estariam sendo simuladas. Segundo Maeno (2011), a simulação é reconhecida na Classificação Internacional de Doenças (CID-10 atualizada) e tem no código Z76.5 a classificação “pessoa fingindo ser doente – simulação consciente”. Apesar de ser uma classificação que está em meio aos diagnósticos relacionados a um grupo específico denominado “Pessoa em contato com os Serviços de Saúde em Outras Circunstâncias” o que difere de diagnósticos de alterações de saúde, vem se formando uma cultura de reforçar a desconfiança em relação aos trabalhadores que buscam o benefício previdenciário, como também, em torno das questões dos pacientes de transtornos mentais. Sobre isso a autora explica:

Sobre as Diretrizes de Conduta Médico-Pericial em Transtornos Mentais do INSS, em dezembro de 2007, observou-se que o peso dado ao alerta para a possibilidade de simulação de transtornos mentais por parte de segurados foi muito maior que a possibilidade de nexos de causalidade entre alguns transtornos mentais e o trabalho, como previsto no anexo II do Decreto nº 3.048/99. Já naquela época pontuamos que essa ênfase reforçava uma cultura de desconfiança e preconceito em relação aos trabalhadores adoecidos que

dos médicos. Além disso, os profissionais médicos tem importância central nas questões afetas à saúde do trabalhador, nas diversas especialidades da medicina e como atores políticos na construção dessa política.

buscavam a proteção da Previdência Social e os pacientes psiquiátricos em geral. O documento do INSS registrava que a simulação era frequente, sem qualquer estudo que subsidiasse essa informação, o que tendia a agravar a sensação de que o perito estava sempre prestes a ser enganado por algum “mal intencionado (MAENO, 2011, p. 152).

Em um dos relatos apresentados pelos entrevistados, identificamos situação semelhante no trato com um profissional do SUS.

Eu sempre senti dificuldade no atendimento daqui. O ortopedista me encaminhou para a reumatologia e disse que não podia me dá um laudo sobre o meu problema, porque eu não precisava operar. Lá (na reumatologia), passei mais de 6 meses para conseguir a consulta e quando fui atendida, o médico não quis dar o laudo, disse que eu posso trabalhar assim, que eu não tenho nada, que o meu problema é invenção da minha cabeça.

Ao observarmos esses fatos como geradores de conflitos entre os profissionais de saúde e os trabalhadores adoecidos no trabalho, entendemos que existe uma tendência de negação das consequências para a saúde dos trabalhadores, quando a fragmentação da classe trabalhadora permite que os seus diversos segmentos não se reconheçam como trabalhadores em comum que vivenciam de diversas formas e com maior ou menor intensidade os rebatimentos que são impulsionados por uma mesma política macroeconômica.

Sob esse aspecto, a desorganização da classe trabalhadora, da forma como se apresenta nesse estágio de desenvolvimento do capital e do novo papel do Estado, não favorece as lutas de classe para os enfrentamentos necessários que possam combater as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores, como parte de uma luta mais geral.

Assim, as transformações que precarizam o trabalho, que retiram recursos das políticas sociais, que desmontam o sistema de proteção social, somadas às inovações na legislação que dificultam o acesso ao seguro da Previdência Social parecem se colocar como grandes entraves à garantia dos direitos dos trabalhadores. Contraditoriamente, podem indicar uma agenda de lutas para o enfrentamento dessas questões e a retomada da organização dos trabalhadores.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer desta dissertação procuramos analisar as determinações sociais do afastamento do trabalhador que, em decorrência da forma como se organiza e se consome a força de trabalho sob o capitalismo, compromete a sua saúde e não encontra respostas, por parte do Estado e das instituições governamentais responsáveis pela atenção à saúde, no sentido de sua recuperação e posterior inserção no mercado de trabalho.

Na análise empreendida trabalhamos com o suposto de que a proteção social que, em tese, asseguraria direitos aos usuários que recorrem aos programas incluídos no âmbito da seguridade social, está longe de assegurar tais direitos, em face das profundas transformações que vem sendo observadas em nível mundial, as quais reconfiguram o papel do estado, que passa a ser um suporte fundamental para ampliar os níveis de acumulação capitalista.

Nesse contexto, as empresas capitalistas aprofundam a exploração sobre o trabalho, flexibilizando e desregulamentando as relações trabalhistas, potencializando o desgaste do trabalhador como uma das principais estratégias para expandir seus lucros e rentabilidade. Todavia, as iniciativas para aumentar a produtividade do trabalho incidem sobre as condições de reprodução física do trabalhador, resultando em consequências graves para a sua manutenção no espaço da produção.

Tomamos como mediações para nossa análise a reorganização do desenvolvimento do capitalismo, em nível mundial, que articula elementos econômicos e políticos para manter a sua expansão e vitalidade. Dessa forma, as instituições públicas também passam a incorporar, nos seus processos e orientações normativas, os elementos da lógica gerencial e produtivista que caracterizam as empresas privadas. Assim, criam-se as condições para a mercantilização dos serviços públicos e para a descaracterização dos princípios de universalidade que orientaram as lutas sociais tanto nos países centrais como naqueles de desenvolvimento tardio.

No Brasil, a ofensiva do capital sobre os direitos sociais tem suas raízes no projeto contrarreformista do Estado levado a cabo pelos setores dominantes para atender às necessidades do capital em função da crise que se instalou de forma planetária e, a partir desse processo, investiu na disseminação dos ajustes e medidas que redefiniram o conceito, as condições de acesso, as formas de financiamento, a cobertura, a abrangência e o público-alvo dessa política. Portanto, mudanças no âmbito da produção e do Estado implicaram no redesenho da Política de Seguridade Social no Brasil, forjando uma regressão dos direitos dos trabalhadores para a sua proteção social.

Com isso, o capital e o Estado passam a ver a saúde e a previdência como áreas de investimento e lucratividade do capital.

A nossa pesquisa foi orientada no sentido de identificar as determinações sociais presentes na realidade vivenciada pelos trabalhadores, e nessa articulação, apontou um aprofundamento das consequências geradas pelas contradições em torno do trabalho, da saúde e de sua reprodução. Em termos gerais, é possível afirmar que as determinações sociais estão atreladas às mudanças produzidas a partir da reestruturação produtiva do capital e suas inovações para as novas exigências que permitem expandir o sistema no cenário da crise mundial.

A partir daí, a pesquisa mostrou que as dificuldades de reinserção dos trabalhadores ao mundo produtivo quando perdem a sua saúde no trabalho estão intimamente relacionadas com a nova configuração do trabalho na contemporaneidade: flexibilidade, precariedade, superexploração e desregulamentação das relações de trabalho são aspectos que deixam os trabalhadores mais vulneráveis sob o ponto de vista objetivo e subjetivo e distantes do mercado, porque agora, suas condições físicas impedem seu retorno ao mundo do trabalho e a sua sociabilidade.

Podemos identificar que o discurso dos trabalhadores nos indicou que, nos antigos locais de trabalho, estavam expostos a uma condição de superexploração e precarização do trabalho e as funções que exerciam implicavam em um grande desgaste físico, riscos e agravos à saúde.

Eles vivenciaram, de diversas maneiras, a precarização do trabalho em concomitância com a intensificação da jornada de trabalho e o seu aproveitamento para a execução de trabalhos simples e propícios a um maior dispêndio físico e de atividades simultâneas. Essa realidade revelou que as formas mais degradantes e extenuantes para o trabalho são utilizadas pelo capital para viabilizar as suas necessidades de desenvolvimento num cenário de profundas inovações tecnológicas, organizacionais e subjetivas. Nesse contexto, os trabalhadores de potencialidades consideradas desqualificadas para atender as demandas atuais podem, diante das circunstâncias, serem facilmente substituídos e descartados.

Dessa forma, o desgaste da força de trabalho somado às novas formas de expropriação do trabalho excedente constituem as bases para a superexploração do trabalhador⁹ e, nessa dinâmica, o seu descarte é materializado pela diminuição de sua capacidade produtiva.

⁹ A superexploração do trabalhador envolve aqui, como prioridade, o desgaste da força de trabalho psicofísica desenvolvida nos espaços de prolongamento da jornada e intensificação do trabalho, mediante a reconfiguração de formas de trabalho e exigências para a classe trabalhadora na realidade de subordinação do Brasil ao capitalismo mundial.

Estes trabalhadores são sabedores de que a diminuição da sua capacidade produtiva não lhes permite mais, no atual contexto, um retorno ao mercado de trabalho em razão das novas exigências do processo produtivo. Resta-lhes, agora, a alternativa do benefício previdenciário e a proteção do Estado para que possam atender suas necessidades de subsistência e de reprodução.

A proteção social que, em tese, daria respostas a essa problemática, não é sustentada no campo do direito social, considerando que as limitações para a sua efetivação foram expressas nas falas dos trabalhadores. Assim, devido às suas necessidades imediatas, a sua relação com o direito previdenciário se apresentou, por excelência, atrelada à necessidade de reprodução.

O que nos foi revelado é que a Seguridade Social vem paulatinamente se convertendo em instrumento do Estado para atender às exigências macroeconômicas. Nesse sentido, a previdência e a saúde são áreas estratégicas de mercantilização e lucratividade. São exemplos disso a introdução dos hospitais universitários para compor modelos distintos do Sistema Único de Saúde, ampliação dos planos de saúde privados, inclusive para os pobres e a expansão dos planos privados de previdência.

Nessa lógica, dificilmente os trabalhadores podem assegurar seus direitos, ainda mais quando encontram os serviços de saúde e previdência completamente desmontados, do ponto de vista da integralidade do atendimento. Também não se vislumbra qualquer alternativa pela via da construção de políticas de emprego, muito embora a Política Nacional de Saúde do Trabalhador preceitue a implementação de ações integradas da saúde, previdência e trabalho. Tais alternativas, longe de serem asseguradas pelo Estado colocam o trabalhador na condição de desprotegido. A tendência é a de que estes trabalhadores encontrem no âmbito da assistência a única possibilidade de terem algum tipo de proteção.

Percebemos, com essas mediações, que o processo de transferência de responsabilidades nos segmentos da saúde e da previdência impede a possibilidade de respostas efetivas para atender as demandas dos trabalhadores adoecidos no trabalho, quando são impostos limites para a efetivação do tratamento de saúde ao mesmo tempo em que se impõem dificuldades para a garantia do direito previdenciário.

Nesse mesmo movimento, o campo da Saúde do Trabalhador vem formulando alternativas de enfrentamento contra os agravos na saúde e nas condições de trabalho. A instituição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no ano de 2012 e a expectativa de sua efetivação revelam as possibilidades de proporcionar a execução de políticas públicas que respondam às necessidades da classe trabalhadora. Entendemos que

esse avanço se dá em torno de grandes embates e contradições, à medida em que a posição do Estado como autorreprodutor da lógica da desigualdade social confronta-se com resistências por parte das representações dos trabalhadores.

Na particularidade estudada, encontramos uma grande dificuldade dos trabalhadores em se reconhecerem como produtores dos espaços de articulação política, onde as demandas pela saúde e reprodução são tratadas de forma individualizada e focalizada, numa visível fragmentação de classe. Dessa forma, os trabalhadores isolados, tendem à submissão do apelo às resistências individuais, quando não encontram espaços de resistências coletivas impulsionadores para um enfrentamento mais estrutural das questões para minimizar os agravos à saúde no trabalho e da desconstrução dos direitos sociais.

Os trabalhadores da nossa pesquisa expressam vivenciar o processo de culpabilização pela sua necessidade de tutela quando buscam o direito de forma extenuante e isolada, resultando na experiência do constrangimento, sofrimento e abandono por parte do Estado e das empresas.

A problemática desse estudo deixa algumas reflexões e sínteses em torno da realidade como contribuição para os enfrentamentos necessários à desconstrução do trabalho e das políticas sociais. Obviamente, sem a pretensão de esgotar uma temática tão ampla e contraditória. As múltiplas determinações apreendidas ao longo do estudo nos mostraram que a desestruturação da proteção social no Brasil é parte de um movimento mais amplo que se consolida a passos largos e que as classes dominantes da sociedade brasileira, inseridas nos aparelhos do Estado, ao reafirmar o seu caráter conservador e contrarreformista não têm qualquer constrangimento em contribuir para aprofundar o processo de adoecimento e morte dos trabalhadores, negando-lhes o direito à saúde, à proteção social e ao trabalho.

Por parte dos trabalhadores, as resistências individuais aparecem, neste estudo, como alternativa de enfrentamento às suas demandas. Contudo, no ambiente de desconstrução dos direitos sociais, estas resistências não conseguem ser politizadas a ponto de tensionar o Estado no que se refere à formulação de políticas mais amplas e efetivas.

Dessa forma, entendemos que a saúde e a previdência social, ao se apresentar como novos espaços de criação de valor para o capital contribuem para a desconstrução da universalidade dos direitos.

Identificamos, assim, uma tendência de retrocesso social, quando se reafirma a ideia da lógica não universal das políticas. Para os trabalhadores pobres, desempregados e de menor capacidade produtiva resta a política de Assistência Social para responder, embora de forma limitada e focalizada, as suas demandas.

Essas tendências, como resultante das contradições estruturais da sociedade, apoiadas pelo Estado, diversificam e intensificam as expressões da questão social e incidem nas possibilidades de tomada de consciência coletiva dos trabalhadores sobre a sua situação social, contribuindo para a permanência da alienação da sua condição sócio-histórica.

Diante dessas considerações, percebemos que o horizonte para o enfrentamento dessas contradições pressupõe a necessidade de construir e fortalecer espaços de articulação política vinculados à defesa da saúde do trabalhador, buscando, incessantemente, compreender a problemática em seus fundamentos, enquanto práticas político-pedagógicas de prevenção, vigilância e de resistência coletiva dos trabalhadores para assegurar o direito universal à saúde, ao trabalho e à proteção social.

Diante disso, torna-se imperativo a renovação da luta de classes dos trabalhadores organizados como alternativa real para o embate necessário às fraturas que o capitalismo contemporâneo promove no sentido de desconstrução do trabalho, que tem sido a principal estratégia do capital em busca de sua expansão e vitalidade. Vimos que esta desconstrução tem sido mediada pelo Estado no âmbito da proteção social e que as instituições que respondem pelas necessidades de atenção à saúde dos trabalhadores são reconfiguradas e incorporam uma nova lógica de atendimento, prevalecendo às ações de caráter técnico e legalista, sem que sejam considerados os aspectos sociais relatados pelos trabalhadores no seu processo de adoecimento.

Finalizamos nossa investigação com a pretensão de que este estudo possa fomentar as reflexões sobre a relação saúde/trabalho/proteção social e contribuir para o entendimento da problemática que nos foi apresentada como um problema de pesquisa, que é parte de uma totalidade social e que implica no conhecimento dos mecanismos do Estado e da sua intervenção, bem como exige a crítica permanente da política. Com estes subsídios, espera-se que os profissionais, particularmente os de Serviço Social, que atuam no espaço sócio-ocupacional estudado, tenham melhores instrumentais práticos e analíticos para tratar as demandas que lhes são apresentadas.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, M. O trabalho do assistente social nas organizações privadas não lucrativas. In: **SERVIÇO Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: Conselho Federal de Assistentes Sociais, 2009. Unidade IV, p. 450-477.
- ALVES, G. A “captura” da subjetividade: nexos psicofísico e novo panoptismo. In: _____. **Trabalho e subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório**. São Paulo: Boitempo, 2011. Cap. 5, p. 111-126.
- ALVES, G. A degradação da pessoa humana – notas críticas sobre a barbárie social e a precarização do homem-que-trabalha. In: ALVES, G.; VIZZACCARO-AMARAL, A. L.; MOTA, D. P. **Trabalho e estranhamento: saúde e precarização do homem-que-trabalha**. São Paulo: LTR, 2012. Cap. 1, p. 25-43.
- ALVES, G. **O novo (e precário) mundo do trabalho: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo**. São Paulo: Boitempo, 2010.
- ANTUNES, R. A nova morfologia do trabalho e o desenho multifacetado das ações coletivas. In: _____. **O Caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2005. Cap. 3, p. 47-57.
- ANTUNES, R. A nova morfologia do trabalho e suas principais tendências. In: _____. (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II**. São Paulo: Boitempo, 2013. Parte I, p. 13-28.
- ANTUNES, R. **O continente do labor**. São Paulo: Boitempo, 2011. Cap. 1, 175 p.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2009. 287 p.
- BARRETO, M. ; HELOANI, J. R. M. Da violência moral no trabalho à rota das doenças e morte por suicídio. In: ALVES, G. ; VIZZACCARO-AMARAL, A. L. ; MOTA, D. P. **Trabalho e saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no Século XXI**. São Paulo: LTR, 2011. Cap. 5, p. 173-184.
- BARRETO, M. O mundo do trabalho contemporâneo e a saúde do homem-que-trabalha. In: ALVES, G.; VIZZACCARO-AMARAL, A. L.; MOTA, D. P. (Orgs.). **Trabalho e estranhamento: saúde e precarização do homem-que-trabalha**. São Paulo: LTR, 2012. Cap. 5, Seção 2, p. 112-124.
- BEHRING, E. R. ; BOSCHETTI, I. Keynesianismo-fordismo e a generalização da política social In: _____. **Política social: fundamentos e história**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008. Cap. 3, p. 82-111.
- BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008. 304p.
- BEHRING, E. R. Política social no contexto da crise capitalista. In: **SERVIÇO Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: Conselho Federal de Assistentes Sociais, 2009. Unidade III, p. 302-302.

BEHRING, E. R. Trabalho e Seguridade Social: o neoconservadorismo nas políticas sociais. In: BEHRING, E. R. ; ALMEIDA, M. H. T. de. (Orgs.). **Trabalho e Seguridade Social: percursos e dilemas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Cortez, 2010. p. 152-173.

BOSCHETTI, I. Produção e reprodução da vida social: a política da seguridade social no Brasil. In: **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: Conselho Federal de Assistentes Sociais, 2009. p. 324-338.

BOSCHETTI, I. A seguridade social na América Latina. In: BOSCHETTI et al. **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009. Cap. 8, p. 174-195.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.142 de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília-DF, 1990.

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência e dá outras providências a contratação de portadores de necessidades especiais, Brasília-DF, 24 jul. 1991.

BRASIL. Lei nº 12.550/11. Cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Brasília-DF.

BRASIL. Lei nº 11.430/2006. Introduz o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP. Brasília-DF, 2006.

BRASIL. Lei nº 9.637, de 1998. Dispõe sobre as organizações sociais e o Programa Nacional de Publicização, Brasília-DF, 1998.

BRASIL. Lei nº 9.790 de 1999. Cria as organizações da sociedade civil de interesse público. Brasília-DF, 1999.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde de nº 8080 de 1990. Criação do SUS, Brasília-DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Reabilitação profissional**. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=149>>. Acesso em: 28 ago. 2013.

BRASIL. Portaria nº 1823, de 23 de agosto de 2012. Institui a política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora. Brasília-DF, 23 ago. 2012.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. Política de saúde no Governo Lula. In: BRAVO et al. (Org). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e a agenda para a saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008. p. 17-21.

CHAUÍ, M. **Brasil: mito fundador e sociedade autoritária**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010. 103 p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 2, 2002, Brasília, **Relatório final da....** Brasília-DF, 2002.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 3, 2005. Brasília-DF.

CORREIA, M. V. C. Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS? In: BRAVO, M. I. S. ; MENEZES, J. S. B. de. (Orgs.). **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufjrj-SSind, setembro/2011. p. 43-49.

DRUCK, G. A precarização social do trabalho no Brasil. In: ANTUNES, R. (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II**. São Paulo: Boitempo, 2013. Parte I, p. 55-74.

ENGELS, F. ; MARX, K. **O Manifesto do Partido Comunista**. Petrópolis-RJ: Vozes, 2011. 159 p.

ENGELS, Friedrich. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Boitempo, 2010. p. 69-70.

GAZE, R.; LEÃO, L. H. da C.; VASCONCELLOS, L. F. de. Os movimentos de luta dos trabalhadores pela saúde. In: VASCONCELLOS, L. F. de; OLIVEIRA, M. H. B. de (Orgs.). **Saúde, trabalho e direitos**: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011. p. 259-345.

GRANEMANN, S. Entrevista ao Jornal da Associação dos Docentes da Universidade Federal Fluminense -ADUFF/SSind de 15/11/2012. “Sara Granemann analisa e denuncia a privatização dos hospitais universitários”. Rio de Janeiro, Nov./2012. Seção Sindical.

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: projeto de estado do capital. In: BRAVO et. al. (Orgs.). **Política de saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e a agenda para a saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufjrj-SSind, 2008. p. 36-29.

GUIMARÃES, J. R. S. **Perfil do trabalho decente no Brasil**: um olhar sobre as unidades da Federação. Brasília: OIT, 2012. 400 p.

HARVEY, D. A transformação político-econômica do capitalismo do final do século XX: do Fordismo à acumulação flexível. In:_____. **Condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Loyola, 1993. Cap. 2, p. 135-162.

IAMAMOTO, M. Estado, classes trabalhadoras e política social no Brasil. In: BOSCHETTI et al. **Política social no capitalismo**: tendências contemporâneas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009. Cap. I, p. 13-43.

IAMAMOTO, M. **Serviço social em tempo de capital fetiche** : capital financeiro, trabalho e questão social. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010. 495 p.

LACAZ, F. A. de C.; FLORIO, S. M. R. Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde na virada do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, 2008.

LACAZ, F. A. de C. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13 (supl. 2), 1997.

LARA, R. ; CANOAS, J. W. Trabalho, envelhecimento e desemprego. In: LOURENÇO, E. et al. **O avesso do trabalho II**: trabalho, precarização e saúde do trabalhador. São Paulo: Expressão popular, 2010. Cap. 6, p. 137-157.

LOURENÇO, E. Â. de S.; BERTANI, I. F. Invisibilidade social das doenças relacionadas ao trabalho: desafios para a reabilitação profissional. In: LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza et al. (Orgs.). **Tralho, saúde e serviço social**: textos apresentados no VII Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca e V Seminário O Trabalho em debate. Curitiba: CVR, 2010. Cap. 18, Parte 3, p. 187-204.

MAENO, M. Ser médico. In: ALVES, G. ; VIZZACCARO-AMARAL, A. L. ; MOTA, D. P. (Orgs.). **Trabalho e saúde**: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no século XXI. São Paulo: LTR, 2011. Cap. 4, Seção 2, p. 127-160.

MARANHÃO, C. H. Acumulação, trabalho e superpopulação: crítica ao conceito de exclusão social. In: MOTA, A. E. **O mito da assistência social**: ensaios sobre Estado, política e sociedade. São Paulo: Cortez, 2008. Cap. 1, p. 93-129.

MARINI, Ruy Mauro. As razões do neodesenvolvimentismo. In: SADER, Emir (Org.). **Dialética da dependência**. Petrópolis: Vozes, 2000.

MARX, K. A lei geral da acumulação capitalista. In: _____. **O capital**: crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultural, 1996. Livro 1, Tomo 2, Col. Os economistas.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. 2.ed. São Paulo: Marin Claret, 2011.

MARX, K. O processo de produção do capital. In: _____. **O capital**: crítica da economia política.. 29. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. Livro 1, v.1.

MATTA et al. Legislação previdenciária e seus significados: reparação irreparável da saúde perdida: capitalismo e modelos de bem-estar social. In: VASCONCELLOS, L. C. F. de; OLIVEIRA, M. H. B. de (Orgs.). **Saúde, trabalho e direitos**: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011. p. 169-170.

MENDES, J. M. R.; WÜNSCH, D. S.. Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. **Serviço Social & sociedade**: condições de trabalho - saúde, São Paulo, n. 107, p.461-481, jul. 2011. Trimestral.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 57.

MOTA, A. E. A centralidade da assistência social na Seguridade Social brasileira nos anos 2000. In: MOTA, A. E. **O mito da assistência social**: ensaios sobre Estado, política e sociedade. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2008. Cap. 1, p. 133-177.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008. 248p.

MOTA, A. E; AMARAL, A. S. do. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e serviço social. In: MOTA, A. E. **A nova fábrica de consensos**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2008. Cap. 1, p. 25-25.

NOGUEIRA, C. M. A feminização no mundo do trabalho: entre a emancipação e a precarização. In: ANTUNES, R.; SILVA, M. A. M. (Orgs.). **O avesso do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 199-234.

OLIVAR, M. S. P. O campo político da saúde do trabalhador e o serviço social. **Serviço Social & Sociedade**: serviço social e saúde: múltiplas dimensões, São Paulo, n. 102, p.114-138, jun. 2010. Trimestral.

OLIVEIRA, F. de. **Crítica à razão dualista**: o ornitorrinco. São Paulo: Boitempo, 2011. 150 p.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Relatório de tendências globais de emprego**, 2012.

PAULO NETTO, J.; BRAZ, M. Trabalho, sociedade e valor: a crise do feudalismo e a revolução burguesa. In: PAULO NETTO, J.; BRAZ, M. **Economia política**: uma introdução crítica. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008. Cap. 1, p. 75-75.

PENA, P. G. L.; GOMES, A. R. A exploração do corpo no trabalho ao longo da história. In: VASCONCELLOS, L. F. de; OLIVEIRA, M. H. a B. de. (Orgs.). **Saúde, trabalho e direitos**: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011. p. 85-123.

PEREIRA, L. C. B. **A reforma do Estado nos anos 90**: lógica e mecanismos de controle. Brasília: Cadernos MARE da reforma do Estado, 1997. v.1, p.7.

PINTO, G. A. **A organização do trabalho no século 20**: taylorismo, fordismo e toyotismo. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010. 88 p.

POCHMANN, M. Apresentação. In:_____. **Nova classe média?** o trabalho na base da pirâmide social brasileira. São Paulo: Boitempo, 2012. p. 7-11.

RAMOS, M. Z.; TITTONI, J.; NARDI, H. C. A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. **Cadernos de Psicologia Social Trabalho**, Rio Grande do Sul, v. 11. n. 2, p. 209-221, 2008.

REZENDE, C. A. P. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO et al. (Orgs.). **Política de saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e a agenda para a saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008. p. 25-35.

SALVADOR, L.; PAULO FILHO, O. Higiene física e mental - a efetividade das leis da infelizmente como instrumento de dignificação do trabalhador: mens sana in corpore sano. In: ALVES, Giovanni; VIZZACCARO-AMARAL, A. L. ; MOTA, D. P. **Trabalho e saúde**: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no século XXI. São Paulo: LTR, 2011. Cap. 8, p. 201-217.

SENNA, M. de C. M. ; MONNERAT, G. L. O setor saúde e os desafios à construção da seguridade social brasileira. In: BEHRING, E. R.; ALMEIDA, M. H. T. de. (Orgs.). **Trabalho e seguridade social**: percursos e dilemas. 2. ed. Rio de Janeiro: Cortez, p. 193-213. SILVA, M. L. L. da. **Previdência social no Brasil**: (des)estruturação do trabalho e condições para sua universalização. São Paulo: Cortez, 2012. p. 1-60.

SIMIONATTO, I. Sociedade civil e lutas sociais na América Latina: entre a harmonização das classes e as estratégias de resistência. In: BOSCHETTI, I. (Org.). **Capitalismo em crise: política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010. Cap. 7, p. 152-181.

SIMÕES, C. A seguridade na Constituição Federal: a previdência social. In: _____. **Curso de Direito do Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 149-149.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS de hoje**: impactos e demandas ao Serviço Social. Tese (Doutorado em Serviço Social). Departamento de Pós-Graduação em Serviço Social, UFPE, Recife, 2010.

TAMBELLINI, A. M. T.; SCHÜTZ, G. E. Contribuição para o debate do Cebes sobre a "Determinação Social da Saúde: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde". **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 371-379, dez. 2009.

TEIXEIRA, S. F. et al. (Org.). **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. 3.ed. Rio de Janeiro: Cortez, 2006.

TONET, I. Expressões socioculturais da crise capitalista na atualidade. In: **SERVIÇO Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: Conselho Federal de Assistentes Sociais, 2009. Unidade I, p. 107-107.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. Hospital das Clínicas. **O hospital**. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/hc>>. Acesso em: 22 ago. de 2012.

VASCONCELLOS, L. C. F. de; RIBEIRO, F. S. N. A construção e a institucionalização da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. In: VASCONCELLOS, L. C. F. de; OLIVEIRA, M. H. B. de (Orgs.). **Saúde, trabalho e Direito**: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: EDUCAM, 2011. Cap. 9, p. 423-451.

VASCONCELLOS, L. C. F. de; RIBEIRO, F. S. N. Entre a saúde ocupacional e a saúde do trabalhador: as coisas nos seus lugares. In: VASCONCELLOS, L. C. F. de; OLIVEIRA, M. H. B. de (Orgs.). **saúde, trabalho e Direito**: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: EDUCAM, 2011. Cap. 9, p. 401-422.

VIANNA, M. L. T. W. Reforma do Estado e política social: notas à margem do tema. In: BEHRING, E. R. ; ALMEIDA, M. H. T. de. (Orgs). **Trabalho e Seguridade Social**: percursos e dilemas. 2. ed. Rio de Janeiro: Cortez, p. 141-151.

VIZZACCARO-AMARAL, A. L. Da polissemia conceptual à crise categorial do desemprego: novas formas de estranhamento no capitalismo do século XXI. In: ALVES, G.; VIZZACCARO-AMARAL, A. L.; MOTA, D. P. **Trabalho e saúde**: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no século XXI. São Paulo: LTR, 2011. Cap. 2, p. 56-83.

VIZZACCARO-AMARAL, A. L. Trabalho, saúde e estranhamento na primeira década do século XXI. In: ALVES, G.; VIZZACCARO-AMARAL, A. L.; MOTA, D. P. (Orgs.). **Trabalho e saúde**: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no século XXI. São Paulo: LTR, 2011. Cap. 3, Seção 1, p. 68-86.

SITES RECOMENDADOS

BENEFÍCIOS da previdência social; estatística; Plano plurianual. Disponível em: <<http://www.mpas.gov.br>> Acesso em: 18 abr. de 2013.

NÚMEROS da dívida. Disponível em: <<http://www.auditoriacidada.gov.br>> Acesso em: 22 ago. de 2013.

O SUS financiando o privado. Revista em Debate. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br>> Acesso em: 10 ago. de 2013.

O SUS financiando o privado. Disponível em: <<http://www.canalfiocruz.br>> Acesso em: 21 ago. de 2013.