



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS**  
**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU***

**PPSS** PROGRAMA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO  
**2299** MESTRADO EM  
SERVIÇO SOCIAL

**MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**SAÚDE DO TRABALHADOR E A GARANTIA DO ACESSO AOS  
DIREITOS SOCIAIS: ACIDENTES E DOENÇAS RELACIONADAS AO  
TRABALHO NA PREVIDÊNCIA SOCIAL EM GOIÂNIA, 2009-2012**

MARIA LÚCIA DE BRITO

GOIÂNIA

2013

MARIA LÚCIA DE BRITO

**SAÚDE DO TRABALHADOR E A GARANTIA DO ACESSO AOS  
DIREITOS SOCIAIS: ACIDENTES E DOENÇAS RELACIONADAS AO  
TRABALHO NA PREVIDÊNCIA SOCIAL EM GOIÂNIA, 2009-2012**

Dissertação apresentada ao Programa de  
Mestrado em Serviço Social da Pontifícia  
Universidade Católica Goiás como requisito  
parcial para obtenção do título de mestre  
em Serviço Social

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria Conceição S.  
Padial Machado

Goiânia  
2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Biblioteca Atena/Campus Inhumas-IFG

B862 Brito, Maria Lúcia de  
Saúde do trabalhador e a garantia do acesso aos direitos sociais: acidentes e doenças relacionadas ao trabalho na previdência Social em Goiânia, 2009-2012 [manuscrito] / Maria Lúcia de Brito. -- Goiânia, 2013  
136 f.: Il. Grafts.

Bibliografia.  
Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Serviço Social, 2013.

“Orientadora: Profa. Dra. Maria Conceição S. Padial Machado”.

1. Saúde do trabalhador – Direitos Sociais. 2. Previdência Social – Goiânia-GO. 3. Machado, Maria Conceição S. Padial.  
I. Título.

CDD 361.25

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

MARIA LÚCIA DE BRITO

DISSERTAÇÃO de Mestrado pelo Programa de Pós Graduação (Stricto Sensu) em Serviço Social Defendida em 27 de maio de 2013.

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Dra. Maria Conceição Sarmiento Padial Machado - Presidente

---

Dra. Gláucia Lelis Alves - Membro UFRJ

---

Dra. Sandra de Faria - Membro PUC Goiás

---

Dra. Maria José Pereira Rocha - Suplente PUC Goiás

À meu querido e amado filho, João Pedro de Brito Mendes, fonte permanente de amor sem limite, inspiração, esperança e fé. E ao companheiro, Wilson Afonso Mendes pelo apoio e carinho.

## AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho representa a superação de vários desafios enfrentados durante a trajetória percorrida, desde o processo seletivo para o curso de Mestrado em Serviço Social até a construção da última palavra desta dissertação.

O apoio de pessoas queridas foi fundamental para a continuação nessa caminhada, em busca do conhecimento, instrumento relevante para crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

Os obstáculos foram muitos, mas o desejo e a vontade de seguir em frente foram maiores. A sombra da dúvida e do desânimo não teve forças para fazer a volta do caminho e a desistência dos objetivos traçados.

O conhecimento abre horizontes, amplia a visão sobre o mundo e possibilita a transformação do ser humano.

Deste modo, agradeço primeiramente a Deus, que é o próprio conhecimento e sabedoria.

À meus pais, João Pereira de Brito e Joaquina Pereira de Brito, que, apesar de terem sido privados de percorrer os caminhos da educação formal, tiveram sabedoria para mostrar o significado do conhecimento intelectual na vida do ser humano.

Às minhas amigas queridas, pelo apoio e motivação para seguir nessa caminhada desafiante: Lilian Cristina, Maria Lúcia Neves, Malba Honorato, Regina Spotto e à Selma Maria, pela amizade sincera, pelo incentivo e pelas palavras de conforto nos momentos difíceis.

À Neimy Batista, amiga querida de todas às horas. Assistente Social dedicada, ética e comprometida com a defesa da profissão e dos direitos do cidadão.

À Regina Amaral e à Maria Alvina, por viabilizarem as condições necessárias para participação no curso.

À equipe de atendimento da Gerência Executiva do INSS em Goiânia e, em especial o colega de trabalho, Osvaldo, pela paciência e disponibilidade em colaborar na realização da coleta dos dados da pesquisa.

Aos colegas do curso de mestrado, Maria Luíza, Elenilza, Nazaré e Olinto, pelo carinho e amizade.

A todos os professores do Curso de Mestrado em Serviço Social, Maria José Viana, Liliana Patrícia, Lúcia Maria, Maria José Rocha, Regina Sueli, Denise, Eleusa Bilemjiam, e Maria Conceição.

Às Professoras Gláucia Lelis e Sandra de Faria, pelas valiosas contribuições.

## RESUMO

O objeto desta dissertação é a discussão sobre a saúde do trabalhador e a garantia do acesso aos direitos sociais na previdência social, no âmbito da Agência da Previdência Social Goiânia-Centro no período de 2009-2012. Para apreender o objeto de estudo, fez-se necessário o aprofundamento teórico-metodológico acerca da temática, tendo sido relevantes as pesquisas bibliográfica e documental. Seu objetivo geral refere-se à análise da dimensão do trabalho, a saúde do trabalhador e a garantia dos direitos sociais na previdência social, e os específicos, desvelar a relação capital-trabalho e suas configurações no século XXI. Assim, buscou-se mostrar o processo histórico, a legislação e o programa saúde do trabalhador, bem como analisar os dados sobre os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho registrados na Agência da Previdência Social Goiânia-Centro.

**Palavras-chave:** trabalho, saúde do trabalhador, previdência social e política social.



## **ABSTRACT**

The object of this dissertation is to discuss the worker's health and, ensuring access to social rights in social Security, under the Social Security, Agency Goiânia-Center in the period 2009-2012. To grasp the object of study was necessary theoretical and methodological deepening about the theme being the relevant bibliographic and documentary research. Its general objective refers to the analysis of the amount of work, worker health and guaranteeing social rights in social security, and specific, unveiling the capital-labor ratio and its settings in the XXI century. Thus, we attempted to show the historical process, legislation and occupational health program and analyze data on accidents and work-related diseases registered in the Social Security Agency Social Goiânia-Center.

**Keywords:** labor, occupational health, welfare and social policy.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>CAPITULO I – O TRABALHO NA SOCIEDADE CAPITALISTA</b> .....	15
1.1 Relação capital e trabalho .....	15
1.2 Trabalho alienado .....	23
1.3 As configurações do mundo do trabalho na sociedade capitalista .....	27
1.4 Reestruturação produtiva no Brasil no final do século XXI .....	44
<b>CAPITULO II – SEGURIDADE SOCIAL E A SAÚDE DO TRABALHADOR</b> .....	48
2.1 Seguridade social .....	48
2.2 O processo histórico da saúde do trabalhador .....	53
2.3 Legislação e política de saúde do trabalhador .....	68
2.4 O programa saúde do trabalhador em Goiânia-GO .....	76
<b>CAPITULO III – PREVIDÊNCIA SOCIAL E DIREITOS SOCIAIS</b> .....	79
3.1 A Previdência Social e sua relação com o trabalho .....	82
3.2 Previdência Social e o acidente de trabalho .....	94
3.3 Caracterização da agência da Previdência Social Goiânia-Centro .....	100
3.4 Acidentes e doenças relacionadas ao trabalho .....	102
3.5 Garantia e indeferimento de auxílio-doença acidentário na Agência da Previdência Social Goiânia-Centro .....	111
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	114
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	116
<b>ANEXOS</b> .....	124

## LISTA DE SIGLAS

Aeps	- Anuário Estatístico da Previdência Social
APS	- Agência da Previdência Social
Caps	- Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAT	- Comunicação de Acidente de Trabalho
Cerest	- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CF	- Constituição Federal
CLT	- Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	- Conferência Nacional de Saúde
CNST	- Conferência Nacional em Saúde do Trabalhador
Dort	- Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
FGTS	- Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
IAPs	- Instituto de Aposentadorias e Pensões
Inamps	- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	- Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	- Instituto Nacional do Seguro Social
IPEA	- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
LER	- Lesão por Esforço Repetitivo
LOS	- Lei Orgânica da Saúde
MPS	- Ministério da Previdência Social
MS	- Ministério da Saúde
MTE	- Ministério do Trabalho e Emprego
Netep	- Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
Nost	- Norma Operacional em Saúde do Trabalhador
OIT	- Organização Internacional do Trabalho
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PIS	- Programa de Integração Social
PNSST	- Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho
PQT	- Programa de Qualidade Total
Renast	- Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde
RS	- Reforma Sanitária
ST	- Saúde do Trabalhador
SUS	- Sistema Único de Saúde

VE - Vigilância Epidemiológica

VS - Vigilância Sanitária

## INTRODUÇÃO

A dissertação de mestrado resulta de investigação sobre o processo de garantia de direitos sociais relacionados à saúde do trabalhador no âmbito da previdência social, em Goiânia-GO, no período de 2009-2012. Dessa forma, destacam-se elementos relevantes para análise das categorias trabalho, saúde do trabalhador e previdência social.

A escolha da temática, *saúde do trabalhador e garantia dos direitos sociais: acidentes e doenças relacionadas ao trabalho na previdência social* deve-se à experiência como coordenadora técnica do Serviço Social da Gerência Executiva do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), em Goiânia, no período de abril/2004 a maio/2008, responsável pelo desenvolvimento de ações do Projeto Saúde do Trabalhador, com enfoque no acidente e doenças relacionadas ao trabalho.

Durante o período de realização e acompanhamento das atividades do projeto e, também, dos atendimentos realizados pelo Serviço Social nas agências da previdência social (APs), foi possível apreender os desafios enfrentados no INSS para garantir aos trabalhadores/segurados, em especial, o reconhecimento do “nexo causal”<sup>1</sup> entre trabalho executado e acidente/doença. Outro desafio refere-se às polissêmicas interpretações legais no âmbito da previdência social que interferem na garantia dos direitos sociais.

Constitui objetivo geral desse estudo a análise da dimensão do trabalho, a saúde do trabalhador e a garantia dos direitos sociais na previdência social. Os objetivos específicos afirmam-se com a intenção de desvelar a relação capital-trabalho e suas configurações no século XXI, buscando apreender o processo histórico, a legislação e o programa saúde do trabalhador, analisar os dados sobre os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho registrado na agência da previdência social Goiânia-Centro.

As reconfigurações do mundo do trabalho inferem na vida e na saúde do trabalhador e diversificam as demandas que tencionam o Serviço Social da previdência.

---

<sup>1</sup> De acordo com o art. 337 do Decreto nº 3.048/1999, o acidente de trabalho caracteriza-se tecnicamente pela Perícia Médica do INSS que faz o reconhecimento técnico do nexo causal entre o acidente e a lesão, a doença e o trabalho e a *causa mortis* e o acidente.

O cotidiano profissional possibilitou conhecer e problematizar as inúmeras demandas apresentadas pelo segurado da previdência social no que se refere à busca de atendimento e a garantia do acesso aos benefícios acidentários.

Estudar a saúde do trabalhador e a garantia dos direitos sociais na previdência social, com enfoque nos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, tornou-se relevante para possibilitar o adensamento e organização dos dados pesquisados e informações sobre a temática em Goiás.

Analisar a relação trabalho, saúde do trabalhador e direitos sociais na previdência social implica desvelar a relação capital/trabalho, em que o trabalhador se reduz a mera mercadoria. O capital exerce o poder de dominação sobre o trabalho que se apresenta de forma coercitiva, uma vez que o trabalhador trabalha para além do necessário para garantir a sua sobrevivência (MARX, 2012). Na atualidade, o processo de reestruturação produtiva recria mecanismos de exploração do trabalhador e aumenta as desigualdades sociais entre os donos dos meios de produção e o trabalhador como potencial produtivo. Nesse sentido, o capital altera o modo de produção capitalista com base na produção flexível e na flexibilização das relações de trabalho (ANTUNES, 2010).

Tais alterações inferem na vida e na saúde do trabalhador, em decorrência das reconfigurações do mundo do trabalho, que priorizam os contratos temporários, parciais, terceirizados, com a máxima exploração do trabalhador, à medida que se intensificam os ritmos de trabalho, as extensas jornadas de trabalho e à redução de salário. Neste contexto de desregulamentação do trabalho, o capital suga e submete os trabalhadores a condições precárias no trabalho, tornando-se suscetíveis a acidentes e desenvolvimento de doenças relacionadas ao trabalho (ANTUNES, 2010).

Com a reestruturação produtiva a relação-capital-trabalho fundamenta-se “novas” formas de gestão empresarial, com a exigência de qualificação profissional e inserção do trabalhador em atividades técnicas, polivalentes e alienantes (ANTUNES, 2010).

Na contradição entre capital-trabalho, expressa em determinantes econômicos, sociais, políticos e culturais, os trabalhadores enfrentam cotidianamente os desafios para acessar os direitos sociais previstos em lei, a exemplo dos segurados da previdência social. Neste sentido, este estudo guiou-se pela indagação – quais os determinantes que inferem na garantia dos direitos

relacionados à saúde do trabalhador e ainda, no retardamento no acesso ao direito social do segurado que pleiteia o auxílio-doença por acidente de trabalho.

A pesquisa é bibliográfica e documental, de natureza qualitativa, pois ocorre a apropriação de elementos vivenciados e comprovados pela pesquisadora em sua atividade profissional. As principais categorias apreendidas durante a pesquisa foram: trabalho, saúde do trabalhador e política social pública. Para fundamentar tais categorias, foram utilizadas obras de autores clássicos como Marx (2010; 2012), Antunes (1999; 2006; 2010), Lopes (1997; 2012), Mota (2009) e Bravo (2010).

Os procedimentos metodológicos utilizados na presente dissertação contemplam estudo teórico e documental, revisão bibliográfica, leitura de dissertações de mestrado e teses de doutoramento disponíveis na biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás), dentre outros.

A pesquisa referente aos processos físicos realizou-se no arquivo da Agência da Previdência Social Goiânia-Centro por meio de fontes secundárias, mediante consulta de solicitação de benefícios no Sistema de Agendamento da Previdência Social, referida como *Agenda SAE* e no Sistema Único de Benefício (Suibe).

Os dados estatísticos sobre acidente do trabalho e doenças do trabalho foram coletados no Sistema de Dados da Previdência Social (Dataprev), Anuário Estatístico da Previdência Social e Sistema Único de Benefício (Suibe)

Realizou-se revisão bibliográfica e documental da legislação básica da previdência: Constituição Federal de 1988, Leis nº 8.213/1991, nº 8.212/1991, Decreto 2.172 de 05 de março de 1997, Decreto nº 3.048/1999, Lei nº 11.430/2006, Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS), Computador Central da Previdência Social (CV3), Conexão com o Computador Central da previdência Social (Plenus IP CV3), Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (Sabi) e Sistema de Atendimento Especializado (SAE).

O trabalho estrutura-se em três capítulos. O primeiro capítulo apresenta a discussão sobre a relação capital-trabalho: força de trabalho como mercadoria, exploração do trabalho, mais-valia e trabalho alienado. Discorre-se, ainda, sobre o desenvolvimento do sistema capitalista e sua relação de dominação sobre o trabalho e as transformações nas relações de produção e suas consequências sobre o mundo do trabalho que inferem para o adoecimento do trabalhador no trabalho.

O segundo capítulo refere-se a seguridade social e à ampliação das políticas de proteção social, e ainda, os mecanismos criados pelo capital em defesa da

redução do papel do Estado com objetivo de limitar o acesso dos trabalhadores aos direitos sociais. Analisam-se os aspectos determinantes no processo saúde no modo de produção capitalista, e ainda, apresentou-se o processo histórico da saúde e a legislação sobre a saúde do trabalhador.

O terceiro capítulo aborda a construção da previdência social como política social e a relação com o trabalho, em um contexto de desregulamentação dos direitos trabalhistas, bem como a exigência de trabalho assalariado como condição para o acesso à proteção previdenciária. E ainda, trata da legislação previdenciária que regulamenta o acidente de trabalho como garantia de acesso aos direitos sociais – “benefícios” acidentários e outros, por meio da análise da pesquisa documental – comunicação de acidente de trabalho, processos físicos, programa informatizado da previdência social.



# CAPÍTULO I

## O TRABALHO NA SOCIEDADE CAPITALISTA

O presente capítulo discorre sobre a relação capital e trabalho, força de trabalho como mercadoria, trabalho alienado/estranhado, exploração do trabalho e extração da mais-valia. Na sequência, apresentar-se-ão as configurações do mundo do trabalho na sociedade capitalista, com ênfase aos modos de produção capitalista e ao processo de reestruturação produtiva e às implicações no trabalho assalariado no contexto do padrão de acumulação flexível do capital.

As discussões apresentadas neste texto contribuem para reflexão do objeto de estudo desta dissertação – a saúde do trabalhador e a garantia dos direitos sociais na previdência social – com enfoque nos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho no âmbito da Agência da Previdência Social Goiânia- Centro no período de 2009 a 2012.

### **1.1 Relação capital e trabalho**

O homem, por meio do trabalho, relaciona-se com a natureza e desenvolve ações que requerem mediação, regulação e controle da sua inter-relação material com a natureza. Por intermédio do trabalho consciente, o homem transforma e domina a natureza, modificando os outros homens e a si mesmo (MARX, 2012). Trata-se de atividades garantam a sobrevivência do homem, de forma consciente e livre, revelando o caráter genérico do homem. A vida genérica para o homem consiste no domínio da natureza inorgânica para garantia da sobrevivência. A universalidade do homem ocorre “na universalidade que faz da natureza inteira seu corpo inorgânico, tanto na medida em que ela é um meio de vida imediato, quanto na medida em que é o objeto maior e o instrumento de sua atividade vital”. Assim, “a natureza é o corpo inorgânico do homem, mas ela mesma não é corpo humano” (MARX, 2010, p. 84).

O homem estabelece uma relação contínua com a natureza para atendimento de suas necessidades. Por isso, a vida física e mental permanece interconectada com a natureza que se encontra relacionada consigo mesmo, já que o homem é parte da natureza. Dessa forma, o trabalho constitui-se em uma estratégia para

satisfação das necessidades humanas, no entanto, diferentemente do animal que produz para satisfazer uma carência física, sua produção independe da necessidade (MARX, 2010).

Nessa concepção, o trabalho é a atividade vital do ser humano e se constitui em objeto da vontade e consciência do homem. O objeto do trabalho torna-se concreto por meio da ideação e do desejo do homem, diferentemente dos animais que realizam o trabalho de forma instintiva, pois

o homem imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade. Essa subordinação não é um ato fortuito (MARX, 2012, p. 212).

O trabalho condiciona-se à vontade de quem o realiza, e ainda, é orientado por uma finalidade que exige atenção durante o processo de realização. Assim, o interesse ou atração do trabalhador na efetivação de uma tarefa pode possibilitar fruição ou não das próprias forças físicas e espirituais.

O trabalho do homem está condicionado a uma atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho, a matéria a que se aplica o objeto, os meios e o instrumental de trabalho. O desenvolvimento do trabalho, atividade desenvolvida pelo homem por meio do instrumental de trabalho, orienta-se para uma transformação direcionada para um fim, para chegar ao objeto, à conclusão do produto. Assim, o objeto produzido constitui-se um valor de uso, fabricado com matéria-prima, extraído da natureza para atender as necessidades do homem, e “o que se manifestava em movimento, do lado do trabalhador, se revela agora qualidade fixa, na forma de ser, do lado do produto. Ele teceu, e o produto é um tecido” (MARX, 2012, p. 215).

O processo de trabalho em seus elementos simples e abstratos tem a finalidade de criar valores de uso, de extrair da natureza a matéria-prima para o atendimento das necessidades humanas. Desse modo, o trabalho é comum a diferentes formas sociais, e de um lado, encontra-se o homem seu trabalho e de outro, a natureza e os recursos naturais (MARX, 2012).

O trabalho como consumo da força de trabalho pelo capitalista apresenta dois fenômenos característicos: a força de trabalho pertence ao capitalista, assim o trabalhador exerce o trabalho sob o domínio do dono do capital que fiscaliza para que o trabalho se realize de forma apropriada, com adequada utilização dos meios

de produção, sem desperdício de matéria prima e menos desgaste do instrumental de trabalho (MARX, 2012).

Outro fenômeno característico do processo de trabalho que ocorre durante o processo de consumo da força de trabalho pelo capitalista é o fato de que o produto pertence ao capitalista, e não ao trabalhador. O capitalista remunera a força de trabalho e a utiliza como qualquer mercadoria. O uso da mercadoria pertence ao capitalista, o trabalhador possui somente a força de trabalho e ao vendê-la, cede ao comprador a utilização do valor de uso. Ao comprar a força de trabalho, o capitalista incorpora o trabalho vivo aos elementos mortos constitutivos do produto. Para o capitalista, o processo de trabalho é somente o consumo da mercadoria por ele adquirida e que consumo da força de trabalho ocorre à medida que se lhe adicionam meios de produção (MARX, 2012).

Nesse sentido, “o processo de trabalho é um processo que ocorre entre coisas que o capitalista comprou, entre coisas que lhe pertencem. O produto desse pertence-lhe do mesmo modo que o produto do processo de fermentação em sua adega” (MARX, 2012, p. 219-220). A produção do capital ocorre com a mercadoria que se apresenta como valor de uso. A mercadoria é uma unidade de valor de uso, e o valor e a produção de mercadoria passam pelo processo de trabalho.

A produção de mercadoria constitui o alicerce para o desenvolvimento social, contudo, vale lembrar que o capitalista produz determinadas mercadorias, como por exemplo, calçados, mas não os fabricam por amor aos calçados, mas por ser e se tratar de material que detém valor de troca. De um lado, o capitalista quer produzir um valor de uso com valor de troca, destinado à venda, isto é, uma mercadoria. De outro lado, quer produzir mercadoria de valor mais alto que a soma do valor das mercadorias necessárias para produzi-la: trata-se de meios de produção mais a força de trabalho para os quais o capitalista investiu seu dinheiro para a produção da mercadoria. (MARX, 2012).

A mercadoria como valor de uso implica, portanto sua destinação social por meio da troca. As mercadorias como valor de uso representam o valor material da riqueza. As coisas só têm valor se forem úteis e consideradas mercadorias se possuírem valor de uso e valor. Conforme Marx (2012), “o valor de toda mercadoria é determinado pela quantidade de trabalho materializado em seu valor de uso, pelo tempo de trabalho socialmente necessário à sua reprodução” (MARX, 2012, p. 220),

o que significa que o valor de troca ocorre com o confronto das mercadorias na troca que transforma o valor de troca em dinheiro.

A conversão do dinheiro em mercadoria constitui-se em material de novo produto, inserindo nesse processo a incorporação da força de trabalho vivo. O dinheiro é uma mercadoria universal, encontra-se disponível para ser trocado por qualquer outra mercadoria e pode ser revertido em diversas moedas nacionais. A diferença entre o processo de produção de valor e produção de mais valia consiste no prolongamento das horas de trabalho para além do necessário, envolve meios de produção e força de trabalho. Nesse processo, considera-se o tempo de que o trabalhador necessita para desenvolver o trabalho com a utilização da força de trabalho de forma útil. Deste modo,

as mercadorias que entram no processo de trabalho não são mais vistas como elementos materiais da força de trabalho, adequadas aos fins estabelecidos e com funções determinadas. São consideradas quantidades determinadas de trabalho materializado. Contido nos meios de produção ou acrescentado pela força de trabalho, só se computa o trabalho de acordo com a duração, em horas, dias, e assim por diante (MARX, 2012, p. 228-229).

A diferença que se apresenta, “por meio da análise da mercadoria, entre o trabalho que produz valor de uso e o trabalho que produz valor se manifesta em de dois aspectos distintos do processo de produção” (MARX, 2012, p. 230). Quando a produção envolve processo de trabalho, bem como produção de valor, considera-se produção de mercadorias, mas quando envolve o processo de trabalho e produção de mais-valia, torna-se produção capitalista de mercadorias (MARX, 2012).

Na criação da mais-valia, não interessa ao capitalista se o trabalho do qual ele se apropria seja “trabalho simples, trabalho social médio, ou trabalho mais complexo, de peso específico superior” (MARX, 2012, p. 230). Para Marx (2012), no confronto entre trabalho social, médio e trabalho superior (complexo), o custo para formação da força de trabalho deste último é maior, por isso, o valor da força de trabalho torna-se mais elevado. Contudo, a utilização do trabalho superior na produção de valor pode ser reduzida ao trabalho social médio. Portanto, pode o capital empregar o trabalhador para realizar o trabalho simples e também trabalho social médio.

Os inúmeros elementos constitutivos do processo de trabalho desenvolvem diferentes funções na formação do valor dos produtos. O trabalhador, por meio do

acréscimo de certa quantia de trabalho adiciona ao objeto de trabalho novo valor e os valores e os meios de produção utilizados na forma de consumo podem reaparecer como partes integrantes do valor do produto. Deste modo,

o acréscimo de valor novo ao material de trabalho e a conservação dos valores antigos ao novo produto são dois resultados totalmente diversos produzidos pelo trabalhador ao mesmo tempo, embora execute somente um trabalho. A dupla natureza do próprio trabalho determina a dupla natureza de seu produto. Isto é, ao “mesmo tempo, em virtude de uma propriedade, seu trabalho tem de criar valor e, e em virtude de outra conservá-lo, ou seja, transferi-lo (MARX, 2012, p. 235).

No desenvolvimento do trabalho, utilizam-se meios de produção e, à medida que se perde o valor de uso, ele é readquirido no valor de uso de outro produto. Nessa relação, estão presentes as alterações das condições materiais e também objetivas de trabalho. O trabalho destinado a um fim mantém valor dos meios de produção e os transfere para o produto e em cada momento de sua operação, constituem-se valor adicional, valor novo, valor agregado. Dessa forma, as mercadorias contêm o valor do investimento para a compra dos meios de produção, a força de trabalho, acrescida de da mais-valia. As mercadorias comercializadas transformam-se em dinheiro e se convertem em capital, que se repete de forma cíclica no processo de reprodução simples do capital e se apresenta em escala ampliada e acumulação de mais-valia (MARX, 2012).

O capital constante corresponde à parte do capital destinado à aquisição dos meios de produção (matéria-prima, equipamentos, meios de trabalho, dentre outros). O capital variável é o valor utilizado pelo capital para comprar a força de trabalho e resulta da ampliação da produção do capital. Nesse sentido, o capital, além de reproduzir o próprio equivalente, estimula a produção do excedente, a mais-valia. No processo de produção o capital investe determinada quantia em dinheiro para aquisição dos meios de produção, e outra parte na força de trabalho. Durante o processo de trabalho e na divisão social do trabalho, cada trabalhador produz um valor para sua manutenção que, por sua vez, garante o recurso humano necessário para a produção e reprodução das relações sociais de produção capitalista. O trabalho excedente é apropriado pelo capital, é o sobre valor denominado mais-valia (MARX, 2012). A jornada de trabalho é uma grandeza variável, pois varia de acordo com a duração do trabalho excedente e ultrapassa o tempo necessário para o trabalhador reproduzir a força de trabalho com a finalidade de garantir o próprio

sustento. Assim, a jornada de trabalho em si mesma é indeterminada, contudo apresenta grandeza flutuante e varia obedecendo a certos limites. No modo de produção capitalista, não há uma separação explícita entre o trabalho necessário para prover sustento do trabalhador e trabalho excedente. Ambos confundem-se durante o processo de desenvolvimento do trabalho (MARX, 2012).

A jornada de trabalho possui um limite máximo, pois só pode ser prolongada até certo ponto, em decorrência de limites físicos e das condições objetivas determinadas pelo tempo e sua mensuração em horas. Assim,

durante o dia natural de 24 horas, só pode o homem despendar determinada quantidade de força de trabalho [...]. Durante uma parte do dia, o trabalhador deve descansar e dormir. Durante outra tem de satisfazer necessidades físicas, alimentar-se, lavar-se, vestir-se. Além de encontrar esse limite puramente físico, o prolongamento da jornada de trabalho esbarra em fronteiras morais. O trabalhador precisa de tempo para satisfazer necessidades espirituais e sociais, cujo número e extensão são determinadas pelo nível geral de civilização. Por isso as variações da jornada de trabalho ocorrem dentro desses limites físicos e sociais. Esses limites são de natureza muito elásticas, com ampla margem de variação. Encontramos jornada de trabalho de 8, 10, 12, 14, 16, e 18 horas, da mais variada duração (MARX, 2012, p. 271).

O capitalista, ao comprar a força de trabalho, utiliza o valor de uso de trabalho, assim o trabalhador deve trabalhar para ele durante um dia de trabalho, que corresponde ao valor diário pago pela força de trabalho. No entanto o capitalista tem seu próprio entendimento sobre o extremo que envolve a jornada de trabalho, pois o “capitalista somente personifica o capital. Sua alma é o capital” (MARX, 2012, p. 271). Nessa direção, o capital extrai a mais-valia, que se caracteriza com o lucro do capitalista, e para tanto, se apropria o máximo possível do trabalho excedente: “O capital é trabalho morto que como um vampiro, se reanima sugando o trabalho vivo, e quanto mais o suga mais forte se torna” (MARX, 2012, p. 271). Assim, o capitalista explora a força de trabalho na medida em que o trabalhador consegue exercer a atividade laborativa.

De acordo com Marx (2012), na relação de exploração da força de trabalho pelo capital no processo de produção, o trabalhador que estava mudo, pode, de repente, levantar sua voz e dizer:

a mercadoria que vendo se distingue da multidão das outras, porque seu consumo cria valor e valor maior que seu custo. Este foi o motivo que a compraste. O que, de teu lado aparece como aumento de valor do capital é, do meu lado dispêndio excedente de força de trabalho. Tu e eu só conhecemos no mercado, uma lei: a troca de mercadorias. E o consumo da

mercadoria não pertence ao vendedor que a aliena, mas ao comprador que a adquire. Pertence-te, assim, a utilização da minha força diária de trabalho. Mas por meio de seu preço diário de venda, tenho de reproduzi-la diariamente para poder vendê-la de novo. Pondo de lado o desgaste material da idade, dentre outros, preciso ter amanhã, para trabalhar, a força, a saúde e disposição normais que possuo hoje (MARX, 2012, p. 272).

A força de trabalho é uma mercadoria materializada por meio do trabalho humano e possui natureza específica, e, por essa razão, delimita o uso da força de trabalho. No entanto, quando o capitalista compra a força de trabalho, ele a explora ao máximo e submete o trabalhador à extensa jornada de trabalho, e o trabalhador luta pelo direito de limitar a duração de suas atividades a uma jornada de trabalho compatível com os limites físicos do corpo humano. A relação entre capitalista (comprador) e trabalhador (vendedor da força de trabalho) é contraditória, pois eles defendem interesses opostos. A limitação da jornada de trabalho está presente na história de luta da classe trabalhadora e se constitui em um embate entre os donos dos meios de produção e aqueles que vivem da força de trabalho.

Em uma sociedade, em que uma parte dela detém o monopólio dos meios de produção, o trabalhador, independentemente da condição, produz tempo de trabalho excedente para o proprietário dos meios de produção. Mas, se a formação social de uma sociedade tem como predominância o valor de uso do produto, o trabalho excedente atenderá às necessidades de cada um, considerando a natureza da produção. Na antiguidade o trabalho em excesso podia atingir limites absurdos de horas quando apresentava risco de perda de dinheiro ou de redução de lucro para o proprietário dos meios de produção. Portanto, o trabalho em excesso poderia levar o trabalhador à morte, mas constituía uma exceção no mundo antigo (MARX, 2012).

De acordo com Marx (2012), nos Estados meridionais da América do Norte, o trabalho dos negros apresentava relação patriarcal, pois as mercadorias destinavam-se à subsistência, mas após o momento em que a produção era destinada à exportação, intensificou-se o trabalho escravo, cuja exploração consumia em sete anos a vida dos trabalhadores escravos que trabalhavam para além do necessário à própria reprodução. Nesse sentido,

o trabalho excedente e o trabalho necessário se confundem. Suponha-se que o dia de trabalho de 6 horas de trabalho necessário e 6 horas de trabalho excedente. Nessas condições o trabalhador livre fornece ao capitalista 6 X 6 ou 36 horas de trabalho excedente por semana. É como se ele trabalhasse 3 dias na semana para si mesmo e os outros 3 dias gratuitamente para o capitalista. Mas não se percebe isso à primeira vista (MARX, 2012, p. 275).

Segundo Marx (2012), o trabalho excedente, correspondente a três dias por semana de trabalho não resulta em nenhum acréscimo monetário para o trabalhador, pois equivale ao trabalho semanal contratado na forma assalariada. A ambição do capitalista pela extração da mais-valia instiga-o a prolongar a jornada de trabalho. Qualquer tempo de trabalho excedente, seja uma hora ou cinco minutos, resulta em lucro para o capitalista que explora trabalhador, usurpando a força de trabalho, com a finalidade de acumulação capitalista.

Com a indústria moderna do século XVIII, a tendência do capital em prolongar a jornada de trabalho tornou-se uma realidade, contudo, os trabalhadores ingleses tentaram resistir à exploração capitalista, mas as conquistas obtidas não se tornaram realidade. No período entre 1802 a 1833, o parlamento publicou cinco leis referentes ao trabalho, mas tais leis não foram implantadas (MARX, 2012).

De acordo com Marx (2012), a legislação fabril inglesa de 1833 determinava uma jornada de trabalho de quinze horas, com início às 5h 30m da manhã e término às 8h 30m da noite. Em 7 de junho de 1884, surgiu a lei fabril, com vigência a partir de 10 de setembro do referente ano, determinando a proteção às mulheres maiores de 18 anos e estabelecendo oficialmente o controle do trabalho de pessoas adultas. A lei de 1850 dispunha sobre o trabalho para os adolescentes e mulheres e permitia a jornada de trabalho entre 6 horas da manhã e 6 horas da noite. Essa lei foi complementada pela lei de 1853 que proibia a contratação de crianças pela manhã e à noite, assim como de adolescentes e mulheres (MARX, 2012).

No processo de produção capitalista, o capital exerce o poder de dominação sobre o trabalho, assim fornece os meios necessários para o trabalhador executar o trabalho com dedicação e competência. Mas a relação capital e trabalho apresenta-se de forma coercitiva, obrigando os trabalhadores a trabalharem além do necessário para manterem a força de trabalho. O poder de dominação do capital sobre o trabalho objetiva-se de acordo com as condições técnicas em que o capital se encontra. O capital não opera nenhuma alteração no modo de produção. A extração da mais-valia resulta do acréscimo do tempo de trabalho sem a necessidade de alteração o processo de produção. O poder do capitalista sobre o trabalho é uma relação social de exploração da força de trabalho e resta para os trabalhadores a luta para a conquista de direitos sociais, tais como trabalho compatível com os limites físicos e mentais do homem, salário justo, condições de



trabalho que favoreçam o desenvolvimento de atividades laborativas com segurança à saúde dos trabalhadores.

## 1.2 Trabalho alienado

A condição do trabalhador no processo produtivo é a seguinte: quanto mais riqueza produz, mais pobre se torna, e se produzir muita mercadoria torna-se uma mercadoria barata (MARX, 2010).

O trabalho produz mercadoria, produz a si mesmo e ao trabalhador como mercadoria na medida em que produz mercadorias em geral. O objeto que o trabalho produz apresenta-se como algo estranho independente do produtor. O produto do trabalho objetiva-se no objeto, torna-se coisa, sacrifício, algo estranho e o trabalhador não se reconhece no objeto que ele mesmo criou, pois o trabalho efetiva-se na sua objetivação. Portanto, enquanto o “trabalho se efetiva, [...] o trabalhador se desefetiva”. E a “objetivação se apresenta como perda do objeto e servidão do objeto” (MARX, 2010, p. 80). Deste modo, quanto mais mercadorias o trabalhador produzir mais estará sob o domínio do capital.

A objetivação representa a perda do objeto pelo trabalhador, sendo ele desprovido de objetos indispensáveis à vida, bem como dos meios necessários para desenvolver o trabalho. Assim,

a objetivação tanto aparece como perda do objeto que o trabalhador é despojado dos objetos mais necessários não somente à vida, mas também dos objetos do trabalho. O trabalho se torna um objeto do qual o trabalhador só pode se apossar com os maiores esforços e com as mais extraordinárias interrupções. A apropriação do objeto aparece como estranhamento que, quanto mais objetos o trabalhador produz, tanto menos pode possuir e tanto mais fica sob o domínio do seu produto, do capital (MARX, 2010, p. 81).

O trabalhador produz o objeto, mas não se reconhece nele, e o seu trabalho transforma-se em objeto externo, alheio ao seu criador algo que está fora dele, e apesar de o trabalhador dar vida ao objeto, ele se torna estranho ao criador. O trabalhador necessita da natureza para criar o objeto de trabalho, por isso, estabelece uma relação com o mundo exterior sensível. Seu trabalho efetiva-se na natureza por meio da matéria dela extraído, e o trabalhador torna-se ativo e se produz. A natureza oferece meios de vida, pois a existência do trabalho se relaciona aos objetos nos quais o trabalhador exerce sua ação. Do mesmo modo, e de forma

estrita, a natureza oferece os meios de vida para o trabalhador garantir a subsistência física. Assim, a medida que o trabalhador se apropria do mundo externo por meio do trabalho, mais se distancia dos meios de vida de forma dupla. De um lado, o mundo exterior sensível torna-se distante do objeto inerente ao trabalhador, bem como um meio de vida do seu trabalho. De outro lado o mundo exterior sensível deixa de ser um meio de vida para de atender às necessidades imediatas do trabalhador (MARX, 2010).

A subordinação do trabalho ao capital possibilita ao trabalhador somente viver para manutenção de sua existência física, considerando que a objetivação do trabalho alienado retorna para o trabalhador de maneira exteriorizada e comanda a sua forma de pensar e de agir. Isto porque o trabalho alienado supervaloriza a criatura (objeto) em detrimento daquele que o criou. Por isso, o produto do trabalho torna-se estranho ao trabalhador e a construção social desse processo contribui para a alienação do trabalhador em relação a ele mesmo. O objeto do trabalho constitui condição necessária para a existência do trabalhador como sujeito físico. A subordinação ao objeto do trabalho determina as condições para sua existência como sujeito físico e como trabalhador.

O estranhamento do trabalhador no seu objeto expressa-se,

pelas leis nacionais-econômicas, em que quanto mais o trabalhador produz, menos tem para consumir; que quanto mais bem formado o seu produto, tanto mais deformado ele fica. E ainda, quanto mais civilizado é o seu objeto, mais bárbaro o trabalhador se torna (MARX, 2010, p.82).

O capital não reconhece a relação entre o trabalhador e a produção, por isso, camufla a alienação na essência (particularidade) do trabalho. O capital submete o trabalhador aos seus interesses, mediante o pagamento de salário pelo seu trabalho, mas o salário recebido não lhe permite adquirir muitos dos produtos que produziu. Quase sempre, o objeto como resultado do trabalho pertence ao patrão e aos ricos. Evidencia-se, assim, a relação contraditória entre capital e trabalho que se caracteriza pela exploração da força de trabalho, pois o trabalhador produz objetos para garantir o bem-estar daqueles que detêm os meios de produção. O capital supervaloriza o mundo exterior (produção de objeto) em detrimento do mundo dos homens, e nesse processo, o que importa é a produção do objeto. Deste modo,

o trabalho produz maravilhas para os ricos, mas produz privação para o trabalhador. Produz palácios, mas cavernas para o trabalhador. Produz

beleza, mas deformação para o trabalhador. Substitui o trabalho por máquinas, mas lança uma parte dos trabalhadores de volta a um trabalho bárbaro e faz da outra parte máquinas. Produz espírito, mas produz imbecilidade, cretinismo para o trabalho (MARX, 2010, p. 82).

O trabalhador estabelece uma relação de estranhamento com o objeto do seu trabalho, que está presente no ato da produção, na atividade produtiva, sendo o objeto um resumo da produção que representa a exteriorização do trabalho. Considera-se que a produção é a exteriorização ativa. O trabalho constitui condição indispensável para a sobrevivência do trabalhador, razão pela qual ele se submete à dominação do capital, e é obrigado a adaptar-se às condições impostas pelo patrão. Assim, o trabalho não faz parte da natureza do trabalhador, não pertence ao seu ser, tornou-se somente um meio para garantir a manutenção das suas necessidades básicas (MARX, 2010).

De acordo com Marx (2010), o trabalho alienado apresenta dois aspectos distintos: a relação do trabalhador com o produto do trabalho e a relação do trabalho com o ato da produção. Essas duas formas alienam o trabalhador como espécie, porque está presente a relação social na atividade produtiva (intrínseca à vida genérica), tendo em vista que os meios necessários para proporcionar a sobrevivência do trabalhador dependem das condições de mercado e do trabalho (DUCLÓS, 1999). Assim, a vida individual depende da existência da vida genérica (social), pois, somente por meio da atividade produtiva, é possível a continuação da existência física do trabalhador. O trabalho alienado aliena o homem e a si mesmo de sua própria função e atividade vital e aliena o homem como gênero humano. Inicialmente, aliena a vida genérica e a vida individual e, depois, a vida individual torna-se abstração objetiva da vida genérica igualmente na sua forma abstrata e alienada e o trabalhador sente-se impotente diante do trabalho que desenvolve (MARX, 2010).

O trabalho surge como atividade vital e constitui um meio para manutenção da existência física do homem. Diferentemente do animal, o homem possui uma atividade vital consciente, submetida à sua vontade. O animal reproduz a si mesmo, ao passo que o homem reproduz a natureza como um todo, assim, o homem é denominado ser genérico e, nessa perspectiva, sua vida torna-se um objeto. Nesse sentido, o trabalho alienado (estranhado), no sistema capitalista, inverte essa

relação, e transforma a atividade vital somente em um meio para garantir a sobrevivência do trabalhador (MARX, 2010).

A expressão do capital nacional ocorre por meio da economia-nacional e no âmbito do ser social, como propriedade privada, isto é, a materialidade da alienação do homem, mercadoria com a qual ele estabelece uma relação contraditória, pois quanto mais dela se apropria, mais se afasta de si mesmo como ser genérico. Na perspectiva capitalista, o trabalho constitui a alma da produção, mas contraditoriamente nada se destina ao trabalhador e à propriedade privada, concede-se tudo. Trata-se da contradição do trabalho alienado, corroborado pelo capital que criou as leis do trabalho alienado. Nesta direção, há o reconhecimento de que salário e propriedade privada são similares, uma vez que o salário se torna consequência indispensável da alienação do trabalho, e ainda o trabalho manifesta-se como servidor do salário.

O capital e o trabalho são categorias contraditórias e se apresentam em uma relação de estranhamento entre eles. Assim, o homem torna-se somente trabalhador e a sua natureza humana manifesta-se perante o capital de forma alienada. No entanto, paradoxalmente sem o capital o trabalhador deixa de ter trabalho e pode ficar sem salário, isto é, meios de garantia da sobrevivência. A existência do capital encontra-se condicionada ao trabalhador e não ao homem. Nesse sentido, o trabalhador necessita do capital para obter trabalho e, por meio do salário, consegue manter e conservar a força de trabalho humana, assim, recebe salário para manter o básico para sobreviver e se reproduzir. O salário pago ao trabalhador é uma obrigação do empregador e um direito do trabalhador.

O capital procura conservar o trabalhador em atividade, a fim de evitar o desaparecimento da classe trabalhadora. Assim, a força de trabalho é considerada um instrumento de trabalho indispensável para o processo produtivo.

Embora o recebimento do salário constitua um direito do trabalhador, o valor pago não corresponde à jornada de trabalho desenvolvida, pois o trabalhador é submetido à exploração da força de trabalho e quase sempre obrigado a uma jornada extensa e em péssimas condições de trabalho, à realização de movimentos repetitivos, além de produzir objetos alheios à sua vontade, sem nenhuma relação com ele e, por conseguinte, não tem acesso ao que produziu. A relação capital e trabalho expressa a contradição básica do sistema capitalista, em que o trabalhador

produz para garantir o bem-estar de um grupo específico que detém o poder dos meios de produção.

### **1.3 As configurações do mundo do trabalho na sociedade capitalista**

A história da sociedade é marcada por lutas de classes, considerando as contradições entre trabalhadores e o poder dominante. A partir do surgimento do capitalismo, a sociedade dividiu-se em classes e os detentores dos meios de produção dominam e exploram os trabalhadores possuidores somente da força de trabalho.

O capitalismo originou-se na Europa nos séculos XI ao XV, com o fim do feudalismo, e a política econômica, social e política passou a concentrar-se nos centros urbanos. Assim o modo de produção capitalista substituiu o modo de produção feudal e o capitalismo tornou-se sistema econômico predominante. As revoluções inglesa, francesa e a independência dos Estados Unidos da América (EUA) são consideradas revoluções sociais no período moderno e constituíram o eixo institucional para estruturação e desenvolvimento do capitalismo, que passou por várias fases, dentre elas, o capitalismo comercial ou pré-capitalista, o industrial e o capitalismo monopolista (EGAS, 2008).

O capitalismo, desde sua origem, sofreu significativas transformações na ordem econômica, política e social e, historicamente destaca-se a superação do capitalismo concorrencial pelo capitalismo monopolista. Essa transição ocorreu no final do século XIX e início do século XX. No capitalismo concorrencial, não havia a preocupação com a demanda de mercado, e inúmeras indústrias apresentavam seus produtos no mercado, concorrendo entre elas. No capitalismo monopolista, grupos reduzidos passaram a comandar e a deter o controle da produção e da comercialização dos produtos, com a finalidade de reduzir a concorrência. O capitalismo monopolista modificou profundamente a dinâmica da sociedade, uma vez que potencializou as contradições e a exploração da força de trabalho (NETO, 2011; MONTAÑO; DURIGUETO, 2010).

Com a passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista, a Inglaterra perdeu a hegemonia mundial cedendo lugar ao imperialismo norte-americano. Esse período de transição foi marcado por um cenário de profundas crises cíclicas (1887-1929), que marcou também as lutas de classes, com a

afirmação da classe trabalhadora como classe para si, classe organizada e independente (MONTAÑO; DURIGUETO, 2010).

O capitalismo passou por inúmeras crises que culminou com a extensa estagnação de lucros nos períodos de 1873 a 1893, 1914 a 1918, a crise de superprodução de 1929-1933 e também as crises econômicas, políticas e sociais após a Segunda Guerra Mundial. O capital buscou então desenvolver estratégias para conter as crises para reverter a queda das taxas de lucros, reduzir os conflitos sociais e, assim, ampliar a margem de lucro capitalista (MONTAÑO; DURIGUETO, 2010).

As duas guerras mundiais contribuíram para consolidar a hegemonia imperialista dos EUA e para reverter a crise de superprodução da economia e associação do capital ao complexo industrial militar, denominada indústria bélica que resultou em lucratividade para o capital, e os trabalhadores passaram a defender a guerra entre as nações em vez da luta de classe (MONTAÑO; DURIGUETO, 2010).

Assim, as duas guerras mundiais proporcionaram aos grandes monopólios capitalistas concentração de capital e, conseqüentemente, o fechamento de inúmeras microempresas. A submissão do Estado ao capitalismo monopolista resultou, portanto, na defesa dos interesses do capital, em detrimento dos interesses dos trabalhadores (ARAÚJO, 2007).

Com a finalidade de estabilizar a economia, a organização capitalista monopolista criou mecanismos para aumentar o preço das mercadorias, o crescimento das taxas de lucros, a elevação do índice de acumulação e investimento centralizado nos grupos concorrentes e monopolizados e, ainda para a tendência de substituição de trabalho vivo pelo trabalho morto (NETTO, 2011).

O traço principal do capitalismo monopolista é a concentração da produção e a centralização do capital. Assim, potencializa-se a contradição entre a socialização da produção e a apropriação privada. O desenvolvimento do capitalismo monopolista resultou cada vez mais na exploração dos trabalhadores e no aumento do desemprego, mas ao mesmo tempo despertou a capacidade de luta da classe trabalhadora contra a ofensiva do capital, que por sua vez, procura conter os movimentos de trabalhadores, recorrendo ao Estado para controlar e reprimir a luta dos trabalhadores organizados. As funções políticas do Estado estão relacionadas com as funções econômicas e, desse modo, busca garantir a acumulação de lucros dos grupos de monopólios. A dominação dos grandes monopólios, no aspecto

político, resulta na submissão do Estado aos seus interesses a fim de garantir o desenvolvimento e ampliação das taxas de lucros capitalistas (NETTO, 2011).

No capitalismo concorrencial, a intervenção do Estado sobre os trabalhadores em situação de desemprego, de exploração da força de trabalho e do movimento de luta dos operários ocorria de forma coercitiva para preservar a propriedade privada. No capitalismo monopolista, o controle do Estado sobre a força de trabalho, trabalhadores empregados e desempregados é contínuo, sempre com a preocupação de preservar a reprodução capitalista e, sobretudo, valorizar o capital (NETTO, 2011).

A submissão do Estado aos monopólios capitalistas tensiona cada vez mais as contradições sociais, políticas e econômicas, tendo em vista a utilização de recursos públicos para o atendimento dos interesses dos monopólios. Nesse processo, estão envolvidos também a sociedade, grupos monopolistas e o Estado, e este último desenvolve as condições necessárias para a reprodução da força de trabalho, bem como estabelece estratégias para atender aos interesses capitalistas. Assim, para legitimar politicamente a ordem vigente, o Estado institui políticas para a garantia de direitos civis e sociais, com o objetivo de obter o consenso da sociedade e, ao mesmo tempo, continuar a serviço do grande capital (NETTO, 2011).

Historicamente, o surgimento dos monopólios e as modificações no papel do Estado contribuíram para a organização dos trabalhadores, origem de partidos políticos no interior da classe trabalhadora e, portanto, o crescimento das manifestações da questão social, demandas políticas e econômicas que resultaram em conquistas de direitos de cidadania, mas sem comprometer a economia monopolista (NETTO, 2011).

Conforme já mencionado, o Estado coloca as suas funções econômicas e políticas a serviço do capital monopolista, contudo, a presença da classe trabalhadora, a luta e reivindicação por direitos, exigem que o Estado utilize-se a mediação para o atendimento dos interesses contraditórios que se manifestam nesse processo. O tensionamento entre capital e trabalho resulta no atendimento das necessidades da classe trabalhadora, porém não se trata de uma característica do Estado burguês no capitalismo monopolista, tendo em vista que a sua finalidade principal é assegurar o crescimento das taxas de lucros dos monopólios. Por isso, o Estado concede às classes dominadas respostas fragmentadas, mas que contribuem para a manutenção do consenso social e, sobretudo para a garantia da

ampliação da acumulação capitalista e a legitimação política do Estado burguês. Desse modo, o Estado realiza intervenções sobre as demandas da classe trabalhadora por meio da política social, com objetivo de conter as expressões da questão social e, também exercer o controle sobre a força de trabalho (NETTO, 2011).

A correlação de forças entre as classes e a mobilização dos trabalhadores são elementos relevantes para buscar nos organismos do Estado, o atendimento de suas necessidades, muitas vezes o Estado estabelece mecanismos que antecipam respostas às reivindicações dos trabalhadores, mas com a finalidade de exercer o seu poder de controle e de regulação sobre o conjunto da classe trabalhadora.

Desde a origem do capitalismo, o Estado faz uso de seu poder para incentivar o desenvolvimento do sistema capitalista. Assim, desempenha um papel de regulação das relações sociais e de proteção da propriedade privada. No capitalismo monopolista, amplia-se e se aprimora o papel do Estado que se torna complexo para defender os interesses do capital (BRAVERMAN, 2012). Desse modo, o Estado constitui aparelho que contribui para o enriquecimento de pequenos grupos, à medida que cresce a concentração de renda nas mãos de uma minoria, em detrimento da desigualdade social. O Estado tem o poder de

decretar impostos, regular o comércio internacional, as terras públicas, o comércio e o transporte, a manutenção das forças armadas, e o encargo da administração pública, tem servido como um aparelho para drenar a riqueza para as mãos de grupos especiais, tanto por meios legais como ilegais (BRAVERMAN, 2012, p. 242).

A intervenção do Estado na economia no período posterior à Segunda Guerra Mundial resultou da influência do pensamento de Keynes que culminou com a aliança entre os primeiros grupos industriais e a instituição do chamado Estado keynesiano e, ainda nesse período, Ford propôs um modelo de desenvolvimento para a produção industrial na linha de montagem, articulado com a produção em massa e consumo, período denominado desenvolvimento industrial fordista que se estruturou e permaneceu até 1973, quando se iniciou nova crise do capitalismo (MONTAÑO; DURIGUETO, 2010).

A crise do capital alcançou os países capitalistas centrais e gerou, nas décadas de 1980 e 1990, significativas mudanças sócio-históricas. Originou-se assim o processo de reestruturação produtiva, cuja finalidade fundamenta-se na



constituição de um diferente modo de acumulação capitalista em escala mundial com o objetivo de reconfigurar o mundo do trabalho com a introdução de profundas transformações na classe trabalhadora (ALVES, 2010).

Na passagem do século XX para o século XXI, a principal característica é que o mundo se tornou global. Na mesma proporção em que ocorre a globalização do capitalismo aconteceu também a globalização do mundo do trabalho. O capital impôs diferentes formas no processo de produção e, para tanto, estabeleceu a divisão transnacional do trabalho que marcou o processo de transição do fordismo para o toyotismo, com a constante utilização da tecnologia eletrônica, informática, automação, robótica, e ainda, transformou o mercado mundial (IANNI, 2011). O autor afirma que nesse processo, o trabalho adquiriu novas configurações nos aspectos quantitativas e qualidades que influenciam formas e a dinamicidade das forças produtivas, bem como as mudanças da composição da classe trabalhadora. Tais mudanças inferem na estruturação social no âmbito mundial e regional.

Segundo Pinto (2010), o sistema taylorista foi elaborado no final do século XIX e começo do século XX, por Frederick Winslow Taylor (1856-1915), jovem estadunidense, ex-operário de uma fábrica metalúrgica, engenheiro mecânico e autor de várias obras sobre técnicas de produção industrial, dentre as quais se destacam *Princípios de administração científica*, publicada nos EUA em 1911 e *Shop management*, publicado em 1910. Nessas duas obras Taylor trata em especial da “divisão técnica do trabalho humano dentro da produção industrial, em muitos casos dentro de uma fábrica do ramo metalúrgico, ambiente no qual trabalhava” (PINTO, 2010, p. 27). Nesse sentido,

os princípios da Administração Científica, de F. W. Taylor – um influente tratado que descrevia como a produtividade do trabalho podia ser radicalmente aumentada através da decomposição de cada processo de trabalho em movimentos componentes e da organização de tarefas de trabalho fragmentadas segundo padrões rigorosos de tempo e estudo do movimento (HARVEY, 1992, p. 122).

Conforme Pinto (2010), o sistema taylorista tinha como objetivo a especialização das funções e atividades. O conhecimento dos trabalhadores era utilizado para desenvolver, aumentar e regularizar a produção e a qualidade dos produtos. Segundo análise do autor, esse sistema defendia a contratação de trabalhadores especializados somente para o cargo que iria ocupar, sem extrapolar

as exigências determinadas pela empresa. A finalidade era utilizar o tempo reduzido, em especial, a atualização e a qualificação dos trabalhadores.

A jornada diária de trabalho era definida pela empresa de acordo com o conhecimento ou a especialização dos trabalhadores para a execução de determinada atividade pré-definida, assim possibilitam a substituição do trabalhador, quando necessário. O sistema taylorista, com a proposta de divisão de atividade e especialização para cada função, expandiu-se na área industrial no início do século XX e, nesse período Henry Ford (1862-1947), introduzia na *Ford Motor Company* as inovações tecnológicas e organizacionais com a proposta de produção em série (PINTO, 2010). Nesse sentido,

o sistema taylorista foi incorporado e desenvolvido pelos dispositivos organizacionais e tecnológicos fordistas, na medida em que no lugar dos homens responsáveis pelo deslocamento dos materiais e objetos de trabalho, máquinas automáticas passaram a ser encarregar por tal, suprimindo o trabalho humano numa produção cuja cadência contínua impunha uma concentração dos movimentos dos trabalhadores somente dentro raio de ação que efetivamente transformava as matérias-primas em produtos acabados (PINTO, 2010, p. 37).

Conforme Pinto (2010), o taylorismo baseava-se na racionalização e intensificação dos ritmos de trabalho humano, cuja preocupação era o controle do tempo de operação de forma parcial. No sistema fordista havia também a racionalização da tecnologia, detalhamento da divisão do trabalho e, por conseguinte, a execução de atividades pelos trabalhadores de forma mecânica e automática (HARVEY, 1992).

A especialização elevada para o exercício de atividades de trabalho, proposto pelo taylorismo/fordismo, tornava o operário dependente da máquina, uma vez o trabalho era limitado e mecanizado, desenvolvido de forma fragmentada e alienada, desconsiderando as experiências profissionais e pessoais do operariado. O sistema taylorista/fordista desencadeou consequências como o desinteresse dos trabalhadores de se qualificarem, o elevado índice de faltas no trabalho e rotatividade de funcionário nas empresas, dentre outras.

O trabalhador era considerado um dos “recursos” necessários para a produção, portanto, era de competência dos departamentos de recursos humanos a garantia da manutenção da ordem, tanto no interior da empresa como fora. A atenção direcionava-se para o tratamento físico, emocional e psicológico dos

trabalhadores, bem como o relacionamento familiar na garantia de condições de ampliar a produção de mercadoria.

Na contradição capital-trabalho, o homem é criador, algoz e vítima da própria produção tecnológica, pois a expansão e o desenvolvimento dessas inovações contribuíram para a intensificação dos ritmos de trabalho humano, quadro reduzido de operários e conseqüente exploração da força de trabalho humano e, sobretudo, com alto índice de produtividade, garantindo, assim, ao capital, aumento de acumulação de mais-valia mediante a redução de custo no processo produtivo.

A expansão taylorismo/fordismo, conforme Pinto (2010), ocorreu no período posterior à segunda Guerra mundial nos países capitalistas centrais. O crescimento econômico desses países resultou da produção em larga escala e do incentivo ao consumo em massa que alcançou também os países periféricos, por meio da articulação fordista com os Estados de Bem-Estar Social<sup>2</sup>, tendo em vista que o Estado participa diretamente no processo de desenvolvimento da economia do país.

Em síntese, o taylorismo/fordismo

indica a expressão dominante do sistema produtivo e de seu respectivo processo de trabalho, que vigorou na grande indústria, ao longo praticamente de todo o século XX, sobretudo a partir da segunda década, baseava-se na produção em massa de mercadorias, que se estruturava a partir de uma produção mais homogeneizada e enormemente verticalizada. Na indústria automobilística taylorista e fordista, grande parte da produção necessária para a fabricação de veículos era realizada internamente, recorrendo-se somente de maneira secundária ao fornecimento externo, ao setor de autopeças. Era necessário também racionalizar ao máximo as operações realizadas pelos trabalhadores, combatendo o desperdício na produção, reduzindo o tempo e aumentando o ritmo de trabalho, visando à intensificação das formas de exploração (ANTUNES, 2009, p. 38-39).

O apogeu do taylorismo/fordismo estendeu-se até o final da década de 1960 com o crescimento de acumulação capitalista, mas, segundo Antunes (2009) fundamentado na obra de Chesnais (1996), a partir de 1970, o capital começou a apresentar sinais de crise estrutural em decorrência da

---

<sup>2</sup> O Estado de Bem-Estar Social prevaleceu em muitos países, compreendeu anos de 1945 a 1975. O Estado dos países capitalistas centrais, excluindo os EUA, comprometia-se a garantir o pleno emprego, a cobertura universal de serviços sociais (saúde e educação) e o estabelecimento de um mínimo de proteção social a toda população. Tudo isso era realizado, sob o signo da cidadania (como dever do Estado e direito do cidadão) e orientado por princípios doutrinários de feição coletivista articulados entre elas: uma, econômica, concebida pelo inglês, John Maynard Keynes (denominada doutrina keynesiana), e outra, social, liderada pelo estrategista político, também inglês, Willian Beveridge (criador do sistema de seguridade social após o término da Segunda Grande Guerra. Essas duas doutrinas constituíram o suporte teórico do pacto keynesianismo (PEREIRA, 2010, p. 2).

queda da taxa de lucro; esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista de produção, dado pela incapacidade de responder à retração do consumo que se acentuava. Na verdade tratava-se de uma retração em resposta ao desemprego estrutural que então se iniciava; hipertrofia da esfera financeira; concentração de capitais graças às fusões entre as empresas monopolistas e oligopolistas; a crise do Welfare State ou do Estado de Bem-Estar Social e dos seus mecanismos de funcionamento, acarretando a crise fiscal do Estado capitalista e a necessidade de retroação dos gastos públicos e sua transferência para o capital privado; Incremento acentuado das privatizações, tendência generalizada às desregulamentações e a flexibilização do processo produtivo, das mercadorias e da força de trabalho entre tantos outros elementos contingentes que exprimam esse novo quadro crítico (ANTUNES, 2009, p. 31-32).

A saturação do fordismo, bem como do keynesianismo, expressava, uma crise estrutural do sistema capitalista, com a diminuição de lucros. Para garantir a reprodução do sistema e recuperar a acumulação de lucro, o capital iniciou um processo de dominação política e ideológica com respaldo na perspectiva neoliberal e no processo de reestruturação produtiva, que resultou na reconfiguração do mundo trabalho, bem como na tentativa de violação dos direitos trabalhistas, privatização das empresas e órgãos públicos e redução do papel do Estado com a delegação de suas funções para o mercado. Dessa forma,

a crise estrutural fez com que entre tantas consequências, fosse implementado um amplo processo de reestruturação do capital, com vistas à recuperação do seu ciclo reprodutivo, que afetou o mundo do trabalho. Embora a crise estrutural do capital tivesse determinações mais profundas, a resposta capitalista a essa crise procurou enfrentá-la tão somente na sua superfície, na sua dimensão fenomênica, isto é, reestruturá-la sem transformar os pilares essenciais do modo de produção capitalista. Tratava-se de reestruturar o padrão produtivo estruturado sobre o binômio taylorismo/fordismo, procurando repor os patamares de acumulação existentes no período anterior, especialmente no pós -1945, utilizando novos mecanismos de acumulação (ANTUNES, 2009, p. 37-38).

A proposta do capital de acumulação flexível confronta-se diretamente com a rigidez do fordismo que defendia a produção em grande escala. A rigidez desse sistema passou a comprometer o planejamento da produção, e o crescimento do mercado de consumo era presumido. A inflexibilidade do sistema fordista também estava presente nas contratações de mão-de-obra e os mecanismos utilizados para superar os conflitos sociais deparavam-se com a luta da classe trabalhadora contra a ofensiva do capital monopolista no período de 1968-1972. Intensificava-se também a pressão sobre o Estado referente aos compromissos sociais relacionados à seguridade social, dentre outros, em um momento em que a rigidez da produção

determinava a limitação de gastos públicos. A acumulação flexível sustenta-se na flexibilidade das formas de contratos de trabalho, no aparecimento de novos setores de produção, no emprego de novas tecnologias microeletrônicas na produção e na exigência de um novo tipo de trabalhador que possibilita aos patrões novo controle sobre a força de trabalho e a subordinação do trabalho ao capital (HARVEY, 1992; ALVES, 2010).

“O sistema toyotista de organização tinha como fundamento uma metodologia de produção e de entrega mais rápidas e precisas, associada justamente à manutenção de uma empresa enxuta e flexível”, afirma Pinto (2010, p. 46). Assim, priorizava-se um produto principal com a finalidade de atender as particularidades do mercado. A racionalização da utilização do trabalho humano, inerente ao sistema taylorista/fordista, também é utilizado pelo toyotismo com o objetivo de atender as necessidades de acumulação do capital. Portanto,

o toyotismo pode ser considerado como a mais radical e interessante experiência de organização social da produção de mercadoria, sob a era da mundialização do capital. Ela é adequada, por um lado as necessidades de acumulação do capital na época da crise de superprodução e, por outro, ajusta-se à nova base técnica da produção capitalista, sendo capaz de desenvolver suas potencialidades de flexibilidade e de manipulação da subjetividade operária (ALVES, 2010, p. 32).

Na organização do trabalho na sociedade capitalista, segundo a ótica do sistema toyotista, os trabalhadores são submetidos a formas perversas de exploração, além de conviverem diariamente com pressões psicológicas provenientes de seus superiores. Com o objetivo de obter aumento da produção, o capital utiliza-se do poder ideológico para estimular a competitividade, a individualidade e o cumprimento de metas. A gratificação de desempenho individual e coletiva nas empresas privadas e também nos órgãos públicos são mecanismos utilizados como forma de reduzir os salários dos trabalhadores. No contexto da acumulação flexível, o capital flexibiliza as relações de trabalho, explora o trabalhador e dele a sua força de trabalho. Assim, “o complexo de reestruturação produtiva sob a mundialização do capital”, cujo “momento predominante é o toyotismo, tende a impulsionar, em sua dimensão objetiva a fragmentação de classe” (ALVES, 2010, p. 65). Surgem então, o subproletário e o crescente desemprego o que favorece o enfraquecimento e fragmentação da classe trabalhadora.

O mercado de trabalho, no processo de reestruturação produtiva segue um modelo de organização do trabalho com a introdução da informática e da evolução tecnológica. Desse modo, no mundo da produção, exige-se do trabalhador um saber intelectual que lhe possibilite manusear as máquinas informatizadas, executar das atividades a elas transferidas. A relação entre o saber intelectual e a máquina torna o trabalhador cada vez mais alienado (ANTUNES, 2010).

No contexto de globalização, reestruturação produtiva e flexibilização dos contratos de trabalho, as sociedades capitalistas do mundo foram atingidas pelos seus efeitos contraditórios, a exemplo da flexibilização do trabalho que dificulta a regulamentação dos direitos sociais e trabalhistas historicamente conquistados. Outro aspecto a ser considerado é a terceirização do trabalho em determinadas áreas. Trabalhadores são contratados para prestarem serviços em outras empresas com a tendência de intensificar a exploração da força de trabalho.

As formas de contratação da força de trabalho dificultam a estabilidade do trabalhador no emprego. Em plena ditadura militar, foi instituído – pela Lei nº 5.107, de 13 de setembro de 1966 (BRASIL, 1966a) e regulamentado pelo Decreto nº 59.820, de 20 de dezembro de 1966 (BRASIL, 1966b) – o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS). Esse fundo, proveniente do depósito mensal equivalente a 8% do salário dos trabalhadores em uma conta específica, só pode ser apropriado determinadas situações legais. Posteriormente, a lei inicial sofre alterações pela Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990 (BRASIL, 1990).

De acordo com Montañó e Duriguetto (2010), os impactos das mudanças sobre a força de trabalho são desastrosos, quando se verifica a introdução de novas tecnologias, da mecanização e da informatização com a finalidade de substituir trabalhadores, redefinindo as técnicas de produção. Nesse sentido, ocorrem a redução da oferta de trabalho, o desemprego, a redução salarial, as condições precárias de trabalho e a exploração do trabalhador que exaure a sua força de trabalho e a própria vida. Historicamente, a situação dos trabalhadores no Brasil é precarizada. No período de 1940 a 1970, “a cada dez postos de trabalho gerados, oito eram empregos assalariados e sete com carteira assinada. No entanto, nos anos 1990, a cada dez empregos criados, quatro foram assalariados” (POCHMANN, 2006, p. 61). A referência a postos de trabalho, considerava somente os centros urbanos e ficavam fora do cálculo os trabalhadores domésticos e os lavradores.

Segundo Pochmann (2006), no decorrer da década de 1990, reduziram-se os empregos assalariados com registros e aumentou o crescimento de empregos assalariados sem carteira assinada. O autor assinala que, em 2003, um a cada dois ocupados eram assalariados, ao passo que, em 1980, dois a cada três eram assalariados. Observa-se que ocorreu uma redução da oferta de trabalho que pode estar relacionado ao processo de industrialização e mecanização do campo, que expulsa o trabalhador da zona rural para as cidades, o que contribui para a aceleração do urbanismo, e ao mesmo tempo, o crescente número de trabalhadores no mercado informal ou desempregados.

Conforme Ianni (2011), a acumulação flexível dá legitimidade ao desemprego estrutural, com a ampliação da desvalorização dos profissionais. Nessa nova realidade, ocorre o enfraquecimento da capacidade de luta e resistência coletiva além da atenção aos interesses individuais. Nesta perspectiva, abrem-se espaços para os empregadores exercerem, cada vez mais, o poder de dominação sobre os trabalhadores no controle da força de trabalho. Dessa forma,

o padrão flexível de organização da produção modifica as condições sociais e técnicas de organização do trabalho, torna o trabalhador polivalente, abre perspectivas de mobilidade social, mas também intensifica a tecnificação da força produtiva, potenciando-a. O trabalhador é levado a ajustar-se às novas exigências da produção de mercadoria e excedente, lucro ou mais valia. Em última instância, o que comanda a flexibilização do trabalhador é um novo padrão de racionalidade do processo de reprodução ampliada do capital em escala global (IANNI, 2011, p. 129).

O trabalho flexibilizado exige, conforme Montaño e Duriguetto (2010), um trabalhador “pluriespecializado” e “polivalente”, preparado para desenvolver diferentes atividades ao mesmo tempo, disposto a defender os interesses da empresa e por isso, concede ao capital, além da força de trabalho o seu saber intelectual.

No processo de relação entre patrão e empregado, mesmo diante do papel regulador do Estado, sindicatos, às vezes atrelados à classe patronal, e mesmo trabalhadores preocupados com o desemprego, assinam acordos trabalhistas com a prevalência do interesse do mercado. A flexibilização do trabalho causa sobre a força de trabalho impactos perversos e pode ser entendida como

liberdade por parte da empresa para demitir uma parcela dos seus empregados, sem penalidades, quando a produção e as vendas diminuem, liberdade para a empresas, quando a produção assim o requer, de reduzir o horário de trabalho ou de recorrer a mais horas, respectivamente e sem

aviso prévio; faculdade por parte da empresa de pagar salários reais mais baixos, seja para solucionar negociações salariais, seja para que ela possa participar de uma concorrência internacional; possibilidade de a empresa subdividir a jornada de trabalho em dia e semana de sua conveniência mudando os horários e as características (trabalho por turno, por escala, em tempo parcial, horário); possibilidade de contratar trabalhadores em regime de trabalho temporário, de fazer contratos por tempo parcial e outras formas de trabalho atípico (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2010, p. 202).

De acordo, com Alves (2010), o novo complexo de (re)estruturação produtiva é comandado por corporações transnacionais, denominados agentes do capital, que impõem mecanismos para revolucionar e transformar o processo de produção. Assim, a reestruturação produtiva constitui-se em uma ofensiva do capital no âmbito da produção e provoca alterações decisivas no mundo do trabalho, como as mudanças nas formas de organização do trabalho e no processo sócio-histórico da classe trabalhadora.

Os trabalhadores enfrentam formas de inserção no mercado pautados nos regimes e contratos que preveem a substituição do emprego por tempo indeterminado pelo emprego temporário, e a contratação direta entre patrão e empregado pode ser mediada pela terceirização. Esta última forma de contratação decorre do surgimento de empresas prestadoras de serviço que contratam profissionais que prestam serviço a outras empresas.

De acordo com Ianni (2011), no mundo globalizado, tanto o capital e a tecnologia, como a força de trabalho e a divisão do trabalho possibilitam o surgimento de um novo mundo. Cresce o movimento de migração dos povos – diferentes raças, cultura e civilizações – que ultrapassam as fronteiras e se misturam a outros com a possibilidade de estabelecer articulação entre as nações. Nesse processo de transformação, ocorre também a desterritorialização e reterritorialização, com a procura de novos horizontes e espaços inevitavelmente transforma identidades. O autor assinala que “o exército industrial de trabalhadores atinge dimensões mundiais, mesclando, sob novas modalidades, raças, idades, religiões, línguas, tradições, lutas, expectativas, ilusões” (IANNI, 2011, p. 132).

O excedente da força de trabalho no mundo globalizado parece não se exaurir, pois o capital possui o poder de buscar trabalhadores nos quatro cantos do mundo. A diversidade de trabalhadores desempregados ou inseridos no trabalho precarizado expressa-se de forma globalizada nas determinações da questão social, como o desemprego cíclico e estrutural, crescimento da pobreza absoluta e relativa,



intensificação da exploração da força de trabalho e todas as formas de discriminação. O “elemento básico da questão social está presente na dissociação entre trabalho e apropriação, ou simplesmente alienação” (IANNI, 2011, p. 135).

O desemprego tem uma relação orgânica com a questão social. Trata-se de uma perversidade, pois, tal situação pode levar o trabalhador à perda dos direitos sociais e trabalhistas negando-lhe a sua condição de sujeito de direitos. A fome, a miséria, a doença, o analfabetismo, a falta de moradia e inúmeras expressões conduzem o trabalhador às ruas, ao uso de droga, à prostituição, ao abandono dos filhos, à promoção ou usufruto do trabalho infantil, ao roubo, ao crime, isto é, à prática de contravenção.

De acordo com Ianni (2011, p. 141), “a questão social revela-se produto e ingrediente da globalização do capitalismo”. Neste sentido, as múltiplas expressões da questão social são resultantes da relação capital e trabalho que não contempla a riqueza social produzida em escala mundial, apropriada pelo capital que concentra e centraliza a riqueza fazendo acelerar a desigualdade social. Para ampliar a acumulação de lucro, o capital impõe a sua própria dinâmica no processo de produção, e, para tanto, intensifica a capacidade de produção dos trabalhadores e introduz formas desumanizadas gerando ao mesmo tempo riqueza e miséria.

De acordo com estudo realizado por Boschetti (2012) as principais tendências de mudanças, após as sucessivas manifestações da crise do capital que assolaram os países capitalistas centrais e periféricos nos últimos anos, “mostram que a taxa de desemprego na União Européia atingiu 9,7%, em 2011, maior índice registrado no período entre 2009 e 2011” (BOSCHETTI, 2012, p. 765).

Segundo Boschetti (2012), no ano de 2011, a Espanha vivenciou um dos maiores aumento de desemprego, 21,7%, seguido pela Grécia, 17,78%, Portugal 12,9%, e Itália, com 8,4%. Fundamentada nos dados pesquisados, a autora afirma que os países da Europa vivenciaram o crescimento de ocupações temporárias em relação ao total dos empregos o que representa mais um indicador da precarização das relações de trabalho. Nesse sentido,

o que se verifica é que países como França, Alemanha, Países Baixos, Suécia, Finlândia em que as ocupações temporárias eram residuais e que tradicionalmente desenvolveram empregos estáveis de longa duração protegidos e com contratos de duração indeterminada, vêem se degradar seu mercado de trabalho com aumento combinado do desemprego de longa duração e de empregos temporários (BOSCHETTI, 2012, p. 769).

De acordo com Boschetti (2012), uma das principais causas de empobrecimento da classe trabalhadora é o desemprego de longa duração associado à redução das prestações sociais em alguns países da Europa.

O crescimento do desemprego e o empobrecimento da classe trabalhadora é uma tendência mundial e alcança, sobretudo países periféricos, como o Brasil. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a taxa de desocupação no país foi estimada em 6,2% em junho de 2011 e corresponde a 1,5 milhões de pessoas desocupadas e não apresentou variações significativas nas regiões metropolitanas pesquisadas. Assim, a taxa de desocupação mensal em junho de 2010 foi de 7,0% e, em maio de 2011, de 6,4% (IBGE, 2010). Em 2011, houve uma redução do índice de desemprego.

“O sistema capitalista atingiu uma fase do desenvolvimento histórico em que o desemprego é a sua característica dominante”, afirma Meszáros (2006, p. 31). Vive-se um momento em que o trabalhador (re)ingressar no mercado de trabalho parece uma realidade distante. O desemprego tornou-se estrutural e as novas configurações do mundo do trabalho dificultam o desenvolvimento de políticas para solucionar o “problema” do desemprego.

A globalização, o complexo de reestruturação produtiva imposto pelo capital resultou em relevantes transformações no mundo do trabalho e teve consequências decisivas para a sociedade capitalista e para o conjunto da classe trabalhadora nos aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais. Assim, segundo Ianni (2011),

a globalização do mundo expressa um novo ciclo de expansão do capitalismo, como modo de produção e processo civilizatório de alcance mundial. Um processo de amplas proporções envolvendo nações e nacionalidades, regimes políticos e projetos nacionais, grupos e classes sociais, economias e sociedades, culturas e civilizações. Assinala a emergência da sociedade global, como uma totalidade abrangente, complexa e contraditória. Uma realidade ainda pouco conhecida, desafiando práticas e idéias, situações consolidadas e interpretações sedimentadas, formas de pensamento e vãos da imaginação (p. 11).

O capitalismo encobre a relação de exploração da força de trabalho. Os direitos trabalhistas regulamentam os contratos de trabalho, mas formalizam também as diferentes formas de exploração, a exemplo do trabalhador que tem a possibilidade vender sua força de trabalho com seus próprios instrumentos, como ocorre com as indústrias de fações de roupas, dentre outras. O trabalhador, por sua

vez, envolve-se em uma névoa que o impede de perceber a dupla exploração da força de trabalho e dos seus instrumentos.

O discurso ideológico do modelo de gestão empresarial defendido pelo capital trabalha na direção de racionalizar

as diversas subjetividades presentes no processo produtivo – da gerência ao chão da fábrica – de maneira a garantir um comportamento padrão e homogêneo facilite a introdução das inovações organizacionais e tecnológicas necessárias à manutenção da competitividade das empresas no quadro do capitalismo contemporâneo (WOLF, 2010, p. 308).

O capitalismo para garantir sua reprodução e sobrepujar as crises estruturais, modifica as relações de produção e cria alternativas para superação das crises, com a finalidade de garantir a acumulação de lucros. Nesse sentido, a materialização da tecnologia pode constituir-se em um instrumento de dominação do capital sobre o trabalho e de permanente controle sobre o conjunto da classe trabalhadora. Assim, as políticas de gestão do trabalho apropriam-se da tecnologia no processo de produção com o objetivo de exercer o poder de manipulação e exploração do trabalhador. É a utilização da tecnologia no sentido inverso. O capital expropria a dimensão intelectual do trabalhador e dela se apropria.

Os programas de qualidade de vida e fóruns participativos, dentre eles, a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (Cipa) inserem-se na dimensão organizacional desde o começo da década de 1970 e, a partir de 1990, agregam-se a programas de qualidade total (PQT). Tais programas desenvolvem ações que envolvem cultura, valores, comportamentos e relações sociais e apresentam propostas que incentivam a participação de todos os trabalhadores com a discussão de temas variados relacionados à saúde, estresses, condições de trabalho, dentre outros (FREIRE, 2010).

Esses programas preveem promoção de uma relação harmônica e cooperativa entre capital e trabalho (WOLF, 2010). Trata-se de um discurso ideológico que tende a manter e intensificar a relação social de produção e sua otimização. Esses programas têm a finalidade de moldar um perfil de trabalhador para atender às exigências do capital, assim, como adequá-lo às inovações tecnológicas, informática, automação, instrumentos de trabalho fundamentais para o desenvolvimento político-econômico. Desse modo, “os programas de qualidade total recriam estratégias e formas de dominação do trabalho” (ANTUNES, 2006, p. 21).

Quanto mais a sociedade capitalista se desenvolve, mais densa é a névoa que encobre a relação de exploração do trabalho sobre o trabalhador.

A Cipa também se inclui na proposta de trabalho desenvolvida pelos programas de qualidade total e passa a ser utilizada por esse modelo de gestão administrativa referente à segurança do trabalho. De acordo com a Norma Regulamentadora (NR) 5, a Cipa,

tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador (BRASIL, 1978).

Trata-se de uma comissão estratégica em que os próprios trabalhadores se responsabilizam pelas condições de trabalho. A Cipa foi contemplada pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, nos artigos 162 a 165, e foi oficialmente instituído pelo Decreto-lei nº 7.036, de 10 de novembro de 1944. Sua regulamentação deu-se pela lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977 (BRASIL, 1977).

O modo como a reestruturação produtiva apropria-se da participação torna-se “gerencialista, utilizada de forma limitada, dirigida e controlada segundo os interesses imediatos da produção e fundamentada em diretrizes e práticas funcionalistas, abstratas, idealizadas e dirigidas a um só consenso” (FREIRE, 2010, p. 184).

Segundo Alves (2010), com o a complexo de reestruturação produtiva o capital provoca cruciais alterações no mundo organizado do trabalho e se ampliam as formas de exploração em relação aos trabalhadores, submetendo-os à extensa jornada diária de trabalho, a reduzidos salários, trabalho part-time com carga horária e salários reduzidos sem a garantia de proteção social e, em alguns casos, em ambientes insalubres. Dessa forma, o capitalismo impõe forma sutil de exploração, e ainda, existem mecanismos instituídos pelo sistema como a ideologização por meio do trabalho, a competitividade, considerado estratégica para a ascensão social, confundida com “melhoria da qualidade de vida”.

A “regulamentação da jornada de trabalho se apresenta, na história da produção capitalista como luta pela limitação da jornada de trabalho, um embate que se trava entre a classe capitalista e a classe trabalhadora” (MARX, 2012, p. 273). Trata-se de uma discussão desde meados do século XVIII e, sobretudo, do século

XX. O entendimento é de que a extensa jornada afeta cotidianamente a vida os trabalhadores, pois a vida não é só trabalho, e o trabalho deve possibilitar aos trabalhadores viver a sua vida fora do ambiente de trabalho, com garantia da emancipação, liberdade e justiça social.

Contraditoriamente, o capital invade os espaços da vida do trabalhador, em especial os momentos destinados ao descanso, ao lazer, à sociabilidade com a família e amigos. A lógica do capital compatibiliza, conforme Antunes (2010), a relação entre capital e trabalho livre para atender às necessidades do mercado. O capital alcança também o espaço da vida privada.

A “força de trabalho do operário assalariado só pode ser trocada por capital, multiplicando-o, fortalecendo o poder de que ele é escravo” (MARX, 2010, p. 49). Assim, capital e trabalho estabelecem aspectos de uma mesma relação, e um condiciona o outro. O operário assalariado depende do capital para viver se permanecer na condição de assalariado. O capital explora a força de trabalho e se apropria do trabalho excedente para acumulação de mais-valia.

Segundo Marx (2010), o rápido crescimento do capital pode resultar na competição desenfreada de trabalhadores por postos de trabalho. Para o trabalhador, é necessário de que o sistema se desenvolva, pois, em países com bom desenvolvimento econômico, a mão de obra passa a ser mais valorizada. Assim, a contradição materializa-se, o crescimento do capital, responsável pela coisificação do homem, passa a ser desejado pelos trabalhadores para ampliação do número de postos de trabalho e valorização da força de trabalho.

Historicamente, o capitalismo passou por inúmeros períodos de depressão, mas é possível afirmar que sempre buscou alternativas para superação das crises e garantir a recuperação de lucros, mas com profundas transformações no mundo do trabalho e consequências cruciais para o conjunto da classe trabalhadora. No período posterior à Segunda Guerra Mundial, o capital criou mecanismos para consolidação e ampliação do capitalismo monopolista, que representa a concentração e centralização do capital com a introdução de novas formas de organização e gerenciamento da produção e também mudanças nas formas de regulação social (MONTAÑO; DURIGUETO, 2010).

As mudanças na produção e o desenvolvimento tecnológico provocaram impactos relevantes na política econômica e resultaram na alteração do modo de produção industrial, com a globalização, a mundialização e a chamada terceira

revolução industrial e tecnológica, como alternativas para superação das crises das décadas de 1970 e 1980. Neste sentido, as transformações em curso revolucionam os processos de trabalho com a introdução de tecnologia de ponta e a consequente substituição do taylorismo/fordismo para o toyotismo que faz surgir um perfil de trabalhador que atenda aos requisitos impostos pela nova gestão empresarial da força de trabalho que requer um trabalhador qualificado, polivalente e participativo, com envolvimento nos aspectos de interesse da empresa, com o intuito de capturar a subjetividade dos trabalhadores em busca do consenso (KAMEYAMA, 2010).

Os efeitos da reestruturação produtiva da acumulação flexível resultam na fragmentação da força de trabalho, no surgimento do trabalho precarizado e ainda a utilização de novas tecnologias que favorecem o desaparecimento de algumas profissões e a criação de outras, cuja finalidade é a transformação do perfil do trabalhador e a manutenção de um cadastro de reserva (KAMEYAMA, 2010). Assim, o capital busca sempre formas para superar as crises na economia e garantir a permanente acumulação de lucros em detrimento da crescente desigualdade social.

#### **1.4 Reestruturação produtiva no Brasil no final do século XXI**

A reestruturação produtiva teve início na década de 1980 e as empresas passaram a adotar diferentes modelos de organização social do trabalho, utilizando tecnologia e informatização sustentada nos programas de “qualidade total” que apresentam como proposta o envolvimento dos trabalhadores nos planos das empresas, na perspectiva de estimular o crescimento da produção e ampliação do lucro (ANTUNES, 2006).

O padrão de acumulação capitalista, de acordo com Nogueira (2006; 2010), centra-se no processo de exploração do trabalhador, nesse sentido, as empresas e órgãos públicos fundamentados nas formas de organização do trabalho exigem profissionais “qualificados” e polivalentes, dispostos a sujeitarem-se às modalidades do processo produtivo. Assim, as formas precárias de contratação submetem o trabalhador à sobrecarga de tarefas e jornada de trabalho exaustiva, e, ainda cumprimento de metas de produtividade com constante vigilância das chefias.

De acordo com Antunes (2006), na segunda metade da década de 1980 as indústrias dos setores metal, mecânico, automobilístico, petroquímico, siderúrgico e bancário, preocupados em recuperar a economia, investiram nas inovações

tecnológicas por meio da automação industrial e marcaram de forma decisiva a reestruturação produtiva no Brasil.

Na lógica do capital, “quanto mais aumenta a competitividade e a concorrência intercapitais, interempresas e interpotências políticas do capital, mais nefastas são suas consequências” (ANTUNES, 1999, p. 19). Trata-se de uma crise estrutural que assola a (des)sociação,

destrói-se a força humana que trabalha; destroçam-se os direitos sociais; brutalizam-se enormes contingentes de homens e mulheres que vivem do trabalho; torna-se predatória a relação produção/natureza, criando-se uma monumental sociedade do descartável (ANTUNES, 1999, p. 19).

O Brasil, da década de 1990, de acordo com Antunes (2006), foi marcado pelas configurações ocorridas no capitalismo, pois as definições no Consenso de Washington afetaram o mundo do trabalho. O autor refere-se às transformações no capitalismo que inferem o plano de organização socio-técnica da produção resultante de um processo de reterritorialização e desterritorialização da produção, dentre outros aspectos da reestruturação produtiva e da nova divisão internacional do trabalho e do capital. Neste sentido, inúmeros segmentos da indústria foram atingidos pela ofensiva do capital no processo produtivo.

Antunes (2006) argumenta que a reestruturação produtiva no Brasil desenvolveu-se propriamente nos anos de 1990 quando tem início um processo de acumulação flexível, calcado no ideário japonês que defende formas precárias de contratação da força de trabalho e também a descentralização produtiva.

O modo de produção capitalista, conforme Antunes (2006) reflete-se no conjunto da classe trabalhadora, com o enxugamento da força de trabalho, flexibilização e desregulamentação de direitos sociais conquistados historicamente, resultante das configurações do mundo do trabalho. Dessa forma, só interessa para o capital produtivo nacional e transnacional

a mescla entre os equipamentos informacionais e a força de trabalho qualificada, polivalente, multifuncional, apita para operá-las, porém percebendo baixos salários, muito inferiores àqueles alcançados pelos trabalhadores das economias avançadas, além de regida por direitos sociais amplamente flexibilizados (ANTUNES, 2006, p. 19).

De acordo com Antunes (2006), no contexto de precarização do trabalho, inúmeros segmentos foram afetados como, os setores calçadista, têxtil, dentre outros. Nos dois casos, ampliam-se o trabalho em domicílio, espaço inadequados

para a produção o que pode originar um ambiente insalubre para a família. Trata-se de outra forma de trabalho utilizado pelo capital para a acumulação de riqueza, com o mascaramento dos direitos trabalhistas. Essa forma de trabalho externalizado não garante aos trabalhadores o direito a férias, ao descanso semanal, ao abono natalino, ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), ao Programa de Integração Social (PIS), ao seguro-desemprego, à proteção previdenciária, dentre outros.

O mundo do trabalho expresso na flexibilização das relações trabalhistas diversifica as formas de contratações, associados às precárias condições de trabalho, à exploração da força de trabalho, à jornada de trabalho estressante, ao crescimento do trabalho informal que inferem na proteção social, empobrecem o trabalhador e, sobretudo, faz surgir “perfis de adoecimento no trabalho, como, stress, doença cardíaca, gástrica, lesões por esforço repetitivo, fadiga física e mental, dentre outras manifestações de sofrimento” (BRASIL, 2001, p.19).

O capital faz uso de novas tecnologias e da informatização para aumentar a produção, mas, com a tendência de substituição do trabalho vivo pelo trabalho morto, resultando no crescimento do desemprego e estímulo ao subemprego. Deste modo o trabalhador é submetido a extensa jornada de trabalho e também sofre o comprometimento do tempo livre, à medida que o trabalho por meio da internet invade o espaço domiciliar e retira do trabalhador o direito ao descanso para recomposição da força de trabalho, além de inferir nos relacionamentos da familiares.

As estratégias propostas pelo capital para superação das crises econômicas e políticas sempre recaem sobre a classe trabalhadora, a exemplo da flexibilização dos contratos de trabalho, que nada mais é do que uma forma de reduzir direitos sociais conquistados historicamente e também o emprego formal, em detrimento do emprego temporário, parcial, dentre outros. Nesse sentido,

é com a flexibilização imposta pelas regras de eficiência das empresas que se chega à condição de trabalho precarizado, não continuado e temporário, na qual o trabalhador é abandonado diante de um empresário com o qual ele tem de negociar seu salário e o tempo que vai dedicar ao trabalho (VASAPOLLO, 2006, p. 53).

As novas condições de trabalho, tornam-no precário e sem continuidade, e do trabalhador encontra-se imerso na incerteza do emprego formal, na ocupação



temporária e do desemprego. A incerteza no trabalho gera, sobretudo, a instabilidade da renda familiar e das formas de garantia de sobrevivência do trabalhador (VASAPOLLO, 2006).

## **CAPÍTULO II**

### **SEGURIDADE SOCIAL E SAÚDE DO TRABALHADOR**

A saúde uma das políticas públicas a serem asseguradas na seguridade social e representa importante conquista para a sociedade brasileira. O campo da saúde do trabalhador tem reconhecimento político, constitui um avanço para os trabalhadores, contudo não alcança os trabalhadores na sua totalidade no que se refere à garantia de acesso aos serviços de saúde pública tendo em vista lógica do capital que privilegia o mercado privado dos seguros de saúde, contrapondo-se aos princípios definidos na seguridade social e Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990).

#### **2.1 Seguridade social**

A seguridade social é uma conquista contemplada na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), a qual inclui as políticas de assistência social, saúde e previdência social, consideradas fruto histórico das lutas do trabalho para atendimento às necessidades dos trabalhadores com base nos princípios de universalidade, com o reconhecimento do Estado e do patronato.

As políticas constituem um sistema de proteção social que envolve consenso e pactos políticos e econômicos, mas que nem sempre atendem aos interesses da classe trabalhadora. A concepção da seguridade social abarca todas as políticas de proteção social previstas no artigo 60 da Constituição Federal de 1988 (PEREIRA, 2000).

A seguridade social originou-se com o reconhecimento público em relação aos riscos sociais resultantes do trabalho assalariado. A ampliação das políticas de proteção social deu-se após a Segunda Guerra Mundial, com a finalidade de atender aos direitos sociais dos trabalhadores, por meio de medidas assistenciais àqueles em situação de risco social, sem condições de exercer atividade laborativa para garantir o próprio sustento e da família, em decorrência de doenças, invalidez, desemprego temporário, velhice, morte, dentre outros (MOTA, 2009).

O sistema de seguridade social tem como centralidade a situação de trabalho assalariado – e do não trabalho assalariado – tendo em vista a sua subordinação ao capital. Assim, as políticas de proteção social estão submetidas aos princípios e

valores da sociedade em relação ao trabalho assalariado, conforme as determinações capitalistas. A investida do capital sobre o trabalho ocorreu em especial, no período da década de 1940 até o final da década de 1970 com a priorização do trabalho organizado, com representação sindical e política. Trata-se de um período em que o capital criou estratégias para enfrentar a crise capitalista, com o objetivo de recuperação de lucros, tais como reestruturação dos capitais, mudanças nas formas de organização do trabalho com repercussão na organização sindical dos trabalhadores, redução do papel do Estado nas questões sociais e novas formas de interação entre Estado, sociedade e mercado (MOTA, 2009).

A seguridade social passou por redefinições para atender aos interesses do capital e comprometeu significativamente as políticas de proteção social tendo em vista as proposta de ajuste e reformas, sobretudo para os países periféricos, a exemplo dos latino-americanos. Tais propostas foram estabelecidas pelos organismos financeiros internacionais (MOTA, 2009). Deste modo, essas injunções na política social

têm relação direta com os empréstimos externos, contratados para implementar pacotes que em sua grande maioria já estão prontos e com as condicionalidades definidas. Os destaques são as parcerias comunitárias e/ou com ONGs (organizações não governamentais), a necessidade de focalizar a aplicação dos recursos nos mais pobres, os subsídios à demanda sem ampliação dos recursos públicos, o trabalho com a própria comunidade e a meta de dotar as iniciativas de auto-sustentabilidade (MOTA, 2009, p. 41).

Os mecanismos criados pelo capital para conter a crise capitalista, contribuíram para a desregulamentação do trabalho organizado e a defesa da redução do papel do Estado, delegando ao mercado a regulação das questões sociais mediante iniciativas dos indivíduos e da sociedade civil que se tornam corresponsáveis pelas políticas sociais e, sobretudo, a institucionalização do setor privado que mercantilizam diversos serviços de competência estatal, a exemplo da saúde, previdência, educação, dentre outros (MOTA, 2009).

A partir dos anos de 1988, com a promulgação da Constituição Federal, a sociedade brasileira tem garantido legalmente os direitos sociais, a democracia, os direitos trabalhistas e políticos. A seguridade social brasileira apresenta pressuposto compatível com o estado de bem-estar dos países desenvolvidos, mas, contraditoriamente, os trabalhadores convivem com um mercado de trabalho

excludente, pobreza relativa e absoluta, concentração de renda, dentre outras, situação que contraria a concepção de universalização da seguridade social.

A seguridade social apresenta conteúdos amplos, seguindo modelos de países desenvolvidos que experimentaram o estado de bem-estar, diferentemente do Brasil, onde o mercado de trabalho não absorve a demanda de trabalhadores, a riqueza concentra-se nas mãos de uma minoria e crescem as desigualdades sociais. O Estado não foi capaz de implementar ações para viabilizar o acesso universal às políticas públicas em consonância com a concepção de seguridade. O acesso do cidadão brasileiro às políticas públicas, “esbarra nos limites da democracia formal, na medida em que o processo de socialização da esfera política não teve equivalente na esfera da economia, isto é, do poder econômico constituído ao longo do regime militar” (MOTA, 2009, p. 42-43).

No conjunto de estratégias definidos pelo capital para realização das reformas no âmbito da seguridade social está presente a nova gestão pública de trabalho que incorpora o trabalho precarizado como única alternativa, promove a subsunção do público à iniciativa privada, constituindo formas complementares e serviços públicos (MOTA, 2009).

De acordo com Mota (2009), o discurso do poder dominante, para justificar os ajustes e reformas na seguridade social, envolve o financiamento e o incentivo da participação da sociedade civil na solução das questões sociais por meio de ações voluntárias ou de organizações não governamentais.

Convém retomar que o desenvolvimento da seguridade social após 1964, apresentava uma característica específica relacionada à fragmentação dos serviços públicos, bem como a sua mercantilização, tanto a saúde como a previdência franqueava ao capital privado a prestação de serviços por meio do mercado de seguros, que se tornou um meio de acumulação de lucros. O Estado concedia ainda às empresas a isenção fiscal, com a alegação de que elas colaboravam na prestação de serviços aos empregados (MOTA, 2009).

A fragmentação dos serviços da rede pública e a mercantilização da saúde e previdência foram elementos definidores da tendência atual de seguridade social brasileira, tendo em vista que “cria condições objetivas e subjetivas para uma fragmentação das necessidades e dos interesses mediatos e imediatos dos trabalhadores no que diz respeito aos mecanismos de proteção social” (MOTA, 2009, p. 44).

Segundo Mota (2009), a previdência social transformou-se em seguro social e a saúde, embora seja um direito do cidadão e dever do Estado, tornou-se uma mercadoria disponível no mercado dos seguros de saúde. A assistência social historicamente desenvolveu-se, adquiriu uma ressignificação e transformou-se em uma política estruturadora, para dar conta das demandas desencadeadas pela ofensiva do capital sobre o conjunto da classe trabalhadora. Assim, o capital invade a área previdenciária e, de forma camuflada, incentiva os trabalhadores a tornarem-se proprietários/empresários/homens de negócios com o objetivo de financiar o capital. Conforme análise da autora, tais elementos contribuem para a estruturação da economia e da política, bem como para a restauração do projeto capitalista em esfera mundial que, na área da seguridade social, se traduz nas seguintes tendências presentes na conjuntura atual:

Regressão das políticas redistributivas de natureza pública Privatização e mercantilização dos serviços sociais; Emergência de novos protagonistas, como o voluntariado; Despolitização das desigualdades sociais de classe em face da identificação dos chamados processos de exclusão,; Peso de algumas políticas de seguridade social sobre o mercado de trabalho que esvazia as medidas de enfrentamento à precarização e desproteção do trabalho, em prol de ações pontuais e de duvidosa eficácia contra o desemprego, geração de renda e a formação de mão-de-obra. Do ponto de vista político, as políticas denominadas de trabalho e renda, e que atravessam a seguridade social, podem ser a mais nova modalidade de incorporação das necessidades do trabalho à nova ordem do capital (MOTA, 2009, p. 46-47).

Os caminhos trilhados pela seguridade social durante a ditadura militar com a extensão de cobertura previdenciária a algumas categorias de trabalhadores que estavam fora do sistema contribuíram para a mercantilização de serviços sociais denominados serviços complementares, a exemplo dos planos de saúde e da previdência complementar. Tais medidas comprometeram sobremaneira o desenvolvimento de políticas sociais no atendimento às necessidades da coletividade, uma vez que a proteção social aos trabalhadores passou a ser regulada pelo mercado, representado pelos planos e/ou programas das empresas, seguros sociais privados. Desse modo, o contexto político do final da década de 1970, suscitou nos trabalhadores do núcleo dinâmico da economia a capacidade de luta pelos direitos trabalhistas – melhoria salarial, direito de greve, condições de trabalho, dentre outros – e foi também incluído na pauta de reivindicação o

atendimento às necessidades relacionadas à saúde, à previdência e à assistência social (MOTA, 2009).

Contraditoriamente, o atendimento das reivindicações dos trabalhadores pelas empresas contribuiu para o enfraquecimento da luta coletiva em favor do fortalecimento das políticas públicas de proteção social e conseqüentemente, o núcleo de resistência cooptado pela burguesia transformou-se em apoio ao capital na defesa das reformas da seguridade social, cujo desdobramento recaiu no desmonte das políticas públicas e na forma de organização do trabalho. Assim “as armas da crítica à seguridade social brasileira foram sendo tecidas no campo da racionalidade capitalista e das contrapartidas sociais destituídas de materialidade e plenas de apelo moral” (MOTA, 2009, p. 48).

A concepção de seguridade social adotada pela Constituição Federal de 1988 ultrapassa a noção de seguro social e incorpora o caráter de universalidade com vistas à garantia da cidadania, contudo, esbarra nos diversos obstáculos presentes nos aspectos políticos e econômicos para viabilizar a estruturação das políticas referentes à saúde, previdência e assistência social de forma a assegurar a proteção social.

O tripé da seguridade social exige uma articulação interpóliticas, pois, trata-se de políticas de relevância pública, com necessidade de intervenção do Estado para implementação das ações indispensáveis à garantia dos direitos sociais. A sociedade brasileira enfrenta inúmeras demandas de ordem social, em razão da permanente investida do capital contra a classe trabalhadora que manifesta inúmeras faces da questão social tendo em vista a determinação de limites para investimento nas políticas públicas e sociais. No entanto, o Estado desenvolve políticas setorializadas, focalizadas e seletivas como acontece com a política de assistência social que seleciona, dentre os pobres, o miserável, para acesso aos programas sociais, além de exigir do “beneficiário” uma contrapartida.

Historicamente, a construção da seguridade social representa um relevante legado para a sociedade brasileira, bem como instrumento de respostas às demandas sociais, tendo em vista a desigualdade social provocada pelas relações econômicas e políticas que geram permanente confronto entre as classes.

Ao longo dos anos, a seguridade social, entretanto vem perdendo o caráter de universalidade do atendimento de forma democrática e descentralizada. A efetiva consolidação das políticas que a compõem necessita da articulação com outras

políticas sociais, além da criação de novos mecanismos que estimulem o resgate da seguridade como sistema de proteção social.

## 2.2 O processo histórico da saúde do trabalhador

Ao tratar dessa temática, é necessário apreender que a “denominação saúde do trabalhador carrega em si as contradições engendradas na relação capital e trabalho e no reconhecimento do trabalhador como sujeito político” (MENDES; WÜNSCH, 2011, p. 464).

A reflexão acerca da saúde do trabalhador requer um adensamento para além dos limites da saúde ocupacional. Trata-se de uma área que envolve determinantes econômicos, bem como expressões da questão social. Assim, o trabalho pode determinar o processo de saúde da população, considerando os impactos provocados, tanto no indivíduo como na natureza, em decorrência das atividades produtivas desenvolvidas.

Conforme a Constituição Federal de 1988, a saúde do trabalhador implica

condições dignas de vida, pleno emprego, trabalho estável e bem remunerado, oportunidade de lazer, informação e participação livre, autônoma e representativa de classe, informação sobre todos os dados relacionados à vida, saúde, trabalho, acesso aos serviços de saúde com capacidade resolutiva em todos os níveis, recusa do trabalho sob condições que desconsiderem estes e outros tantos direitos (BRASIL, 2005, p. 9).

O campo da saúde do trabalhador expande-se, alicerçado nas reconfigurações do mundo do trabalho e, também, por ganhar visibilidade e reconhecimento político, e tem sido contemplado nas políticas públicas e interpúblicas graças à luta dos trabalhadores e da sociedade civil organizada. Apresenta concepção inovadora, entendida como direito de todos e dever do Estado (MENDES; WUNSCH, 2011).

Assim, o processo de adoecimento do trabalhador exige uma discussão sobre as transformações do trabalho mediante a composição diversa da força de trabalho, conforme a reestruturação produtiva que potencia a exploração do trabalhador.

No Brasil, o desenvolvimento da saúde do trabalhador representou teoricamente a superação do modelo de medicina ocupacional, assim, torna-se relevante apresentar brevemente a diferença entre medicina do trabalho, ocupacional e saúde do trabalhador.

A medicina do trabalho surgiu na Inglaterra com a Revolução Industrial no século XIX, quando os trabalhadores eram submetidos a um intenso processo de exploração da força de trabalho, considerada desumana, exigindo do capital respostas como forma de preservar e manter o próprio processo de produção capitalista. Assim, criou-se, em 1930, o primeiro Serviço de Medicina do Trabalho, cuja principal finalidade era defender os interesses dos empregadores, com a centralização dos serviços no médico, profissional responsável para definir as estratégias de prevenção dos danos à saúde em decorrência dos riscos do trabalho e a ocorrência relacionada dos problemas de saúde (MENDES; DIAS, 1991). Nesta perspectiva a medicina do trabalho tem o objetivo de

contribuir ao estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores, conferindo-lhe um caráter de onipotência, próprio da concepção positivista da prática médica (MENDES; DIAS, 1991, p. 342).

Segundo Mendes e Dias (1991), a adaptação do trabalhador ao trabalho e a manutenção da saúde exprime uma concepção mecanicista da medicina científica, uma vez que o trabalhador é apreendido como uma máquina e essa perspectiva coaduna-se com a administração científica defendida por Taylor.

A ocorrência de acidentes e doenças do trabalho em virtude da sobrecarga de trabalho a que era submetido o trabalhador, no período posterior à segunda Guerra Mundial, gerou inquietação dos patrões pelas inúmeras vidas perdidas, mas, sobretudo, pela perda de mão de obra e as companhias de seguros estavam preocupadas somente com o pagamento de indenizações para trabalhadores vitimados. Nesse período, a indústria passava por um acelerado processo de desenvolvimento tecnológico com a introdução de novos equipamentos e exigia uma nova divisão internacional do trabalho, mas, paralelamente ao crescimento da indústria, crescia também os agravos à saúde do trabalhador e a medicina do trabalho não conseguia desenvolver ações para sanar tais problemas (MENDES; DIAS, 1991).

Assim, priorizou-se a ação médica voltada para o trabalhador e se passou a intervir sobre o ambiente, utilizando conhecimento de outras disciplinas e profissões. A partir de então, surgiu a saúde ocupacional nas empresas, com a finalidade de atender aos interesses do capital relativos à produção e com o foco nas equipes multiprofissionais com atenção centrada na higiene industrial (MENDES; DIAS,



1991). As autoras assinalam que o modelo de saúde ocupacional não atingiu os objetivos propostos, pois:

mantém o referencial da medicina do trabalho firmado no mecanicismo; não concretiza o apelo à interdisciplinaridade; a capacitação de recursos humanos, a produção de conhecimento e de tecnologia de intervenção não acompanham o ritmo da transformação dos processos de trabalho; o modelo, apesar de focar a questão no coletivo de trabalhadores, continua a abordá-los como objeto das ações de saúde e a manutenção da saúde ocupacional no âmbito do trabalho, em detrimento do setor saúde (MENDES; DIAS, 1991, p. 344).

O modelo de saúde ocupacional surgiu e se desenvolveu em um contexto político e social complexo e não foi capaz de responder satisfatoriamente às demandas apresentadas pelo trabalhador e, de certa forma, nem aos interesses do capital. A saúde ocupacional apresenta características próprias que podem se refletir de formas distintas nos diferentes contextos políticos, econômicos e sociais e nas formas de organização do trabalho e da saúde. A insuficiência da proposta de saúde ocupacional tornou-se evidente com o movimento social renovado que surgiu em países como Alemanha, França, Inglaterra, Estados Unidos da América e Itália, mas que alcançou outros países. Os trabalhadores questionavam sobre o sentido do trabalho na vida do indivíduo, sobre a saúde, e exigia do Estado a participação dos trabalhadores nos assuntos relativos à saúde e à segurança. Com as reivindicações dos trabalhadores, ocorreram mudanças relevantes na legislação trabalhista e na saúde e segurança dos trabalhadores com a introdução de leis de proteção à saúde do trabalhador (MENDES; DIAS, 1991).

Até a década de 1970, o entendimento sobre a saúde referenciava-se em uma “concepção positivista com ampla autonomia da medicina, estando a mesma no mesmo nível econômico, político e educacional e a suposição de que seria possível transformar a sociedade a partir desses vetores (MENDES; DIAS, 1991). A proposta de saúde ocupacional recebia várias críticas por defender uma concepção positivista da saúde com atenção voltada somente ao curativo/medicalização com forte tendência de reproduzir os interesses do capital.

As alterações nas formas de organização do trabalho evidenciam a relevância da relação trabalho e saúde e demonstram a necessidade de definição de mecanismos para mudar as condições de trabalho, com objetivo de prevenir os riscos à saúde dos trabalhadores, e, para tanto, exige uma concepção para além da saúde ocupacional. Nesta perspectiva, após inúmeros anos de lutas e reivindicações

dos trabalhadores por meio de movimentos sociais e sindicais, vislumbra-se na esfera das relações trabalho e saúde, a reconfiguração da saúde do trabalhador, que representa uma área significativa no processo de elaboração da saúde pública. Assim,

a saúde do trabalhador considera o trabalho enquanto organizador da vida social, com espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituição, e do fazer histórico (MENDES; DIAS, 1991, p. 347).

Esse processo histórico permeado de relações contraditórias, os trabalhadores como sujeitos podem contribuir para a elaboração de estratégias, com a possibilidade de criação de políticas de proteção social à saúde do trabalhador nos diferentes contextos políticos, econômicos, sociais e culturais nas quais está inserida a classe trabalhadora.

O processo de saúde é a interação entre inúmeras situações sociais. A saúde também se relaciona ao modo de vida de cada cidadão, assim condições adequadas de moradia, alimentação, trabalho e emprego, acesso às políticas públicas e sociais – educação, saúde, assistência social, previdência social, dentre outras – acesso aos bens e serviços socialmente produzidos são fatores que contribuem direta ou indiretamente para evitar o adoecimento dos trabalhadores, ao estabelecer relação com as condições de trabalho. Deste modo,

verifica-se a existência de uma complexa interação entre aspectos físicos, psicológicos e sociais relevantes para a compreensão daquilo que seja a história humana, os quais não deixam dúvidas quanto ao fato de que a saúde e o adoecimento, o viver e o morrer dos indivíduos estão diretamente relacionados a questões que ultrapassam análises de sua causalidade e multicausalidade (MENDES, 1999, p. 88).

A saúde do trabalhador é complexa, e o conhecimento interdisciplinar torna-se indispensável para a intervenção do Estado, de empresas e de trabalhadores nessa área, que é relevante para investigação e intervenção, considerando as mudanças no mundo do trabalho que provocam consequências cruciais para os trabalhadores. (MELO *et al*, 2010).

De acordo com Melo *et al* (2010), é possível perceber as mudanças nas formas de adoecimento dos trabalhadores se comparados com o modo de produção fordista, no qual incidência de acidentes de trabalho típico (morte, amputação) e as doenças profissionais relacionadas a ramos de produção específicos, bem como

silicose, benzenismo, asbestose e hidrargerismo, os números eram significativos, mas, na atualidade, pode-se verificar o surgimento de outras doenças relacionadas ao trabalho com possível associação a distúrbios psíquicos e emocionais. Assim, saúde tem relação com as condições ambientais, sociais e supera a concepção da medicina tradicional que associava o adoecimento ao processo individual, sem considerar a relevância do fator histórico.

De acordo com Ribeiro (2010) o processo de saúde comporta uma relação direta com o trabalho em razão das condições materiais em que o trabalhador desenvolve suas atividades. No entanto, o reconhecimento dessa situação pelo Estado e padrões ocorre com certa resistência, mas a introdução da saúde do trabalhador como política pública, prevista na Constituição Federal de 1988 e a sua legitimação na Lei Orgânica da Saúde (LOS) foi uma resposta do poder público para a classe trabalhadora, em virtude do contexto político, econômico, social e cultural que se apresentava naquele momento histórico. Considera-se um desafio a consolidação dos preceitos constitucionais de garantia da proteção ao trabalhador nas situações de adoecimento do trabalho, no tocante as ações do Estado, que desenvolve ações de forma isolada, setORIZADA, distante da universalidade de acesso aos direitos sociais.

A política social desempenha papel fundamental para as dimensões econômicas e sociais, como forma de garantir os interesses dos trabalhadores, em especial, quando o Estado tende a defender os interesses privados, como no caso da saúde, ao favorecer o mercado de seguros e o permanente incentivo dos indivíduos para a aquisição desse tipo de serviço. A esse respeito, Vieira (2007, p. 61), assinala que “não existe direito sem sua realização e sem mediação”. Sem a efetivação dos direitos, a política social continuará presa na legislação e irrealizada. No tocante à política de atenção à saúde do trabalhador, torna-se necessário ultrapassar os limites da burocracia, do tecnicismo e da intenção política para a viabilização de ações de atenção à saúde do trabalhador. A introdução da automação e microeletrônica nos processos produtivos tinha como finalidade intensificar o processo produtivo com tempo reduzido e maior utilização do trabalho, e, contraditoriamente, também contribuiu para a redução da morbidade e da mortalidade determinadas pelas precárias condições de trabalho. As configurações processadas no modo de produção alteraram as formas de acidentes e doenças

típicas relacionadas ao trabalho, mas desencadearam doenças consideradas atípicas,

sem materialidade objetiva demonstrável, como as do sistema osteomioesqueléticas, como as lesões por esforço repetitivo, , mialgias e fibromialgias, as cardiovasculares, as gastroentéricas, do psiquismo e comportamentais (RIBEIRO, 2010, p. 312).

Segundo Ribeiro (2010), a inversão da prevalência nas formas de adoecimento deve-se à intensificação e ritmos de trabalho com ampla produção e produtividade de cada trabalhador, bem como mudanças nos modos de trabalho e de vida dos trabalhadores, dentre outros: A “saúde do trabalhador manifesta-se no seu estado biopsíquico, relacionada com as condições materiais e sócio-políticas presentes no processo e condições de trabalho e de vida do trabalhador” (FREIRE, 2010, p. 168). A concepção relativa à saúde do trabalhador é fruto do movimento brasileiro de reforma sanitária das décadas de 1970 e 1980, que contou com a participação de vários intelectuais preocupados com a saúde no Brasil e resultou na construção do conceito de saúde do trabalhador, entendida como saúde coletiva (FREIRE, 2010). Neste sentido,

a saúde do trabalhador entende o social como o determinante das condições de saúde e, sem negar que os doentes devam ser tratados e que seja necessário prevenirem-se novas doenças, privilegia ações de promoção da saúde. Entende que as múltiplas causas das doenças tenham uma hierarquia entre si, não sendo neutras e iguais, havendo algumas causas que determinam outras (MENDES, 1999, p. 81).

O tradicional conceito de saúde do trabalhador, nos moldes da medicina do trabalho e saúde ocupacional, envolve paradigmas produtivistas e mercantilistas dos anos de 1930, cujo objetivo era a prevenção da doença sem considerar as relações sociais e produtivas. O conceito de saúde do trabalhador, como “o completo estado de bem-estar físico, psíquico e social” foi elaborado pelo comitê misto da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Organização Mundial de Saúde (OMS), em Genebra, em 1950 (FREIRE, 2010).

A concepção de saúde do trabalhador implica o desenvolvimento de ações amplas de forma que alcancem a coletividade e atribui ao trabalhador a denominação de sujeito, cidadão de direito, que espera do poder público o atendimento das suas necessidades, em razão da complexidade do processo de saúde para o conjunto dos trabalhadores. Assim, “a saúde do trabalhador pressupõe

articulação entre diferentes alternativas de intervenção que contemplem as diversas formas de determinação do processo de saúde dos trabalhadores” (MENDES, 1999, p. 78).

De acordo com Bravo (1999), as transformações econômicas e políticas da década de 1930 e a pressão do operariado exigiam do poder público a intervenção no campo da saúde para o atendimento das suas necessidades básicas. A realidade socioeconômica da década de 1930, segundo a autora, tinha como palco a dinâmica da acumulação capitalista e a industrialização, cenário de desenvolvimento das expressões da questão social que requisitava do Estado redefinição do seu papel de intervenção. Neste sentido, o Estado formulou a política de saúde de âmbito nacional, dividida em duas áreas, saúde pública e medicina previdenciária. Para Bravo (1999), a década de 1930 foi marcada por um processo de industrialização, cujo contexto econômico e político propiciava o surgimento da questão social e, particularmente, da saúde. A industrialização constituía-se em um modo de acumulação capitalista, de crescimento da classe trabalhadora e de urbanização. Nesse contexto surgiram inúmeras expressões da questão social dos trabalhadores, como precárias condições de moradia, e de saúde, dentre outras.

A área de saúde pública predominou até a década de 1960 e priorizava os serviços de atendimentos de condições sanitárias mínimas para pessoas do meio urbano e atendia de forma restrita as populações do meio rural. A partir de 1966 a área de medicina previdenciária passou a dominar a saúde pública. Bravo (2009), fundamentada nos estudos de Braga e Paula (1986), afirma que as principais alternativas adotadas para a saúde pública no período de 1930 a 1940 centravam-se,

nas campanhas sanitárias; coordenação dos serviços estaduais de saúde do Estado de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de saúde; Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades. Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados os dois primeiros pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana). Reorganização do Departamento Nacional de Saúde em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública (BRAVO, 2009, p. 91).

A política nacional de saúde formulada na década de 1930 solidificou-se no período de 1945-1950 e, durante a Segunda Guerra Mundial, criou-se o serviço

Especial de Saúde Pública, por meio do “convênio com órgão do governo americano” (BRAVO, 2009, p. 92).

De acordo, com Bravo (2009), o Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAP), instituído na década de 1930, representava a medicina previdenciária e o seu objetivo consistia em prestar atendimento médico e garantia de benefícios aos trabalhadores assalariados da zona urbana, mediante contribuição, porém sem ampliar os “benefícios oferecidos” pelos institutos.

Em relação à saúde do trabalhador, segundo Santana e Silva (2008) a atenção estava centrada na realização de exames médicos para admissão e não havia a preocupação com ações preventivas nesse campo da saúde.

Segundo Faleiros (2010), a literatura sobre saúde do trabalhador indica que a Lei de 1919, proposta por Adolfo Gordo, por meio de um projeto, tornou-se a primeira legislação social de âmbito nacional que previa a indenização para trabalhadores nas situações de acidentes decorrentes de acidentes do trabalho. A lei não previa ação de prevenção de acidentes no trabalho, que eram considerados como algo natural.

De acordo com Faleiros (2010), a legislação de saúde e de segurança no trabalho passou por algumas alterações nos anos de 1934 e 1944, durante o governo de Getúlio Vargas, e determinavam a intervenção do Estado em companhias de seguros contra acidentes de trabalho. Em relação ao regime de indenização, reduziu-se a participação de companhias e seguros privados com a perspectiva de transferir para o Estado o controle dos seguros de acidentes de trabalho. Nesse período, não havia a preocupação preventiva referente à saúde do trabalhador, as ações centravam-se somente no curativo e pagamento de indenizações nos casos de danos à saúde, em decorrência de acidentes de trabalho.

O processo de industrialização no governo de Vargas, na década de 1930 contribuiu para o aumento de acidentes de trabalho nas fábricas e empresas e ocasionou uma reação dos trabalhadores, o que obrigou o Estado a atender às reivindicações com relativas à segurança no trabalho.

De acordo com Faleiros (2010), o Decreto nº 24.637, de 10 de julho 1934, e o Decreto lei nº 7.036, de novembro de 1944, que dispunham sobre as ações de saúde e segurança no trabalho, consolidadas em 1955, permaneceram sem alterações, mesmo após a queda de Vargas. Em 1960, criou-se a Lei de Previdência

Social, que regulamentava os diversos institutos de previdência. No entanto, nos anos 1960, a política de saúde e segurança no trabalho torna-se prevenção dos acidentes de trabalho por meio de uma legislação proposta em 1967, convertida em lei e promulgada em 1976.

No período da ditadura militar, os trabalhadores eram impedidos de qualquer forma de organização, sobretudo para reivindicação de direitos sociais e políticos. Qualquer forma de manifestação podia ser considerada “ameaça à segurança nacional”, e as pessoas envolvidas corriam o risco de serem presas, torturadas ou mesmo executadas.

A contradição entre capital e trabalho que gera desigualdades, concentração de renda, condições precarizadas de trabalho, dentre outras, leva os trabalhadores a lutarem por melhores condições de trabalho, bem como exigirem implantação de medidas de proteção à saúde e à segurança no trabalho. Por meio dos sindicatos, mesmo sob tutela do Estado e com a repressão com relação às greves, os trabalhadores representavam ameaça para a classe dominante e, para evitar a pressão dos trabalhadores o “Estado intervém nos seguros contra acidentes de trabalho e no controle das condições de trabalho” (FALEIROS, 2010, p. 24).

No o processo de industrialização, a prevenção de acidente e doenças relacionadas ao trabalho torna-se necessário e de interesse do capital, contudo requer a intervenção do Estado. Nessa direção, o trabalho passa a ser controlado de forma indireta por médicos, engenheiros e supervisores de segurança e “o conteúdo das políticas de saúde e segurança no trabalho modifica-se segundo as conjunturas e as relações das forças em confronto” (FALEIROS, 2010, p. 24).

A política de saúde no período da ditadura representou “a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico, social e político que modelou um país novo” (BRAVO, 2009, p. 93). Nesse contexto os “problemas” de ordem estrutural tornaram-se cada vez mais complexos, e, enquanto o governo ditatorial procurava amenizar os conflitos sociais por meio de uma política de repressão, também promovia ações assistenciais, com o objetivo de legitimar o poder em atendimento aos interesses do capital.

Os serviços de saúde prestados à população no período de 1945 a 1964 não conseguiram reduzir os índices de morbidade e mortalidade infantil e a mortalidade em geral e nem combater as doenças infecciosas e parasitárias. A política de saúde implementada no Brasil naquele período era direcionada para contribuintes da

previdência social. Aqueles que dispunham de recursos financeiros buscavam assistência médica privada, e os pobres, desempregados e miseráveis, estavam sujeitos à ação das Santas Casas de Misericórdia (BRASIL, 2005).

No sistema capitalista, a saúde torna-se uma mercadoria, regulada pelo mercado e desenvolvimento da medicina previdenciária, em detrimento da saúde pública. As ações referentes à medicina previdenciária centravam sua atenção em práticas curativas sob comando do setor privado. O Ministério da Saúde executava as ações de caráter coletivo, dissociado do atendimento individual. Tais ações limitavam-se a campanhas e programas relativos à prevenção, bem como, vacinação, doenças específicas e endemias (BRASIL, 2005).

Convém retomar que, a partir de 1966 o governo promoveu a unificação dos institutos de aposentadorias e pensões (laps), sob o controle do Estado e atribuiu aos trabalhadores o papel de financiar a previdência. Assim, a saúde pública, bem como a medicina previdenciária, priorizavam a medicalização. Esta última, a partir de sua reestruturação, em 1966 desenvolveu-se, em detrimento da saúde pública (BRAVO, 2009).

Bravo (2009), fundamentada nas obras de Oliveira e Teixeira Fleury (1986, p. 207), afirma que, no contexto da década de 1960, o governo implantou o modelo que privilegiava o produtor privado, conforme as características a seguir:

extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 1973, os trabalhadores rurais, empregados domésticos e trabalhadores autônomos; ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional nas indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar; interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços; organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpra em cada uma das formas de organização da atenção médica (BRAVO, 2009, p. 94).

Em relação à saúde do trabalhador, segundo Santana e Silva (2008), na década de 1970, as ações desenvolvidas centravam-se na assistência médica e concessão de benefícios sociais por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), instituído pelo Decreto Lei nº 72/1966. Em 1967, criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), responsável pela prestação de serviços médicos aos trabalhadores contribuintes.



Conforme Santana e Silva (2008), o atendimento médico aos trabalhadores era realizado pelo próprio instituto e por meio de contratos e convênios firmado com o Inamps. A proteção social aos trabalhadores vítimas de acidentes e/ou doenças relacionadas ao trabalho ocorria por meio da concessão de benefício, como forma de substituição de renda. Naquele período, instituiu-se também o Centro de Reabilitação Profissional para atender aos trabalhadores com incapacidade laborativa.

As políticas de saúde, em geral, bem como as de saúde e segurança no trabalho desenvolvem-se conforme a dinamicidade dos fatos em diferentes contextos históricos, em consonância com as forças em confronto, ou seja, as formas de enfrentamento entre capital e trabalho.

A política de atenção à saúde desenvolvida até 1988 excluía do acesso à saúde à maioria da população brasileira, tendo em vista a exigência da relação de emprego formal para atendimento na medicina previdenciária e a fragilidade da política de saúde pública era decorrente do acirramento das expressões da questão social, em especial, a saúde dos cidadãos (BRASIL, 2005).

De acordo com Bravo (2009) e Correia (2009), o Brasil nas décadas de 1970 e 1980, passou por um processo de redemocratização, após vinte anos de ditadura militar e foi relevante a participação dos movimentos sociais. Paralelamente ao processo de redemocratização, surgiu o Movimento de Reforma Sanitária, que contou com a adesão de entidades sindicais, trabalhadores, intelectuais e partidos de esquerda que, juntos lutaram pela defesa do direito à saúde na perspectiva de superação do modelo de assistência médica privada para a criação de um sistema de saúde pública universal.

“A saúde do trabalhador somou-se a outras respostas institucionais, diante dos diversos movimentos sociais que reivindicavam entre outras questões a saúde como direito universal” (BRASIL, 2005, p. 55). O movimento de reforma sanitária defendia as seguintes propostas:

universalização do acesso à saúde; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os conselhos de saúde (BRAVO, 2009, p. 96).

No contexto de luta pela universalização do acesso à saúde como direito, defendido pelo movimento de reforma sanitária, incluiu-se também o debate sobre a saúde do trabalhador. Assim, o movimento pela saúde do trabalhador, que teve início no final da década de 1970,

apresentava como proposta o desenvolvimento de ações de defesa do direito ao trabalho digno e saudável; participação dos trabalhadores nas decisões quanto à organização e gestão dos processos produtivos e na busca da garantia da atenção integral à saúde para todos (HOEFEL *et al* 2005, p. 73).

A década de 1980, do ponto de vista político e ideológico, foi relevante para a consolidação da luta dos trabalhadores e da sociedade brasileira pela democracia, que culminou com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (LACAZ, 2005, p. 145), e a garantia de direitos de cidadania contidos na Constituição de 1988 e representou uma resposta do Estado para o conjunto da classe trabalhadora. No entanto, constituiu-se também em mecanismos para manutenção da hegemonia do poder dominante, que inverte o sentido da democracia, apresentando-a como valor estratégico para fortalecimento do poder político e também econômico, o que compromete sobremaneira o desenvolvimento e a efetivação da cidadania, conforme preceitos constitucionais.

Conforme Bravo (2009), a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em março de 1986, em Brasília-DF, tornou-se um marco na história da saúde no Brasil e com os principais temas abordaram a saúde como direito inerente ao cidadão, a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento setorial (BRAVO, 2009).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, segundo Bravo (2009), constituiu um espaço das expressões históricas de representação social da sociedade civil e contou com a participação popular, bem como sindicatos, partidos políticos, moradores, associações de profissionais e parlamentares que discutiram a questão da saúde em uma perspectiva de totalidade, com propostas para além do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, VIII CNS abriu espaço para a discussão da saúde do trabalhador, e em 1987, aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), com a proposta de estruturação dessa política (LACAZ, 2005).

A Constituição Federal de 1988 introduziu avanços relevantes para o conjunto da sociedade brasileira, como a universalização de direitos para todos os cidadãos.

As desigualdades sociais existentes no país eram evidentes, por isso limitava-se o acesso da classe trabalhadora às políticas públicas, pois imperava o caráter privatista (BRAVO, 2009). A autora assinala que, no entanto, o texto constitucional contemplou inúmeras reivindicações do movimento popular e, busca fundamentação em Teixeira (1989: 50-51) e apresenta os principais aspectos aprovados na Constituição de 1988:

o direito universal à saúde e o dever do Estado; As ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública; Construção do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede regionalizada, descentralizada e de atendimento integral da comunidade; a participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, sendo vedada a destinação de recurso público para sua subvenção às instituições com fins lucrativos; os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público; proibição da comercialização de sangue e seus derivados (BRAVO, 2009, p. 97).

A Constituição Federal incorporou várias reivindicações do movimento sanitário, mas algumas propostas não foram contempladas no texto constitucional por contrariarem os interesses do capital. Portanto, em relação à saúde, “não garantiu ao trabalhador o direito de recusar-se a desenvolver suas atividades em ambientes de trabalho prejudicial a saúde e não assegurou o acesso à informação sobre produtos tóxicos” (BRAVO, 2009, p. 98).

No artigo 200, a Constituição Federal determina que “ao sistema de saúde compete [...] executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica bem como as de saúde do trabalhador” (BRASIL, 1988), e a saúde do trabalhador tornou-se responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). As ações referentes a essa área são complexas e necessitam de uma intervenção multiprofissional e interdisciplinar e se tornou fundamental a participação da previdência social, trabalho e emprego, meio ambiente, justiça, educação e outros órgãos que estabelecem articulação com a saúde do trabalhador e também o envolvimento permanente do trabalhador nesse processo (BRASIL, 2005).

A implantação do SUS representou avanço significativo para o cidadão brasileiro por reconhecer o direito de acesso de todos às ações de atenção integral a saúde, assim como da participação dos trabalhadores na gestão de saúde pública por meio do controle social. O direito de todos ao acesso à saúde é dever do Estado, assegurado no artigo 196 da CF/1988 e ao SUS compete garantir a equidade na

oferta dos serviços, dentre os quais o de atendimento à saúde do trabalhador de forma que satisfaçam as necessidades dos trabalhadores (BRASIL, 2005).

A saúde do trabalhador compõe o campo das políticas públicas e a discussão do processo saúde perpassa necessariamente a categoria trabalho. Deste modo, no debate referente às relações de trabalho deve-se considerar as políticas sociais e as “as condições de existência, moradia, alimentação, meio ambiente, lazer, autonomia, cidadania, conjunto de fatores que constitui no conceito ampliado de saúde aprovado na VIII CNS” (HOEFEL, 2005, p. 79).

Segundo Hoefel (2005), historicamente, a previdência social, o meio ambiente e emprego caracterizam-se por desenvolver ações de forma fragmentada o que compromete a resolutividade das ações. No entanto, “a saúde do trabalhador pressupõe uma interface entre diferentes alternativas de intervenção que contemplem as várias formas de determinação do processo de saúde-doença dos trabalhadores” (MENDES; WÜNSCH, 2011, p. 468).

As múltiplas configurações nos processos de trabalho e a contradição na relação capital trabalho podem contribuir para o surgimento de doenças e acidentes do trabalho, em decorrência de ambientes de trabalho insalubres, prejudiciais à saúde dos trabalhadores. Para Mendes e Wunsch (2011), o diagnóstico e o tratamento constituem estratégias relevantes, mas torna-se fundamental o desenvolvimento de ações com a finalidade de modificar os ambientes de trabalho, para eliminar ou reduzir os riscos à saúde dos trabalhadores.

“Os avanços no campo político e teórico sobre a saúde do trabalhador não podem prescindir da construção de uma base legal e normativa que contemple as diretrizes políticas para atenção da saúde do trabalhador”, afirmam Mendes e Wunsch (2011, p. 468). Assim, as portarias federais do Ministério da Saúde nº 1.679, de 19 de setembro de 2002, e nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005 e a de nº 2.728, de 29 de dezembro de 2009, são responsáveis pela criação, ampliação e implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), que “tem a finalidade de garantir o desenvolvimento de ações de atenção à saúde dos trabalhadores em cumprimento às determinações da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde” (BRAGA JR., 2005, p. 97).

Essa lei consolida o SUS e dispõe sobre as orientações básicas, procedimentos e as formas de execução das ações e serviços em saúde do

trabalhador, contemplando assistência, vigilância, promoção, informação, ensino e pesquisa (BRASIL, 1990).

A área da saúde do trabalhador garantida constitucionalmente, conforme já mencionado neste estudo, continuou alvo de debates por trabalhadores, entidades sindicais, instituições de saúde, dentre outros. Desse modo, em 1994, realizou-se a II CNST, no período de 13 a 16 de março de 1994 em Brasília-DF cujo tema central foi “Construindo uma política de saúde do trabalhador”, naquela conferência defendia-se também a priorização das ações de promoção e prevenção em saúde do trabalhador.

Após quase onze da realização da II CNST, foi realizada a III CNST, em novembro de 2005, com tema central “Trabalhar sim, adoecer não”, orientada em três eixos temáticos: a) como garantir a integralidade e a transversalidade da ação do Estado em saúde dos trabalhadores; b) como incorporar a saúde dos trabalhadores na política de desenvolvimento sustentável no país? c) como efetivar e ampliar o controle social em saúde dos trabalhadores? (HOEFEL *et al*, 2005, p. 72).

A III CNST teve como finalidade discutir as diretrizes para atuação transversal e inter-setorial no campo da saúde, previdência social e trabalho com a participação dos sujeitos sociais (HOEFEL *et al*, 2005).

Historicamente, o campo da saúde do trabalhador obteve avanços significativos relacionados à interpretação dos agravos à saúde e às formas de intervenção na área da assistência e, também, melhoria das condições de trabalho. A denominação saúde do trabalhador supera e transcende a tradicional medicina do trabalho e da saúde ocupacional (LACAZ; GOMES, 2005). A concepção de saúde do trabalhador entende o social como

determinante das condições de saúde sem negar que o adoecimento deve ser tratado e que é necessário prevenir novas doenças, privilegiando ações de promoção da saúde. Tal concepção entende que as múltiplas causas dos acidentes e as doenças do trabalho têm uma hierarquia entre si, não sendo neutras e iguais, havendo algumas causas que determinam outras (MENDES; WÜNSCH, 2011, p. 467).

Com base na nova concepção de saúde, entende-se que o processo saúde e trabalho apresenta relação direta com as determinações sociais que fazem emergir demandas sociais e exigem do Estado respostas concretas para satisfação das necessidades dos trabalhadores na realidade social objetiva. A proteção social à

saúde do trabalhador está imersa nas mediações que se apresentam entre Estado e classes sociais, na perspectiva de assegurar o atendimento à saúde tendo em vista as perdas sofridas decorrentes da força demolidora do capital e, sobretudo, a garantia de outros direitos conquistados historicamente (MENDES, 2011).

A efetivação do SUS, conforme preceitua a legislação, torna-se fundamental para que o Estado cumpra sua função social de garantir o acesso universal de todos à saúde e assegurar aos trabalhadores o direito de desenvolverem suas atividades laborativas em ambientes de trabalho saudáveis que preservem a sua saúde e integridade física e mental (HOEFEL, 2005).

A discussão sobre o trabalho possibilita entender que a saúde do trabalhador é resultado das relações sociais da sociedade capitalista (MENDES, 2011). A perda da saúde, em consequência da exploração do da força de trabalho torna evidente a contradição capital e trabalho e, nesse processo, pode suscitar enfrentamento dos trabalhadores para obtenção do reconhecimento de direitos e atendimento das necessidades, inúmeras vezes negadas quando solicitadas.

A proteção social à saúde do trabalhador requer a intervenção do Estado, por meio de implementação de políticas públicas, como forma de reconhecer o adoecimento no trabalho e dar visibilidade a esse fenômeno que tende a se ampliar, em razão das transformações do mundo do trabalho que favorecem o adoecimento do trabalhador, pois o capital, além de apropriar-se da força de trabalho, degrada e destrói a saúde e a vida do trabalhador.

### **2.3 Legislação e a política de saúde do trabalhador**

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui princípios e fundamentos definidos na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde (LOS), ambas pautadas na concepção de universalidade de acesso aos serviços de saúde – integralidade e igualdade de assistência à saúde – desenvolvida na forma regionalizada e hierarquizada nas três esferas de governo, com a participação da comunidade, por meio do controle social. Deste modo, o SUS constitui-se em um instrumento relevante para o desenvolvimento de ações que efetivem a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores (BRAGA JR., 2005; FERREIRA, 2011).

De acordo com a Lei nº 8.080/1990, artigo 2º, “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990).

A saúde, reconhecida como política pública pela seguridade social, representa relevante conquista da sociedade brasileira. O SUS incorporou as ações em saúde do trabalhador, e a sua criação, fortaleceu a discussão para a implantação e implementação de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST), com o envolvimento dos diferentes ministérios, como Ministério da Saúde (MS), Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e o Ministério da Previdência Social (MPS).

A necessidade da criação de uma política nacional de saúde do trabalhador motivou a retomada do debate na II CNST/1994, um dos pontos centrais da conferência que busca também a articulação inter-setorial, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (LACAZ, 2010).

Segundo Lacaz (2005), a proposta de implantação de uma política nacional de saúde do trabalhador também foi alvo de debate na III CNST/2005, uma vez que, até aquele ano, o poder público não havia efetivado uma PNST, conforme as diretrizes e estratégias do SUS para atender ao trabalhador vítima de acidente e/ou doença relacionada ao trabalho.

Para Lacaz (2010), o principal obstáculo para a concretização da PNST deve-se a disputa de poder entre os ministérios diretamente ligados ao campo da saúde do trabalhador. As propostas dos três ministérios para o desenvolvimento de ações para área da saúde do trabalhador apresentam distinta concepção e diferente entendimento político e técnico. Historicamente, a implantação de ações e serviços voltados para a saúde dos trabalhadores, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, encontra-se engendrada por determinantes políticos, econômicos e sociais. Nesse sentido, trabalhadores, representantes sindicais e diversos profissionais preocupados com a defesa de uma política pública para todos em especial, no campo da saúde do trabalhador, permanecem na luta para alcançar a efetivação do SUS.

De acordo com Lacaz (2010), a criação da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST/SUS), por meio da Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998, do Ministério da Saúde (MS) constituiu-se em um instrumento relevante para defesa da PNST. A norma em referência tem como objeto “auxiliar os Estados e municípios na

implantação das ações de saúde do trabalhador no SUS em busca de melhores condições de saúde dos trabalhadores” (BRASIL, MS, 1998).

A referida norma prevê a realização de ações em saúde do trabalhador, conforme as diretrizes do SUS, que contemplem os trabalhadores urbano e rural, observando as diferenças de gênero, pelos municípios, Distrito Federal e estados, norteados pelos pressupostos básicos do SUS. Suas ações visam:

Universalidade e equidade; Direito à informação sobre a saúde, sobretudo relacionado aos riscos; Participação e controle social; Regionalização e Hierarquização das ações de saúde do trabalhador; Utilização do critério epidemiológico e de avaliação de riscos à saúde no planejamento e avaliação das ações no estabelecimento de prioridades e na alocação de recursos; Configuração da saúde do trabalhador como um conjunto de ações de vigilância e assistência, visando à promoção, à proteção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindo do processo de trabalho (BRASIL, 1998).

A mesma portaria determina que aos municípios, Distrito Federal e estados competem a execução das ações na área da saúde do trabalhador, ao considerar a condição de gestão de cada esfera pública: gestão plena de atenção básica e gestão plena do sistema municipal.

A gestão plena da atenção básica, no tocante à saúde do trabalhador assume as seguintes ações em saúde do trabalhador,

garantirá o atendimento ao acidentado do trabalho e do suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho; realizar ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho; notificar os agravos à saúde e os riscos relacionados com o trabalho; estabelecer prática rotineira de sistematização e análise dos dados gerados no atendimento aos agravos à saúde relacionados ao trabalho, de modo a orientar as intervenções de vigilância, a organização dos serviços e das demais ações em saúde do trabalhador (BRASIL, 1998, p. 2-3).

A gestão plena do sistema municipal é responsável, além das já previstas pela condição de gestão plena da atenção básica, pelas seguintes ações em saúde do trabalhador:

realizará a emissão de laudos e relatórios circunstanciados sobre os agravos relacionados com o trabalho ou limitações (seqüelas) deles resultantes; criar e operacionalizar um sistema de referência para o atendimento ao acidentado do trabalho, e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho; realizar sistematicamente ações de vigilância aos ambientes e processo de trabalho; criar e manter atualizado cadastro das empresas classificadas nas atividades econômicas desenvolvidas no município; utilizar os dados gerados nas atividades de atenção à saúde do trabalhador, com vistas a subsidiar a programação e



avaliação das ações neste campo, e alimentar os bancos de dados de interesse nacional (BRASIL, 1998, p. 3).

A portaria em referência recomenda a criação de um Núcleo de Referência Técnico Operacional de Saúde do Trabalhador para o cumprimento das ações e serviços em saúde do trabalhador (BRASIL, 1998).

De acordo com Hoefel *et al*, (2005, p. 73), a institucionalização das ações de saúde do trabalhador no SUS no final da década de 1990, organizadas em modelos de centro de referência instalados em vários municípios dos estados brasileiros possibilitou a produção de experiências dos centros de referências com apoio das secretarias municipais de saúde, hospitais universitários e ações sindicais. O estabelecimento de estratégias para garantia das ações assistenciais, de vigilância em conformidade com os princípios do SUS, em especial, o da universalidade “pressupõe a responsabilidade do SUS sobre todos os trabalhadores, independentes de seu grau de inserção na economia ou tipo de vínculo trabalhista” (BRASIL, MS, 2006, p.16).

Deste modo, com a finalidade de promover a atenção integral à saúde do trabalhador no SUS, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), constitui-se a principal estratégia do SUS para o desenvolvimento de ações para o atendimento à saúde do trabalhador (LACAZ, 2010).

A publicação da Portaria GM/MS nº 2.437, de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005), representou a ampliação da Renast e a institucionalização da saúde do trabalhador como política de Estado e estabeleceu as condições necessárias para sua execução. O entendimento acerca de um modelo integral à saúde do trabalhador pressupõe a necessidade de

qualificar as práticas de saúde, envolvendo o atendimento dos acidentados do trabalho, dos trabalhadores doentes das urgências e emergências às ações de promoção e proteção da saúde e de vigilância, orientados por critério epidemiológico. Para que isso ocorra de forma efetiva, se faz necessário abordagem interdisciplinar e a utilização de instrumentos, saberes, tecnologias originadas de diferentes áreas do conhecimento, colocadas a serviço das necessidades dos trabalhadores (BRASIL, 2005, p. 19).

“A denominação saúde do trabalhador carrega em si as contradições engendradas na relação capital e trabalho e no reconhecimento do trabalhador como sujeito político”, afirmam Mendes e Wunch (2011, p. 464). A relação saúde e trabalho exigem respostas políticas, teóricas e sociais, uma vez que sua essência

está no desvelamento do significado do trabalho, e sua transformação apresenta consequências na vida e na saúde dos trabalhadores.

A Renast, considerada uma política de Estado fundamental para efetivação das ações em saúde do trabalhador, caracteriza-se como “uma rede de atenção integrada à saúde do trabalhador no SUS, estruturada a partir dos centros de referência, das unidades e dos municípios sentinelas, organizada em torno de um dado território” (HOEFEL, 2005, p. 74).

Para a implementação da Renast, definiu-se como estratégia a organização de municípios sentinelas e núcleos sentinelas responsáveis pelo processo metodológico, o que pressupõe a organização do fluxo de atendimento dos trabalhadores vítimas de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho em todos os níveis de atenção do SUS, assim como “rede básica, média e alta complexidade em articulação com as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental” (HOEFEL *et al*, 2005, p. 74).

A Renast tem como principal objetivo articular a rede de serviços do SUS relativos à assistência e à vigilância pra o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador e deve priorizar a promoção e a vigilância da saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação, bem como notificação. À Renast compete também estabelecer articulação com a previdência social, desenvolver capacitação continuada dos trabalhadores da área da saúde, colaborar para a produção de conhecimento e propiciar a participação da sociedade por meio do controle social (BRASIL, 2006).

O artigo 1º da Portaria 2.728, de 11 de novembro de 2009 dispõe que a Renast deve

ser implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com envolvimento dos órgãos de outros setores dessas esferas executoras de ações relacionadas com a saúde do trabalhador, além de instituições colaboradoras nessa área (BRASIL, 2009).

De acordo com o artigo 1º § 1º da mesma portaria, as ações em saúde do trabalhador “deverão ser desenvolvidas de forma descentralizada hierarquizada em todos os níveis de atenção do SUS e inclui as de promoção, prevenção, curativas e de reabilitação” (BRASIL, 2009). Essa portaria estabelece no artigo 1º § 2º que “a Renast integra a rede de serviços do SUS, voltados à promoção, assistência e a

vigilância para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador” (BRASIL, 2009). Nesse sentido, no § 3º do artigo 1º, estabelece que a implementação da Renast deve ocorrer por meio da,

estruturação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST; Inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade; Implementação das ações de promoção e vigilância e saúde do trabalhador; Instituição e indicação de serviços de saúde do trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalada (rede de serviços de sentinela em saúde do trabalhador); Caracterização de Municípios sentinela em saúde do trabalhador (BRASIL, 2009).

Conforme o artigo 6º da Portaria 2.728/2009, “as ações em saúde do trabalhador deverão estar inseridas expressamente nos Planos de Saúde Nacional, estadual, distrital e municipal e nas respectivas programações anuais” (BRASIL, 2009).

O artigo 7º da Portaria 2.728/2009, determina que o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) tem por “função dar subsídio técnico para o SUS nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais” (BRASIL, 2009). A abrangência do Cerest pode ser de âmbito estadual, regional e municipal.

De acordo com a Portaria 2.437/2005, aos Cerests Regionais, unidades especializadas de retaguarda para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador, competem,

atuar como agentes facilitadores na descentralização das ações intra-setorial de saúde do trabalhador; Realizar e auxiliar na capacitação da rede de serviços de saúde; Ser referência técnica para as investigações de maior complexidade; Dispor de delegação formal da vigilância sanitária; Propor e assessorar a realização de convênios de cooperação técnica com órgãos de ensino, pesquisa e instituições públicas; Realizar intercâmbios com instituições que promovam aprimoramento dos técnicos dos CERESTs para que estes tornem agentes multiplicadores; Subsidiar a formulação de políticas públicas e assessorar o planejamento das ações junto aos municípios; Assessorar o poder legislativo em questões de interesse público; Contribuir no planejamento e na execução da proposta de formação profissional da rede do SUS e nos pólos de capacitação; Facilitar o desenvolvimento de estágios, trabalho e pesquisa com as universidades locais, as escolas e os sindicatos, entre outros; Contribuir nos projetos das demais assessorias técnicas municipais; Fomentar as relações interinstitucionais; Articular a vigilância em saúde do trabalhador como proposta de municípios saudáveis, dentre outras ações, conforme determina a Portaria em referência. (BRASIL, 2005).

A Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador, estruturada conforme determinam as portarias números 1.679/2002, 2.437/2005 e a de 2.728/2009, para prestar atendimento aos trabalhadores em situação de adoecimento no trabalho em decorrência dos processos de produção, requer o desenvolvimento de ações preventivas, bem como de promoção da saúde do trabalhador, para superar o tradicional serviço médico centrado apenas no individual e de caráter curativo.

As ações da Renast e dos Cerests constituem estratégias para execução das atividades em saúde do trabalhador. A concepção de saúde do trabalhador extrapola os conhecimentos específicos da medicina do trabalho e se apresenta de forma dialética entre capital-trabalho, na qual saúde e acidente de trabalho expressam diversas manifestações sociais desencadeadas pela relação de conflito entre trabalhadores e os donos dos meios de produção.

Historicamente, houve avanços significativos nos aspectos político e teórico com relação à saúde do trabalhador, mas conforme análise de Mendes e Wunsch (2011), esses avanços não podem prescindir da construção de uma base legal que contemple diretrizes políticas para a atenção e a promoção da saúde do trabalhador. A criação da Renast representa a garantia do desenvolvimento de ações para a atenção à saúde dos trabalhadores em conformidade com as determinações previstas na Constituição Federal e das leis orgânicas da saúde, respectivamente Lei nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990.

A proposta de implantação de uma política nacional de saúde do trabalhador defendida na II CNST em 1994, e na III CNST, realizada em 2005, conforme o disposto do Decreto 7.602 de 7 de novembro de 2011, no artigo 1º que dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), tem como objetivo,

a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advinda e relacionada ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho (BRASIL, MS, 2011).

A PNSST está pautada nos seguintes princípios: “Universalidade, prevenção, precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação; diálogo social e integralidade” (BRASIL, 2011).

De acordo com o Decreto nº 7.602/2011,

a PNSST deverá ser implementada por meio de articulação continuada das ações de governo no campo das relações de trabalho, produção, consumo,

ambiente e saúde, com a participação voluntária das organizações representativas de trabalhadores e empregadores (BRASIL, MS, 2011).

As diretrizes para o desenvolvimento das ações no âmbito da PNSST devem constar do Plano Nacional de Segurança de Saúde no Trabalho e deverá ser desenvolvidas por meio da participação

de todos os trabalhadores brasileiros no sistema nacional de promoção e proteção da saúde; Harmonização da legislação e a articulação das ações de promoção, prevenção, assistência, reabilitação e reparação da saúde do trabalhador; Adoção de medidas especiais para atividades laborais de alto risco; Estruturação de rede integrada de informações em saúde do trabalhador; Promoção da implantação de sistemas e programas de gestão da segurança e saúde nos locais de trabalho; Reestruturação da formação em saúde do trabalhador e em segurança no trabalho; Promoção de agenda integral de estudos e pesquisas em segurança e saúde no trabalho (BRASIL, MS, 2011).

De acordo com o Decreto nº 7.602/2011, aos ministérios do Trabalho e Emprego, Saúde e da Previdência Social competem implementação e a execução a política nacional de saúde e segurança no trabalho e, nesse processo, deverá garantir a participação de outros órgãos e instituições que possuem interface com a área da saúde do trabalhador para o desenvolvimento das ações (BRASIL, 2011).

A criação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, por meio do Decreto nº 7.602/2011, representa a evolução da política de saúde pública e significa uma das reivindicações da classe trabalhadora organizada para proteção social em relação aos acidentes e adoecimento no trabalho. Contudo, não basta criar leis, decretos e normas, é fundamental a materialização da política de proteção social, por meio de mecanismos que garante o acesso dos trabalhadores aos direitos sociais e o atendimento das necessidades básicas, pois a instituição de leis pressupõe o direito de o cidadão desfrutar plenamente dos direitos sociais, quando solicitados. Nogueira (2002, p. 10) assinala que “o direito à saúde, nos novos encaminhamentos, se aproxima de um enquadramento individual, perdendo o caráter social que fundamenta a cidadania plena, um dos ideais igualitários do século XX”.

É possível observar a exclusão de indivíduos do acesso à saúde, em especial do atendimento à saúde do trabalhador, contrariando a Carta Constitucional que universaliza o direito à saúde e garante a todos o pleno acesso aos serviços de saúde pública. Assim, a forma como a política de atenção à saúde do trabalhador vem sendo materializada contraria os princípios definidos pelo SUS, pois evidencia-

se um acentuado incentivo aos serviços privados de saúde em detrimento da saúde pública, privilegia as relações de mercado que favorecem o desenvolvimento econômico e conseqüentemente, o crescimento das desigualdades sociais. As reconfigurações do trabalho, como resultado da reestruturação do capital, suscita um, contexto político, econômico e social que contribui para apreensão das demandas sociais com repercussão no campo da saúde do trabalhador, mediante a emergência de outras formas de adoecimento no trabalho. Assim,

a concepção de proteção social precisa ser compreendida como mecanismo central e histórico de garantia de acesso aos meios de produção e de reprodução da vida material e social, que incorpora, por conseguinte, os mecanismos de proteção social (MENDES; WUNSCH; CAMARGO, 2011?, p. 5).

As determinações históricas e também contemporâneas da saúde do trabalhador estão relacionadas ao complexo de reestruturação produtiva que propõe uma nova forma de organização social da produção e também do trabalho com vistas à garantia da acumulação capitalista (MENDES; WUNSCH; CAMARGO, 2011?); (ALVES, 2010). Diante do exposto, a concretização da política de atenção à saúde do trabalhador requer o estabelecimento de mecanismos de proteção social que viabilizem o acesso dos trabalhadores à saúde e à sua preservação.

As transformações no mundo do trabalho diante da descentralização produtiva e da terceirização tendem a expandir e a diversificar as formas de trabalho, como o emprego precarizado, dentre outros. Neste sentido, a proteção social à saúde do trabalhador está relacionada às formas de relação capital-trabalho e pressupõe a articulação entre a política econômica e social para a construção de mecanismos que extrapolem a concepção de saúde do trabalhador para além de um entendimento limitado, para que se alcance o reconhecimento da saúde como direito social, direitos de todos e dever do Estado.

#### **2.4 O programa saúde do trabalhador em Goiânia-GO**

Com objetivo de atender às determinações relativas à saúde do trabalhador, conforme preconiza a Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8.080, de 1990 em consonância com a portaria nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005, art. 4º, § 1º, o

Cerest<sup>3</sup> tem a função de prestar atendimento de retaguarda técnica para o Sistema Único de Saúde nas ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2005).

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, criado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.679/2002 é um serviço do SUS ligado à Secretaria Municipal de Goiânia, com abrangência regional, com a função de

funcionar como pólo irradiador de conhecimento; prover suporte técnico adequado às ações de saúde do trabalhador; Implantar sistema de notificação dos agravos relacionados ao trabalho; prevenir, promover, diagnosticar e reabilitar a saúde dos trabalhadores urbanos e rurais; realizar coleta sistemática da história da saúde do trabalhador para o estabelecimento da relação do adoecimento com o trabalho; promover ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador por meio de prevenção e vigilância (BRASIL, 2012).

O Cerest Goiânia presta atendimento a todos os trabalhadores que desenvolvem atividades laborativas, independentemente do vínculo empregatício, seja no mercado formal ou informal, e, em especial, aos trabalhadores que se encontram em situação de desemprego involuntário (MACEDO, 2007).

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador em Goiânia conta com a atuação dos seguintes profissionais: médico do trabalho, otorrinolaringologista, toxicologista, enfermeiro do trabalho, assistente sociais, farmacêutico, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e de apoio administrativo (MACEDO, 2007).

A Introdução do campo da saúde do trabalhador no texto Constitucional e a sua regulamentação com a Lei nº 8.080/1990, apresenta o conceito de saúde do trabalhador, que constitui relevante conquista histórica, resultante do enfrentamento dos trabalhadores contra a ofensiva do capital. Nesta perspectiva, convém destacar que, de acordo com a Lei nº 8.080, de 1990, art. 6º, § 3º,

entende-se por saúde do trabalhador para fins desta lei um conjunto de atividades que se destina por meio de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos do trabalho, abrangendo; Assistência ao trabalhador vítima de acidentes do trabalho ou portador de acidentes do trabalho, portador de doenças profissional e do trabalho (BRASIL, 1990).

---

<sup>3</sup> A criação e implantação do Cerest no Estado de Goiás encontram-se fundamentadas nas seguintes portarias: nº 3.120, de 1º de julho de 1998; nº 3.908 de 30 de outubro de 1998-(Nost); nº 1.679 de 19 de 2002 - Renast); nº 2.437/GM, de 7 de dezembro de 2005 e nº 2.728, de 29 de dezembro de 2009 - Renast. O estado de Goiás possui cinco Cerests em funcionamento, um estadual e quatro regionais: Goiânia, Ceres, Anápolis e Formosa.

É significativo o arcabouço jurídico que legitima a criação e a implantação das ações de saúde do trabalhador, por meio da Renast, do Cerest e da Política Nacional de Atenção à Saúde e Segurança no Trabalho, em consonância com os princípios do SUS. No entanto, a lei por si só torna-se inócua. Assim, é necessário, a sua efetivação e a garantia do pleno acesso do indivíduo à proteção social à saúde do trabalhador. Dessa forma, compete ao Estado o reconhecimento e a legítima garantia de direitos sociais de forma sistemática e desmercadorizada referente a bens e serviços sociais básicos inerentes à condição humana de todo cidadão.

O município de Goiânia e os demais municípios do estado de Goiás também sofrem os reflexos da reestruturação produtiva do capital e seus efeitos nas formas de organização do trabalho são cruciais com mudanças significativas nas relações sociais e do trabalho que potencializam a exploração do trabalhador, diante de “um novo e precário mundo do trabalho” (ALVES, 2010, p. 349) e dissemina as inúmeras formas de contratação da força de trabalho – temporário, parcial, terceirizado, dentre outras e submete o trabalhador a exposição de fatores de riscos que podem comprometer a sua saúde.

A discussão sobre a saúde do trabalhador é relevante, sendo necessário, a inclusão na agenda política e governamental, o debate relativo à política de proteção social à saúde do trabalhador e a sua efetivação. Trata-se de um tema instigante e amplo que revela a presença de interesses divergentes que dificultam a consolidação da saúde do trabalhador como direito de todos e dever do Estado. Neste sentido, o debate que envolve diferentes sujeitos pode contribuir para a construção de programas e ações que viabilizem o acesso universal e equânime dos trabalhadores aos serviços de saúde pública.



### **CAPÍTULO III**

## **PREVIDÊNCIA SOCIAL E DIREITOS SOCIAIS**

O presente capítulo tem como objetivo refletir sobre o marco legal da previdência social, a luta dos trabalhadores por proteção social expressa nas diversas manifestações da questão social, bem como a origem da previdência social como resposta às reivindicações da classe trabalhadora e a consolidação da previdência social na seguridade social, como política de relevância pública. Destaca-se, ainda, a relação da previdência social com o trabalho assalariado como condição de acesso do trabalhador aos direitos sociais previdenciários.

Trata-se de uma breve reflexão sobre política social e a garantia de acesso dos cidadãos aos direitos sociais como efetivação da garantia legal. E, por último, apresenta-se a análise dos dados da pesquisa documental sobre acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, o reconhecimento do nexos causal, a garantia e indeferimento nas solicitações de auxílio-doença acidentário na Agência da Previdência Social Goiânia-Centro.

De acordo com Vieira (2007), inúmeros autores separam direitos sociais subordinados ao Estado como resultantes da ação estatal de direitos sociais subordinados à sociedade, derivados dos movimentos sociais. Aqueles que defendem os direitos sociais subordinados ao Estado são denominados estadistas, ao passo que os outros são nominados de não estadistas. Segundo Vieira (2007), não há diferença entre os direitos sociais conquistados na sociedade e os direitos sociais previstos pelo Estado, contudo, pode haver supremacia de um em relação ao outro.

A corrente filosófica que separa direitos sociais subordinados ao Estado e direitos sociais subordinados à sociedade objetiva a sua realização, bem como a sua superação. Assim, é fundamental analisar se “a política social envolve direitos ou não envolve direitos, pois se trata de uma questão que ultrapassa as simples definições de política” social (VIEIRA, 200, p. 12). Explicar a natureza da política social não é uma tarefa fácil, tendo em vista que, o conjunto de política social

tem sido ligada ao funcionamento do mercado, à capacidade de compensar as falhas deste, à ação e aos projetos dos governos, aos problemas sociais, à reprodução das relações sociais, a transformação dos trabalhadores não assalariados em trabalhadores assalariados, ao abrandamento dos conflitos de classe, etc. Políticas sociais meramente descritivas ou não, seu estudo

implica muito esforço e enormes embaraços, até para quem não pretenda estrita definição do conceito. Porém, a questão de saber se as políticas sociais contêm direitos e elementos de justiça, ou não contêm nenhum deles, excede aos limites das suas definições (VIEIRA, 2007, p. 13).

Ao desconsiderar a totalidade humana, desvincula-se o singular do particular e do universal, assim, tanto os direitos quanto os elementos de justiça são equivalentes e se transformam em direitos relativos; ambos possuem os mesmos valores (VIEIRA, 2007).

As desigualdades sociais reproduzem-se continuamente, e, nesse sentido, expandem-se de forma infinita as necessidades humanas, mas, mesmo assim, podem existir direitos e elementos de justiça superiores a outros. Os direitos sociais e os elementos de justiça não apresentam igual relevância, considerando-se que a sociedade é dinâmica e as manifestações da questão social expressam-se em diferentes contextos políticos, sociais, econômicos e culturais. Deste modo, as desigualdades sociais e as necessidades humanas de cada indivíduo e da coletividade podem apresentar-se de formas diferenciadas. A viabilização de direitos sociais, por meio da política social, adquire amplitude e relevância distintas, conforme as particularidades de cada um, pois, torna-se fundamental a garantia da equidade social.

As desigualdades humanas não são homogêneas. Elas apresentam diferentes determinações sociais, e o valor de justiça social passa por modificações nas dimensões singulares, particulares e universais, portanto, não podem ser relativizadas na sua essência no processo de transformação. No âmbito da política social, existem aqueles que relativizam os direitos e os elementos de justiça (VIEIRA, 2007).

Os direitos e os elementos de justiça social podem avançar ou retroceder, assim, em determinados momentos históricos, algumas conquistas podem ser duradouras. Alguns países, por meio de organizações jurídicas, procuram estabelecer sistema dinâmico de relações com a finalidade de proporcionar transformações sociais; por exemplo, a constituição de um país pode estabelecer as bases da organização social e apresentar os princípios para efetivação do direito. A constituição representa um instrumento contra a arbitrariedade, tirania, dentre outros (VIEIRA, 2007).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, dispõe sobre os Direitos Sociais no capítulo II, art. 6º e determina: “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988).

De acordo, com Vieira (2007), o mundo moderno e contemporâneo busca, de forma insistente, a universalidade em matéria de direito e de justiça, mesmo diante da contumaz aplicação do relativismo no âmbito jurídico, que, às vezes, não estabelece a relação entre o singular, o particular e o universal e impede a superação entre os limites do singular e do universal e compromete o entendimento acerca da totalidade humana. O particular é a mediação entre o singular e o universal, e essa relação é fundamental para a garantia da efetivação dos direitos e justiça social no âmbito da política social. Nesse sentido, “os campos dos direitos e da política social não se apresentam diferentemente. Assim, as realizações sociais, são seres singulares e seres universais, que se desenvolvem por intermédio de particularidades históricas e por mediações” (VIEIRA, 2007, p. 60).

Tais particularidades históricas estão relacionadas ao reconhecimento das determinações de espaço e tempo e as mediações tornam obrigatória a relação entre as áreas dos direitos e da política social. No entanto,

não existe direito sem sua realização e sem suas mediações. Do contrário, os direitos e a política social continuarão presa da letra da lei irrealizada, do direito positivo, do niilismo de valores; ou então do direito natural, histórico ou não, do apriorismo dos princípios e das leis, que estão sempre onde não são esperados (VIEIRA, 2007, p. 61).

Portanto, existe uma intrínseca relação entre o singular, universal e o particular, e essas dimensões constituem a totalidade do humano, fundamental para a emancipação humana. Assim, para efetivação dos direitos e dos elementos de justiça social na área da política social, deve-se considerar a totalidade humana, pois a sua fragmentação resulta na relativização e compromete a universalização dos direitos sociais. A garantia de direitos e justiça social ganha sentido se desfrutados de forma efetiva. Nesse sentido, “sem justiça e sem direitos, a política social não passa de ação técnica, de medida burocrática, de mobilização controlada ou de controle da política” (VIEIRA, 2007, p. 59).

### 3.1 A Previdência Social e sua relação com o trabalho

Conforme Silva (1997, p. 29), o período entre 1883 e 1945 representa a expansão do capitalismo, bem como as crises sociais no mundo. A proteção social surgiu na forma de legislação previdenciária e trabalhista, com características seletivas e focalistas, que, no entanto, constituem as primeiras iniciativas de proteção social aos trabalhadores e dependentes. Na Alemanha, o chanceler Otton Von Bismark por meio do Parlamento, aprovou, em 1883 Lei do Seguro Doença e posteriormente, em 1884 a Lei do Seguro Acidente e, em 1889, a Lei do Seguro de Invalidez e Velhice. Tais leis foram resultantes das lutas e pressões da classe trabalhadora organizada na Alemanha.

As primeiras iniciativas de organização da previdência social no Brasil ocorreram no final do século XIX, no período de 1889 a 1930, ainda na República Velha. Nesse período, a base econômica do país centrava-se na agro-exportação da monocultura do café, com dependência do capital internacional. No século XX, a política social não havia sido estruturada pelo Estado para atendimento das necessidades básicas dos trabalhadores. A definição de política de proteção social efetivou-se com as lutas e reivindicações de categorias de trabalhadores organizados considerados indispensáveis para a economia do país (SILVA, 2012).

Segundo Silva (1997), em 1888, criou-se a Caixa de Socorro para os trabalhadores da Estrada de Ferro do Estado com o objetivo de conceder aos empregados ajuda de custo nas situações de doença e morte. Em 1889, foi criado o Fundo de Pensão para os funcionários da Imprensa Nacional e, no mesmo ano, os servidores em abastecimento d'água da capital federal foram contemplados com o direito de gozarem quinze dias de férias e, logo após, os ferroviários também passaram a ter direito à férias correspondentes a quinze dias.

Em 1904, o jurista Medeiro de Albuquerque apresentou ao Congresso Nacional um projeto de lei que dispunha sobre os acidentes ocorridos com operários no exercício de suas profissões e respectivas indenizações. Esse projeto de lei dispunha sobre a instituição do seguro acidente de trabalho, mas não foi aprovado pelo Congresso Nacional, pois patrões e parlamentares, representantes das oligarquias cafeeira, que dominavam politicamente o país naquele período, resistiram a aprovação do referido projeto (SILVA, 1997).

Segundo Silva (1997), o Deputado Graccho Cardoso apresentou, em 1908, um Projeto de Lei no Congresso Nacional, com a proposta de obrigatoriedade de concessão de indenização aos trabalhadores vítimas de acidente de trabalho, que também foi reprovado pelos parlamentares e provocou a reação dos trabalhadores que se organizaram para a formação de sindicatos livres e autônomos e que travaram uma luta reivindicando a criação de leis trabalhista e previdenciária. A origem da previdência social no Brasil ocorreu no período entre 1920 e 1970 em um contexto marcado pela (re)estruturação do mercado de trabalho, em decorrência da atuação do capitalismo, que buscava alternativas de superação da crise e recuperação de lucros (SILVA, 2012).

O cenário de desigualdades e injustiças sociais favoreceu o surgimento de grupos organizados em sindicatos, partidos políticos, dentre outros, dispostos a lutarem para a implantação de políticas sociais que atendessem às necessidades básicas dos trabalhadores (SILVA, 1997).

A previdência social estruturou-se como respostas às reivindicações dos trabalhadores por proteção social e se constituiu em uma estratégia de suporte ao “novo” modelo de acumulação do capital, sustentado no modo de produção capitalista de base urbano-industrial, que substituiu o modo de acumulação com base nas atividades econômicas agrário-exportadoras que predominaram até a terceira década do século XX no Brasil (SILVA, 2012).

A estruturação da previdência social representa um dos mecanismos de apoio às exigências de ampliação do capital, com objetivo de contribuir para a reprodução da força de trabalho, com redução de gastos financeiros para os patrões. Outro elemento relevante refere-se ao suporte que a previdência infere no controle do trabalho, “no ajuste do trabalhador à indústria nascente; e assegurando ao Estado o uso de seu fundo-reserva para o financiamento direto da infra-estrutura necessária ao capital, a exemplo da construção Belém-Brasília” (SILVA, 2012, p. 126).

Segundo Silva (1997), o processo de desenvolvimento do capitalismo industrial, no final do século XIII e começo do século XIX, foram marcados pelo liberalismo econômico com conseqüente aumento de produção e concentração de riqueza. Assim, a industrialização e a urbanização resultaram no agravamento das desigualdades sociais, desemprego, pobreza, concentração de renda, dentre outros. Esses determinantes foram incisivos para o processo de fortalecimento dos trabalhadores, que de forma organizada, lutavam contra o poder da burguesia que,

além do poder econômico e político, controlava também o Estado. Outros países, dentre eles, o Brasil, passaram por situações semelhantes ao considerar o desenvolvimento do capitalismo e a realidade do país. As crises decorrentes do capitalismo agudizaram as expressões da questão social, e os trabalhadores exigiam do poder público respostas para o enfrentamento das inúmeras situações sociais, tais como,

a garantia de proteção social ao trabalhador diante dos constantes acidentes e riscos. A greve generalizada de 1919 requeria a ratificação e regulamentação do Tratado de Versalles, que previa a criação de uma legislação social trabalhista em todo os países que entraram na guerra para negociar a paz, inclusive o Brasil (SILVA, 1997, p. 33).

De acordo, com Silva (1997), o acidente de trabalho foi regulamentado em 1919, por meio do Decreto-lei nº 3.724, que responsabilizava o patrão pelos acidentes ocorridos no trabalho e competia às empresas a cobertura dos gastos. A princípio, o sistema garantia ao trabalhador acidentado do trabalho uma indenização, a qual posteriormente, se tornou um seguro, com a incorporação à previdência social por meio da Lei nº 5.316, de 14 de setembro de 1967. A regulamentação do acidente de trabalho representou relevante conquista para os trabalhadores, mas, ao mesmo tempo, constituía uma estratégia do capital para conter os conflitos sociais.

Segundo Silva (2012), as Caixas de Aposentadorias e Pensões (Caps) para os empregados em empresas ferroviárias foram criadas por meio do Decreto-lei nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, proposto pelo Deputado Eloy Chaves. Em 20 de março de 1923, criou-se também a Caixa de Aposentadorias e Pensões para os funcionários da Great Western do Brasil e marca o início da instituição do sistema previdenciário no Brasil. A Lei nº 5.109, de 20 de dezembro de 1926 determinou a extensão da Lei Eloy Chaves aos trabalhadores portuários e marítimos, extensivo aos trabalhadores federais com a fundação do Instituto de Previdência, em 20 de dezembro de 1926.

A partir de 1928, outras categorias profissionais organizadas passaram a ter cobertura do regime de caixas de aposentadorias e pensões, a exemplo dos empregados dos serviços de telégrafos e radiográficos, serviços de força, luz e bondes, da área de mineração e aeroviários. Do ponto de vista político e econômico esses trabalhadores eram considerados relevantes para o Estado (SILVA, 1997).

Ao lado da conquista do direito previdenciário restrito a determinadas categorias profissionais ocorreu também a ampliação de direitos trabalhistas, como a estabilidade dos trabalhadores no emprego a partir de dez anos de serviço. A política voltada para a extensão do direito ao acesso ao regime de caixas de aposentadorias e pensões e ampliação de direitos trabalhistas aconteceram no cenário político do Brasil na década de 1920, em um contexto de “insatisfação [da] classe média, crise econômica, pressão dos setores organizados junto a patrões e Estado, expansão do movimento sindical, manifestações de contestação [...] ao modelo econômico vigente” (SILVA 1997, p. 34).

Para além dos fatores já mencionados, o Brasil da década de 1920 iniciou um modelo de produção capitalista com o início do processo de industrialização no país. O trabalho assalariado passou a ter centralidade no sistema capitalista, contudo, o surgimento de atividades voltadas para a área da indústria expunha o trabalhador aos riscos de acidente do trabalho. Consciente de seus direitos, os trabalhadores lutaram pela implantação de políticas de proteção social sob a responsabilidade do Estado.

Nesse sentido, Silva (1997) assinala que, no governo de Getúlio Vargas, na década de 1930, por meio do Decreto nº 19.433, de 26 de novembro, instituiu-se o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, com a finalidade de orientar e supervisionar a previdência. A política de trabalho e previdência relacionam-se e o acesso à previdência demonstrava uma condição necessária de relação de trabalho assalariado. Assim, a criação do Ministério do Trabalho propiciou o surgimento do Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAP) com disseminação pelo país, no período entre 1933 e 1938.

Em 1934, os trabalhadores comerciários e bancários foram contemplados com IAP próprios e, em 1940, o Decreto-lei nº 3.724, que dispunha sobre o acidente de trabalho foi substituído pelo Decreto nº 24.637, que determinava cobertura aos trabalhadores da indústria, comércio, agricultura, pecuária e os de natureza doméstica. O valor da indenização era equivalente à gravidade do acidente (SILVA, 1997).

O debate acerca do surgimento da previdência social no Brasil requer uma breve contextualização histórica sobre o processo de desenvolvimento do capitalismo industrial no final do século XVIII e começo do século XIX. Esse período foi marcado pelo liberalismo econômico que gerou inúmeros “problemas” sociais,

consequência da contradição entre o grau de pobreza dos trabalhadores residente na zona urbana das grandes cidades, aumento da produção e concentração de riqueza (SILVA, 2012).

De acordo com Silva (1997), os trabalhadores manifestavam diversas expressões da questão social, em especial, as demandas sociais relacionadas ao trabalho assalariado, por constituir-se em um espaço de produção da vida social. O contexto político, econômico e social que se apresentava ampliava o descontentamento dos trabalhadores e acirrava as pressões nos países como Inglaterra, França e Alemanha. Essa realidade social provocou a reação dos trabalhadores que se organizaram para a formação de sindicatos livres e autônomos e travaram uma luta reivindicando a criação de leis trabalhista e previdenciária.

Segundo Silva (1997), em 1938, instalaram-se três institutos de aposentadorias e pensões para atendimento dos industriários, empregados em transportes de cargas e estivas e os servidores estaduais, regime de previdência que permaneceu sem alteração até 1966. A expansão da indústria e o crescente número de trabalhadores assalariados representaram elevação do índice de segurados cobertos pelo regime de previdência e a inadimplência do governo com o sistema desencadeou sinais de crise da previdência social, em 1948.

Em 1945, ocorreu o fim do Estado Novo e do primeiro governo Vargas, imbricados por dimensões políticas, retomada da democracia e do movimento organizado de trabalhadores, eleições diretas, aspectos importantes que ficaram subsumidos durante a gestão de governo populista e autoritário de Vargas. Assim, a previdência social voltou a ser um assunto relevante de debate nacional (SILVA, 1997).

Silva (1997) assinala que o Conselho Superior de Previdência Social foi instituído por determinação do Decreto-lei nº 8.738, de 19 de dezembro de 1946, e o Departamento Nacional da Previdência Social, por meio do Decreto-lei nº 8.742, de 19 de junho de 1946. Diversos projetos, com o objetivo de reformulação do regime de previdência vigente foram enviados ao Congresso Nacional, mas as discussões acerca do tema não resultaram em alterações significativas no regime previdenciário. Os fatos políticos ocorridos na realidade social brasileira, em especial, nos governos de Gaspar Dutra, segundo governo de Getúlio Vargas e começo do governo de Juscelino Kubistchek, foram relevantes para a história do país, no entanto, não interferiram de forma significativa na previdência social, exceto



a extensão da cobertura previdenciária aos profissionais liberais por meio do Decreto nº 32.667, de 1º de maio de 1953, e a instituição da Caixa Única dos Aposentados, ferroviários e funcionários de serviços públicos, por meio do Decreto nº 34.586, de 12 de novembro de 1953.

Segundo Silva (1997), no período posterior à Segunda Guerra, compreendido entre 1945 e 1954, cresceu a crise econômica no Brasil, o que contribuiu para o surgimento e agravamento da questão social, diante do desemprego, alto índice da inflação, arrocho salarial, dentre outros. Tais acontecimentos despertaram nos trabalhadores de diferentes categorias a capacidade de luta, levando-os a organizarem grandes manifestações. O movimento grevista reivindicava a implantação de política social para atendimento das necessidades básicas. Em relação à previdência social, com a pressão popular, ocorreu aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (Lops), nº 3.80, de 26 de agosto de 1960, que tinha a finalidade de uniformizar as contribuições e prestações relativas aos institutos e a equivalência dos benefícios e serviços oferecidos pela previdência. A Lops representou uma conquista significativa para os trabalhadores, ao garantir o

início do processo de unificação da previdência social, uniformizando procedimentos, normas, critérios de concessão de benefícios e prestação de serviços. Houve ainda, uma grande ampliação de benefícios e serviços prestados à população. Em sua versão original, como, a reafirmação do direito à aposentadoria por tempo de serviço a todas as categorias, aposentadoria especial por atividades insalubres, penosas e perigosas, cálculo de benefícios pelas 12 últimas prestações, dentre outras, porém continuaram excluídos os domésticos, rurais e autônomos e o sistema permaneceu sob forma de laps (SILVA, 1997, p. 41).

O Estado, preocupado em controlar o avanço do movimento dos trabalhadores, provocou mudanças relevantes na previdência social e, para tanto, determinou a criação de uma Comissão Interministerial para sugerir alterações no sistema previdenciário. Dentre as propostas de reformulação da previdência, destacou-se a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), por meio do Decreto nº 72, de 21 de novembro de 1966, com vigência a partir de 10 de janeiro de 1967. O INPS objetivava a racionalização de gastos e a centralização do regime de previdência, e nesse sentido houve a incorporação das Caps, laps e a Superintendência dos Serviços da Previdência Social. Mediante “tantas transformações a previdência se submete ao absoluto controle estatal, essa foi

acionada como poupança interna governamental, pois se tornou desde a criação do INPS, a segunda receita da União” (SILVA, 1997, p. 44).

Como forma de financiar a ampliação do capital industrial, o governo desenvolveu uma política que visava reduzir o número de acessos e valores dos benefícios. São recursos da previdência poderiam ser desviados para outros fins, tais como construção de rodovias, pontes, dentre outros, o que desencadeou a crise financeira do sistema previdenciário que se agravou e perdurou no período entre o final dos anos de 1970 e começo dos anos de 1980 (SILVA, 1997).

Até final da década de 1960, o INPS funcionava como poupança mobilizadora e investia parte da sua arrecadação em projetos habitacionais, mas essa função foi delegada ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), em 1967, e em 1970, para o Programa de Integração Social e Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Pasep). Em decorrência da crise financeira enfrentada, o instituto passou do regime de capitalização para o sistema de repartição simples. Objetivava-se utilizar a receita previdenciária para pagamentos de benefícios, contudo, a alteração na forma de operacionalizar o sistema, favoreceu ao governo militar a utilização dos recursos arrecadados de forma indevida, e originando a dívida do governo com a previdência social (SILVA, 1997).

Conforme assinala Silva (1997), os movimentos dos trabalhadores resultaram na extensão da cobertura previdenciária aos trabalhadores rurais, a partir de 1971. Em 1972, a Lei nº 5.859, de 11 de dezembro, determinava a inclusão dos trabalhadores domésticos no sistema como contribuintes obrigatórios e, em 1973, a Lei nº 5.890, estabeleceu a participação dos trabalhadores autônomos ao regime de previdência social.

Ocorreram alterações no sistema de previdência social, e em 1974, o governo instituiu o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e, no mesmo ano criou a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev), com a finalidade de agilizar os serviços e controlar a operacionalização do sistema contra possíveis fraudes (SILVA, 1997).

A crise financeira da previdência social desencadeada no final da década de 1940, com intensificação nos anos 1970, tornou-se evidente para a sociedade brasileira no final da década de 1980, com o surgimento de diversas manifestações sociais, econômicas, dentre outros. Nesse sentido, no aspecto financeiro, divulgaram-se os altos valores dos déficits da previdência social, possivelmente com

a intenção de justificar a morosidade na garantia de benefícios. A autora assinala ainda que, administrativamente, percebia-se a

ineficácia na fiscalização e cobrança de débitos, falhas e caduquice da legislação, falta de auditorias, estrutura burocrática e desorganizada, gigantescas filas, poucos postos de atendimento, reduzido número de funcionários, etc. Nos aspectos ético e político, as denúncias constantes de fraudes e corrupção demonstraram um sistema moldado para favorecer a corrupção e o clientelismo, um sistema incapaz de atender um mínimo de dignidade aos seus usuários (SILVA, 1997,p. 49).

Na década de 1980, registraram-se inúmeros acontecimentos de ordem econômica, política, social e cultural que despertaram nos trabalhadores organizados, sindicatos, intelectuais partidos políticos a necessidade de articularem-se e se mobilizarem, com o objetivo de obterem do Estado respostas às suas reivindicações, tais como implantação de políticas públicas para a garantia de direitos sociais relativos à educação, saúde, trabalho, habitação, previdência social, dentre outros (SILVA, 1997).

Em 1º de fevereiro de 1987, foi instalada a Assembléia Nacional Constituinte com a finalidade de discutir e elaborar o texto constitucional e, em 5 de outubro de 1988 promulgou-se a Constituição Federal (BRASIL,1988).

A Constituição Federal de 1988 introduziu significativas mudanças no sistema de proteção social, tornando-a instrumento de garantia de direitos sociais extensivo ao conjunto da sociedade brasileira. O artigo 194 trata da seguridade social, entendida como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à Saúde, à Previdência e Assistência Social” (BRASIL, 1988).

No capítulo da seguridade social, seção III, a Constituição Federal trata da previdência social e, no artigo 201, estabelece que

a Previdência Social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, nos termos da lei, a cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada; proteção à maternidade, especialmente à gestante; proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário; salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda; pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, observado o disposto no § 2º (BRASIL,1988).

Houve durante os governos Collor e Cardoso, a tentativa de desconstruir o conceito de seguridade social conquistado na Constituição Federal com a extinção

do Ministério da Previdência e Assistência Social e a instituição do Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS), por meio da Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990 e posteriormente a criação do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), por meio do Decreto nº 99.350, de 27 de abril de 1990. Nesse sentido, a política adotada pelo governo em relação à previdência social compromete o conceito de seguridade social como sistema de proteção social, pois transforma a previdência em seguro, que perde o caráter de tripé da seguridade social (SILVA, 1997).

Em 1991, foram aprovadas as leis de regulamentação da previdência social, a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, que institui o Plano de Custeio da Previdência Social e a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991 que cria o Plano de Benefício da Previdência Social (SILVA, 1997).

Segundo Silva (2012), “a organização da previdência social sob forma de regime geral e de filiação obrigatória e a atribuição do seu custeio a toda sociedade direta ou indiretamente”, conforme determina a Constituição Federal nos respectivos artigos 201 e 195 (BRASIL, 1988) e pode ser comparada a um contrato social<sup>4</sup>.

As alterações no sistema previdenciário com o seu reconhecimento pela Constituição Federal de 1988 e sua incorporação na seguridade social estende para o conjunto da sociedade a responsabilidade pelo financiamento do sistema.

A previdência social, uma política integrante da seguridade social, resultou em inúmeras mudanças relativas ao custeio. Nesse sentido, o artigo 195 da constituição federal determina que

a seguridade social financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidente sobre: I – a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício; a receita ou faturamento; o lucro; II – do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201; III – sobre a receita de concursos de prognósticos. IV – do importador de

---

<sup>4</sup> “Fundamentada na ordem e na legitimidade sociopolítica (republicana ou democrática) resulta de um pacto ou contrato social em quem cada um coloca a sua pessoa e todo o seu poder sob a suprema direção da vontade geral. Significa que cada indivíduo se aliena totalmente e sem reserva, com todos os seus direitos, à comunidade. Assim, o contrato social repousa numa noção e num critério básico que é a 'vontade geral'. A vontade geral é entendida como o que traduz o que há de comum nas vontades individuais e não a simples soma de vontades particulares ou da maioria. O que dá suporte à vontade geral é, pois, o interesse comum, que é entendido como o interesse de todos e de cada um enquanto componentes do corpo coletivo. É com base no interesse comum que a sociedade deve ser governada” (MONTAÑO; DURIGUETO, 2010, p. 29).

bens e serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar (BRASIL, 1988).

A Emenda Constitucional nº 20, de 1998, dispõe sobre os benefícios da previdência social que passam a ser pagos com os recursos provenientes da folha de pagamento, a principal fonte de recursos financeiros para o custeio do referido sistema. Oficialmente, a previdência social adota o regime de repartição simples, “apoiado na solidariedade intergeracional entre membros da classe trabalhadora, uma vez que a geração que trabalha, em tese, sustenta a que está em gozo de benefício previdenciário” (SILVA, 2012, p. 150).

Para a autora, a concepção limitada do governo e de alguns estudiosos sobre o financiamento da previdência social considera-a como um contrato social. Nesse sentido, o Diretor Técnico do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-econômicos (Dieese), afirma que a

previdência social, como parte do Sistema de Proteção Social, é uma das dimensões que estruturam um novo contrato social através de um acordo que estabelece compromissos entre gerações para viabilizar o pleno acesso ao bem-estar após a vida de trabalho (LÚCIO, 2007, p. 1).

Do ponto de vista dos governantes, a previdência social equivale a um contrato social, mediante exigência de garantia de benefícios conforme as contribuições realizadas pelo segurado para o regime previdenciário, a exemplo do Plano Simplificado de Previdência Social (PSPS), cujo percentual corresponde a 11% em relação ao salário mínimo vigente, no entanto, restringe o acesso do contribuinte aos benefícios, cujo valor limita-se ao salário mínimo. Neste sentido,

sob a tônica liberal “da justiça com equidade”, o benefício assume a feição de um direito proporcional à contribuição efetuada e/ou ao trabalho realizado para alcançá-lo, pois sob essa ótica que tem presidido a ação dos dirigentes da previdência social no Brasil, a cada um deve ser dado, conforme a sua contribuição e não conforme à sua necessidade. Assim, esse direito que parece ser igual e justo (por ser proporcional à contribuição), na realidade deveria ser um direito desigual para um trabalho desigual, que gera rendimentos desiguais (SILVA, 2012, p. 166).

A Constituição Federal de 1988 delega ao Estado a responsabilidade de organizar a seguridade social brasileira, para tanto estabelece os critérios básicos e determina filiação obrigatória ao sistema previdenciário e faculta a todo cidadão o direito de filiar-se ao Regime Geral de Previdência Social (RGPS), a partir do 16 anos. Deste modo,

a diversidade de fontes de financiamento são elementos que aproximam o modelo desenhado de previdência social da concepção de contrato social rousseauiana. Trata-se, evidentemente, de uma aproximação no plano teórico e no plano da concepção política, por não ter sido efetivado como tal. A solidariedade no custeio do sistema é o elemento central nessa ligação. É ela que dá consistência ao pressuposto do compromisso coletivo da sociedade em defesa do direito de proteção a todos, da igualdade entre os membros da sociedade em relação aos direitos de proteção ao trabalho. Um compromisso que deve estar sob a guarda do Estado, porém sob controle da sociedade, da vontade geral. Para fazer uma analogia com o sentido rousseauiano de contrato social, poderíamos dizer que o financiamento plural e solidário da seguridade social, como expressão do compromisso coletivo e da vontade geral dos que financiam, possibilitaria a intervenção do Estado para assegurar igualdade entre os cidadãos no acesso aos direitos previdenciários (SILVA, 2012, p. 175).

A seguridade social, conforme Constituição Federal apresenta uma concepção compatível com a Beverigiana e a OIT que orienta o Estado a organizar um sistema de proteção social com a finalidade de garantir direitos na saúde, previdência e assistência social, e assegurar o exercício da cidadania. Para tanto, torna-se indispensável uma fonte de financiamento/orçamento único para ser aplicado nas três políticas de forma democrática, transparente e de acesso universal à população.

A previdência social, uma das políticas que integra o tripé da seguridade social, se realizada conforme previsto em lei, resultaria em redistribuição de renda e diminuição das desigualdades sociais. Porém, para a sua efetivação seria necessário

um contexto econômico e político em que a correlação de forças favorável aos trabalhadores impelisse a sua implementação, inclusive a partir da reorientação das diretrizes macroeconômicas atualmente vigente e de um controle rigoroso democrático da sociedade sobre as políticas de seguridade social (SILVA, 2012, p. 175).

O contexto político, econômico e social que se apresenta não garante a realização da previdência social conforme os princípios da seguridade social e da Lei nº 8.213/1991. Ainda que legalmente seja determinada sua gestão democrática, constitui-se, no entanto, em um princípio que “une a visão de previdência social democrática (idealmente desejável) à concepção de contrato social em Rousseau” (SILVA, 2012, p. 175). Neste sentido, para a concretização da previdência social nos termos da lei, torna-se fundamental uma sociedade civil verdadeiramente autônoma perante o Estado e, sobretudo um “cenário econômico e político efetivamente democrático, diferente do que se apresenta” (SILVA, 2012, p. 175).

Outro aspecto que marcou a história da previdência social no Brasil é a relação de trabalho assalariado formal como condição para o acesso à proteção social. Com a instituição da seguridade social, em 1988, a previdência social adquiriu estatuto de política pública, de relevância para a classe trabalhadora, no entanto, a partir de 1990, com a criação do INSS, o sistema de proteção social previdenciária passou a ter caráter de seguro e perde de vista a concepção ampliada de proteção social (SILVA, 2012).

Segundo Silva (2012), nos países capitalistas, considera-se o trabalho assalariado como condição para obter acesso ao sistema de proteção social. Tal concepção fundamenta-se no fato de que, embora o trabalho apresente profundas transformações a partir da metade dos anos de 1970, continua a exercer um papel relevante no desenvolvimento das atividades humanas e na organização das relações sociais.

A autora argumenta que “os sistemas de proteção social que compuseram o Estado Social tiveram a seguridade social como eixo central e o trabalho como o ponto de conjugação entre assistência social e os seguros sociais” (SILVA, 2012, p. 94).

De acordo com Silva (2012), o acesso dos trabalhadores à proteção social nos países desenvolvidos, ocorreu por meio dos seguros sociais, com a obrigação de contribuição prévia, e a assistência social destinava-se ao atendimento das necessidades básicas dos ‘incapazes’. Os desempregados com capacidade produtiva não possuíam nenhuma cobertura previdenciária ou assistencial. Nesse sentido, percebe-se a exigência do trabalho assalariado como critério de acesso à proteção social.

Conforme o Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA, 2007), a previdência social brasileira, desde sua criação, fundamenta-se nos princípios bismarckianos que estabelecem a obrigatoriedade do vínculo contributivo para acessar os benefícios previdenciários. Assim, só terá direito à cobertura previdenciária nas situações de riscos sociais temporários ou permanentes o contribuinte e seus dependentes. Nesse sentido, a Lei nº 8.213/1991, artigo 18, determina que

o Regime Geral de Previdência Social compreende as seguintes prestações, devidas inclusive em razão de eventos decorrentes de acidente de trabalho, expressas em benefícios e serviços, quanto ao segurado: aposentadoria por invalidez; aposentadoria por idade; aposentadoria por tempo de contribuição; aposentadoria especial; auxílio-doença; salário-

família; salário-maternidade; auxílio-acidente. II – quanto ao dependente: pensão por morte; e auxílio-reclusão; III – quanto ao segurado e dependente: (revogada pela Lei nº 9.032, de 28/04/1995; Serviço Social; e Reabilitação profissional) (BRASIL, 1991).

A seguridade social possibilitou a extensão da cobertura previdenciária para os trabalhadores com base no princípio da universalidade, mediante contribuição, conforme dispõe o artigo 1º da Lei nº 8.213/1991. Contudo, “a hegemonia política, econômica e ideológica do neoliberalismo prevalecentes nas décadas subseqüentes inibiu o desenvolvimento da seguridade social, conforme concebida” (SILVA, 2012, p. 106).

Embora a Constituição Federal e a Lei nº 8.213/1991 assegurem o direito universal nos planos de participação previdenciários a ampliação desta cobertura aos trabalhadores encontra-se

estritamente ligada à dinâmica de crescimento econômico do país e à estrutura de mercado de trabalho. Em períodos de baixo crescimento aumentam o desemprego e a quantidade de trabalhadores inseridos informalmente no mercado de trabalho (IPEA, 2007, p. 48).

A previdência social possui inúmeras fontes de arrecadação de financiamento para a manutenção do sistema previdenciária, no entanto, ainda depende das contribuições dos trabalhadores assalariados e empregados (SILVA, 2012).

Tratar a previdência social e o trabalho exige apreender outras dimensões que envolvem a classe trabalhadora. Ao atentar para um dos objetivos desse estudo, destacam-se elementos imbricados no cotidiano do trabalhador, em especial, o acidente de trabalho.

### **3.2 Previdência Social e o acidente de trabalho**

A Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991 (BRASIL, 1991) e o Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999 (BRASIL, 1999), dentre outros atos normativos, asseguram ao trabalhador empregado, proteção social nas situações de perda temporária ou permanente da capacidade laborativa, em decorrência de acidente de trabalho.

O acidente de trabalho é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, que provoca lesão corporal ou perturbação funcional permanente ou temporária, que cause a morte, perda ou redução da capacidade laborativa (BRASIL, 1991).



O parágrafo 1º do artigo 19 da Lei nº 8.213/1991 estabelece que “a empresa é responsável pela adoção e uso das medidas coletivas e individuais de proteção e segurança da saúde do trabalhador” (BRASIL, 1991). E, ainda, segundo o mesmo artigo da referida lei, parágrafos 2º e 3º determina-se:

§ 2º Constitui contravenção penal, punível com multa, deixar a empresa de cumprir as normas de segurança e higiene do trabalho;  
§ 3º é dever da empresa prestar informações pormenorizadas sobre os riscos da operação a executar e do produto a manipular (BRASIL, 1991).

Considera-se também acidente de trabalho a doença profissional e ocupacional, bem como aquele ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, contribuiu diretamente para a ocorrência de lesão, Assim como acidente sofrido pelo segurado no local e no horário de trabalho, a doença proveniente de contaminação, acidente do empregado no exercício de sua atividade e, ainda, o acidente sofrido a serviço da empresa ou no trajeto entre a residência e o local de trabalho (BRASIL, 1991). A Lei nº 8.213/1991, artigo 18, *alínea a*, dispõe que

o Regime Geral de Previdência Social (RGPS) compreende as seguintes prestações<sup>5</sup>, devidas inclusive em razão de eventos decorrentes de acidente de trabalho, expressas em benefícios e serviços: I – quanto ao segurado: aposentadoria por invalidez; auxílio-doença; auxílio-acidente; II – quanto ao dependente: pensão por morte. III – quanto ao segurado e dependente: Serviço Social; e Reabilitação profissional (BRASIL, 1991).

Até o ano de 1999, vigorava o Decreto nº 2.172, de 5 de março de 1997 (BRASIL, 1997), que, no capítulo III, tratava especificamente do acidente do trabalho, distribuído em seções e subseções - do campo da aplicação, do acidente do trabalho e da doença profissional, da comunicação do acidente, da caracterização do acidente, das prestações, da aposentadoria por invalidez, da pensão por morte, do auxílio-acidente, das disposições diversas relativas ao acidente de trabalho.

O Decreto nº 2.172/1997, em consonância com a Lei nº 8.213/1991 (BRASIL, 1991), tratava o acidente de trabalho com centralidade, as agências da previdência social ofereciam ao segurado em situação de acidente e/ou doença relacionada ao trabalho atendimento especializado em respostas às suas demandas.

---

<sup>5</sup> A lei prevê a prestação de outros benefícios, mas foram citados apenas aqueles a que os segurados e dependentes têm direito em decorrência de acidente de trabalho.

O Decreto nº 3.048/1999, que revogou os termos do Decreto nº 2.172/1997 e as prestações relativas ao acidente de trabalho são tratadas no livro VI – das Disposições Gerais condensadas nos artigos 336 e 337. No entanto, considera-se que o redimensionamento legal assumido pelo governo dificulta o acesso às informações previdenciárias aos trabalhadores e aos segurados com incapacidade para o trabalho em decorrência de acidente e/ou doença.

A solicitação do auxílio-doença acidentário na Agência da Previdência Social, conforme a Lei nº 8.213/1991 determina a obrigatoriedade da comunicação do acidente de trabalho (CAT), que pode ser emitida pela empresa, sindicato da categoria, ou pelo próprio segurado.

Em relação à proteção social, é relevante refletir que o poder público tem a responsabilidade de organizar a seguridade social – previdência, saúde e assistência social – com base nos objetivos de universalidade e da cobertura e do atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços prestados às populações urbanas e rurais (BRASIL, 1988).

O sistema de proteção social prevê garantias fundamentais para melhoria das condições de vida e seguranças sociais. No caso da previdência social, essa concepção de proteção social deveria alcançar dimensão para além da concessão do benefício na situação de perda da capacidade laborativa, concepção contrária à ideia de seguro. “A insistência da política governamental na predominância da lógica do seguro é sem dúvida, um dos elementos dificultadores da ampliação e da consolidação da seguridade social pública” afirma Boschetti (2003, p. 70).

As múltiplas expressões da questão social quanto às dimensões econômicas, sociais, culturais que envolvem a vida dos trabalhadores, como partícipes de um processo de (re) produção da vida social, de bens e serviços permeados de conflitos, desafios cotidianos, adoecimento no trabalho, impõem a necessidade da implementação de políticas públicas por meio de programas sociais com qualidade, equidade, resolutividade e justiça social.

A Constituição Federal e as leis previdenciárias, de saúde, trabalhistas, dentre outras, garantem os direitos dos trabalhadores vítimas de acidente do trabalho e obrigam as empresas a desenvolverem ações para prevenção de acidentes, na perspectiva de assegurar a melhoria das condições de trabalho.

A divulgação restrita da legislação previdenciária e as constantes alterações dificultam o acesso do trabalhador aos direitos sociais. Neste sentido, quando o

trabalhador não registra no INSS a comunicação do acidente de trabalho pode enfrentar dificuldades para comprovar o nexo causal entre o acidente/doença e o trabalho desenvolvido na empresa.

Algumas empresas não emitem a CAT, sobretudo quando se trata de doenças relacionadas ao trabalho. O auxílio-doença acidentário (espécie 91) garante ao trabalhador acidentado um ano de estabilidade no emprego, após a cessação do benefício, Lei nº 8.213/1991, artigo 118 (BRASIL, 1991). Para evitar a permanência do trabalhador na empresa após a alta da perícia médica do INSS, alguns empregadores não registram a CAT como estratégia para demitirem o funcionário após alta da perícia médica do INSS no caso de auxílio-doença previdenciária – espécie 31<sup>6</sup>.

De acordo com portaria interministerial nº 800, de 3 de março de 2005, “a saúde dos trabalhadores é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e está relacionada a fatores de risco de natureza física, química, biológica e ergonômica, presente nos processos de trabalho” (BRASIL, 2005).

O perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no Brasil, atualmente, caracteriza-se pela coexistência de agravos relacionados às condições de trabalho, como os acidentes típicos, as doenças relacionadas ao trabalho e as doenças que não têm relação de causa com o trabalho, mas condicionam a saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2005).

Mediante a inconsistência das informações sobre a real situação de saúde dos trabalhadores, torna-se desafiante a definição de prioridades para as políticas públicas, bem como o planejamento e implementação de ações relativas à saúde do trabalhador, com o objetivo de garantir as condições de vida e trabalho. De modo geral, as informações disponíveis referem-se somente aos trabalhadores empregados e cobertos pelo Seguro de Acidente de Trabalho da Previdência Social, representando 1/3 da população economicamente ativa (BRASIL, 2005).

Segundo estudo epidemiológico de amostragem domiciliar realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista, em Botucatu-SP, com padrão de vida e índice de desenvolvimento Humano (IDH) superiores à média nacional de 4,0 de acidentes de trabalho na população, somente 22,4% tinham

---

<sup>6</sup> De acordo com o art. 59 da lei nº 8.213/1991, auxílio-doença previdenciário espécie 31 é um benefício devido ao segurado que ficar incapacitado para o trabalho por motivo de doença por mais de quinze dias consecutivos, após cumprida, quando for o caso, a carência exigida (BRASIL, 1991).

registro previdenciário, o que indica que de cada quatro pessoas acidentadas no trabalho naquele município, 0,9 tiveram registro previdenciário. A Organização Mundial de Saúde (OMS) na América Latina estima que somente, 1% a 4% das doenças do trabalho são notificadas (BRASIL, 2005).

As informações indicam a gravidade do problema, mas os registros não levam em consideração as subnotificações dos acidentes de trabalho, em suas múltiplas determinações, como ausência de vínculo empregatício, não caracterização do acidente de trabalho ou doença ocupacional pelo profissional de saúde e pelo INSS, inexistência de registros dos acidentes sem afastamento do trabalho e as implicações que podem levar à não efetivação do direito previdenciário e trabalhista (BRASIL, 2005).

A descaracterização da doença como acidente de trabalho, doença profissional ou ocupacional significa a falta de reconhecimento dos direitos do trabalhador, conforme determina a legislação previdenciária. Até 2006, o trabalhador enfrentava inúmeros desafios para caracterização do nexo causal entre doença e trabalho, em especial, quando a comunicação do acidente de trabalho era emitida pelo segurado ou pelo sindicato da classe, no caso de recusa da empresa, conforme determina a Lei nº 8.213/1991 (BRASIL, 1991) e Decreto nº 3.048/1999 (BRASIL, 1999). Assim, competia ao segurado a obrigação de comprovar, perante a previdência social, que o acidente ou doença possuía nexo causal com o trabalho desenvolvido.

Com a Medida Provisória nº 316/2006 convertida na Lei nº 11.430/2006, criou-se o Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP), que modifica o sistema de prova do acidente de trabalho. Acrescentado à Lei nº 8.213/1991 o artigo 21-A e determina que a

perícia do INSS considerará caracterizada a natureza acidentária da incapacidade quando constatar ocorrência de nexo técnico epidemiológico entre o trabalho e o *agravo*, decorrente de relação entre a atividade da empresa e a entidade mórbida motivadora da incapacidade elencada na Classificação de Doenças (CID), em conformidade com o que dispuser o regulamento (BRASIL, 1991).

Considera-se “agravo como sendo a lesão, a doença, o transtorno de saúde, o distúrbio, a disfunção ou a síndrome de evolução aguda, subaguda ou crônica, de natureza clínica ou sub-clínica, inclusive morte, independente de latência” Decreto nº 6.042/2007, artigo 37, § 3º (BRASIL, 2007).

O § 1º do artigo 21, da Lei nº 8.213/1991 estabelece que “a perícia médica do INSS deixará de aplicar o disposto neste artigo quando demonstrada a inexistência do nexo de que trata o caput deste artigo”.

De acordo com o § 2º do artigo 21-A da Lei nº 8.213/1991, “empresa poderá requerer a não aplicação do nexo técnico epidemiológico, de cuja decisão caberá recurso com suspensivo, de empresa ou do segurado, ao Conselho de Recursos da Previdência Social”.

O Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) realiza o cruzamento das informações de código da Classificação Internacional de Doenças (CID), nominado de CID/10 e de código da Classificação Nacional de Atividades Econômica (CNAE) que aponta a existência de uma relação entre a lesão ou agravo e a atividade desenvolvida pelo trabalhador. A utilização do NTEP fundamenta-se em estudos científicos vinculados a dados estatísticos e epidemiológicos. A perícia médica da previdência social conta com mais um instrumento relevante para subsidiar a análise para conclusão sobre a incapacidade para o trabalho que pode ser de natureza previdenciária ou acidentária (BRASIL, 2012).

Conforme o Anuário Estatístico da Previdência Social (Aeps), a identificação de ocorrência de Nexo Técnico por Doença Equiparada ao Trabalho (NTDEAT), “implica na análise individual do caso, mediante o cruzamento de todos os elementos levados ao conhecimento do médico-perito da situação geradora da incapacidade e anamnese” (BRASIL, 2011).

O NTEP foi implantado nos sistemas informatizados do INSS, para concessão de benefícios, a partir de abril de 2007, promove mudança no perfil da concessão de benefícios previdenciários e acidentários e pode contribuir para redução da subnotificação de acidentes e doenças do trabalho (BRASIL, 2012).

Segundo dados constantes do Anuário Estatístico da Previdência Social (Aeps), a partir da implantação do NTEP, não há mais a exigência da vinculação da CAT a um benefício para a caracterização do acidente de trabalho. No entanto, o registro da CAT continua sendo uma obrigação legal da empresa, mediante o fim da exigência da CAT para a concessão de benefícios acidentários, o que altera os dados estatísticos, uma vez, que os benefícios acidentários garantidos em decorrência de acidente de trabalho inexistiam na CAT registrada.

Com o NTEP, a caracterização de doenças relacionadas ao trabalho, a exemplo de doenças ocupacionais, evolui de uma dimensão individual e assume

caráter coletivo, à medida que se consideram os índices estatísticos epidemiológicos e análises de vários determinantes que interferem na disseminação de doenças sobre determinada população (NETO, 2007).

Assim, neste estudo, utilizou-se no processo de análise e apreensão dos dados relacionados aos acidentes de trabalho, e a pesquisa bibliográfica e documental por meio da coleta de dados registrados no Sistema da Previdência Social.

Nesse sentido, a análise da realidade social referente à vida dos trabalhadores relacionada aos acidentes de trabalho requer um estudo e organização de informações e dados, em especial, constantes no Sistema de Processamento de Dados (Dataprev), no Anuário Estatístico da Previdência Social (Aeps), nos processos concedidos e indeferidos de auxílio-doença, aposentadoria por Invalidez, a comunicação de acidente de trabalho (CAT) existentes na Agência da Previdência Social (APS) Goiânia-Centro. E ainda, foram coletados dados gerais sobre acidentes de trabalho no Sistema Único de Informação de Benefício (Suib) da Gerência Executiva do INSS em Goiânia no período de 2009/2012, tais como:

- a) acidentes de trabalho registrados no INSS no Brasil nos anos de 2009, 2010 e 2011<sup>7</sup>.
- b) acidentes de trabalho registrados no INSS em Goiás no período de 2009 a 2011.
- c) comunicação de acidente de trabalho (CAT) registrado na APS Goiânia-Centro;
- d) número de auxílios-doença acidentários urbanos ativos na APS Goiânia-Centro.
- e) número de aposentadorias por invalidez concedidos e ativos na APS Goiânia-Centro.

Com o número de benefício localizaram-se os processos no arquivo da Agência da Previdência Social Goiânia-Centro. Assim, mediante autorização do Gerente Executivo do INSS em Goiânia foi possível acessar os processos físicos para análise.

### **3.3 Caracterização da agência da Previdência Social Goiânia-Centro**

O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) foi criado em 27 de junho de 1990, por meio do Decreto nº 99.350, coma fusão do Instituto de Administração

---

<sup>7</sup> Não foi possível coletar dados sobre acidentes de trabalho registrados no INSS/Brasil referente o ano de 2012, considerando que no período de realização da pesquisa só estavam disponíveis os dados constantes no Aeps até 2011.

Financeira da Previdência Social (Iapas) e Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e se transformam em uma autarquia vinculada ao Ministério da Previdência Social (MPS) (BRASIL, 2012).

O INSS caracteriza-se como uma organização pública, prestadora de serviços previdenciários para a sociedade e tem como objetivo preservar a integridade da qualidade do atendimento à população. E ainda, “compete ao INSS à operacionalização do reconhecimento dos direitos da clientela do Regime Geral de Previdência Social” (BRASIL, 2012).

O INSS garante aos segurados três serviços – perícia médica, Serviço Social e reabilitação profissional, bem como atendimentos diversos sobre benefícios e arrecadação. A partir de 1998, o governo iniciou um processo de reestruturação do INSS. Dessa forma, em 2002, foram criadas as gerências executivas do INSS e as agências da previdência social (BRASIL, 2012). As gerências executivas são unidades administrativas locais jurisdicionadas por uma Gerência Regional e responsáveis pelas agências da previdência social (APS) de cada abrangência (MPS).

Às gerências executivas competem gerenciar, supervisionar, organizar e comandar a execução das ações das agências da previdência social e assegurar o controle social, em especial, por meio da manutenção dos conselhos da previdência social. No âmbito das procuradorias, representa judicial ou extrajudicialmente o INSS e as instituições de que seja mandatário ou com as quais mantenha convênio. A Gerência Executiva do INSS em Goiânia é composta por vinte e duas agências de previdência social no interior do estado de Goiás, e seis na capital.

A Agência da Previdência Social (APS) é uma unidade de atendimento ao trabalhador previdenciário e tem como competência proceder ao reconhecimento inicial, manutenção, recurso e revisão de direitos ao recebimento de benefícios previdenciários e assistenciais e a operacionalização da compensação previdenciária. A Agência da Previdência Social subordina-se à Gerência Executiva do INSS em Goiânia (BRASIL, 2012).

A Agência da Previdência Social Goiânia-Centro é considerada uma agência central, localizada Av. Goiás nº 351, Setor Central, Goiânia-GO, para acesso da população. A APS realiza aproximadamente 600 (seiscentos) atendimentos diários aos segurados, o que totaliza 15 mil e seiscentos atendimentos mensais.

A partir de 2006, o governo implantou o “novo” modelo de atendimento programado com o direcionamento do atendimento presencial realizado nas unidades fixas e móveis para os canais remotos de atendimento – Internet e Central de Tele Atendimento. Os pedidos de requerimentos de aposentadorias, perícia médica, auxílios doença, acidente, pensão e reclusão, recurso, dentre outros, passaram a ser realizados por meio de agendamentos, com hora marcada.

### **3.4 Acidentes e doenças relacionadas ao trabalho**

O objetivo é analisar os dados obtidos na pesquisa documental. Deste modo, são trabalhadas as categorias referentes sexo, estado civil, agente causador do acidente, os acidentes/doenças/CID-10<sup>8</sup>, ramo de atividade e as modalidades de acidentes.

Por meio de pesquisa realizada no Anuário Estatístico da Previdência social, constatou-se, que em 2009, foram registrados no INSS 723,5 mil acidentes do trabalho; e em relação a 2008, houve uma queda de 4,3% no número de acidentes. Do total de acidentes com comunicação de acidentes do trabalho (CAT) registrados, apresentou-se uma redução de 4,1% em comparação com 2008. Nas modalidades de acidentes típicos<sup>9</sup>, trajeto<sup>10</sup> e doenças do trabalho<sup>11</sup> o percentual foi de 79,7%, 16,9% e 3,3% respectivamente. Os segurados do sexo masculino representaram 77,1% nos acidentes típicos, 65,3% em acidentes de trajeto e 58,4% doenças do trabalho, e as do sexo feminino participaram nos acidentes típicos, trajeto e doenças do trabalho com percentuais de 22,9%, 34,7% e 41,6%% do universo de acidentes registrados com CAT. A faixa etária com maior incidência do total de acidentes típicos, trajeto ocorreu com segurados de 20 a 29 anos com os índices 34,7% e 37,8% e, nas doenças do trabalho a faixa etária com maior participação foi a de 30 a 39 e representou 33,9% (Aeps, 2009).

---

<sup>8</sup> CID:10- Classificação Internacional de Doença.

<sup>9</sup> Acidente típico – “se caracteriza pela existência de evento único, súbito, imprevisto e bem configurado no espaço e no tempo. Nesses acidentes típicos as consequências geralmente são imediatas” (NETO, 2010).

<sup>10</sup> De acordo com o artigo 21 da lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, acidente de trajeto “se caracteriza pelo acidente sofrido pelo segurado no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquele, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado” (BRASIL, 1991).

<sup>11</sup> Doenças do trabalho – “são os acidentes ocasionados por qualquer tipo de doença profissional peculiar a determinado ramo de atividade constante na tabela da previdência social” (Aeps, 2011).



Do total de acidentes registrados com CAT no INSS, a indústria representou 48,0%, e o setor de serviços 47,6%. Nos acidentes típicos, o comércio e reparação de veículos automotores participou com 12,3%, e produtos alimentícios e bebidas com 11,3%. Nos acidentes de trajeto o comércio e a reparação de veículos automotores tiveram o índice de 19,2%, e o setor de serviços, 14,3%. Quanto às doenças do trabalho os subsetores atividades financeiras e comércio e reparação de veículos automotores tiveram percentual de 11,6% e 11,0%, respectivamente (Aeps, 2009).

De acordo com Aeps (2009), do total de acidentes do trabalho registrados, dentre os 50 códigos de CID com maior índice nos acidentes, os que tiveram maior ocorrência foram ferimento do punho e da mão (S61) com 10,6%, fratura ao nível do punho e da mão (S62) 6,5%, e dorsalgia (M54), 6,4%. Em relação às doenças do trabalho, os CID com maior participação foram lesões no ombro (M75) que representou 19,7%, sinovite e tenossinovite (M65) com 17,2%, e dorsalgia com 7,6%.

Em 2010, foram registrados no INSS, 701,5 mil acidentes do trabalho, ocorrendo uma queda de 4,3% em relação ao ano de 2009 e ainda houve uma diminuição de 1,7% do total de acidentes registrados com CAT no período de 2009 para 2010. Os acidentes típicos, totalizaram 79,0% os de trajeto, 18,0% e as doenças do trabalho, 3,0%. Dos acidentes típicos, 76,5% ocorreram com segurados do sexo masculino, e 23,5%, do sexo feminino. Nos de trajeto, o índice foi de 65,0% para pessoas do sexo masculino e de 35,0% para o sexo feminino; nos acidentes relativos às doenças do trabalho, o percentual correspondeu a 57,8% e 42,2%, sexos masculino e feminino. Nos acidentes típicos e de trajeto, a faixa etária com maior incidência de acidentes foi entre jovens de 20 a 29 com percentual de 37,6% e 40,7% respectivamente, e nas doenças de trabalho, o índice foi de 32,3% na faixa etária de 30 a 39 anos (Aeps, 2010).

Segundo o Aeps (2010), em 2010, 49,9% dos acidentes registrados com CAT no INSS, ocorreram na indústria, e 47,3%, no setor de serviços. O comércio e reparação de veículos automotores foram os subsetores com maior incidência de acidentes típicos, com 12,2% e saúde e serviços sociais apresentaram 10,3%. Nos acidentes de trajeto, o comércio e reparação de veículos automotores também apareceram com maior participação com índices de 18,8% e 13,9% do total de acidentes registrados. Nos acidentes relacionados às doenças do trabalho, comércio

e reparação de veículo automotor e produtos alimentícios e bebidas representaram 12,5% e 11,0%.

Dentre os 50 códigos de Classificação Internacional de Doença (CID), ferimento do punho e da mão (S61), fratura ao nível do punho ou da mão (S62) e dorsalgia apareceram com maior incidência com os índices de 10,4%, 7,1% e 5,7%. Quanto às doenças do trabalho os CID mais incidentes foram lesões de ombro (M75) com 20,0%, sinovite e tenossinovite 15,5% e dorsalgia 7,4%.

De acordo com o Anuário Estatístico da Previdência Social (Aeps), durante o ano de 2011 foram registrados no INSS aproximadamente 711,2 mil acidentes do trabalho. Em relação ao ano de 2010, houve um acréscimo de 0,2%. A quantidade de acidentes registrados com comunicação de acidente de trabalho aumentou em 1,6% no período de 2010 para 2011. Os acidentes típicos alcançaram 78,6%, os de trajeto, 18,6%, e as doenças do trabalho, 2,8%. Quanto à ocorrência dos acidentes típicos, trajeto e doenças do trabalho, os segurados do sexo masculino representaram 75,3%, 63,9% e 61,0%, e as do sexo feminino, 24,7%, 36,1% e 39,0%, respectivamente. A maior incidência nos acidentes típicos e de trajeto ocorreu com jovens entre 20 e 29 anos, sendo 36,5% e 39,9% do número de acidentes registrados. Os acidentes envolvendo doenças do trabalho a incidência deu-se na faixa etária de 30 a 39 anos, com 32,8% dos acidentes registrados na previdência social.

Segundo o Aeps (2011), na distribuição por setor de atividade econômica, a Indústria apareceu com 47,1% e serviços, com 48,3% do total de acidentes registrados com CAT. Nos acidentes típicos, comércio e reparação de veículos participaram com 12,4%, e saúde e serviços sociais, com 10,9% da quantidade geral de acidentes registrados. Nos acidentes de trajeto, o comércio e reparação de veículos automotores representaram 18,9% e o setor de serviços apareceu com 13,8% e nas doenças do trabalho o subsetor atividades financeiras participou com 13,0% e comércio e reparação de veículos automotores com 11,1%.

Conforme o Aeps (2011), dentre os 50 códigos de Classificação Internacional de Doenças (CID) com maior incidência nos acidentes de trabalho os ferimentos de punho e da mão (S61) representaram 10,1%, fratura ao nível do punho e da mão (S62) apareceu com 7,1%, e dorsalgia (M54), 5,4% do total de acidentes registrados com CAT. Em relação às doenças do trabalho, a maior participação de acidentes

ocorreram com lesões no ombro (M75), com 20,2%, sinovite e tenossinovite (M65), 14,2%, e dorsalgia (M65), 7,7% do total dos acidentes de trabalho.

Ressalte-se que, o Aeps (2011), revelou que no período de 2009 a 2011 foram registrados no INSS em Goiás 30.689 acidentes típicos, 9.192 acidentes de trajeto e 671 acidentes em decorrência de doença do trabalho.

Observe-se o alto índice de acidentes típicos e de trajeto tendo como vítimas os jovens entre 20 e 29 anos, prováveis trabalhadores da indústria, comércio e serviços o que significou o reflexo de vários determinantes presentes no modo de produção capitalista que exige do trabalhador agilidade, desenvolvimento de várias atividades, produtividade, cumprimento de metas, exigências quase sempre incompatíveis com a resistência física humana e, também, a violência no trânsito, que pode desencadear acidentes típicos e de trajeto. Nas doenças do trabalho, a maior incidência ocorreu nos segurados entre 30 e 39 anos, no entanto, o reconhecimento da doença como acidente do trabalho apresentou percentuais significativamente menores se comparados com os acidentes típicos e de trajeto, o que demonstra a dificuldade que o segurado enfrenta para obter o reconhecimento do nexo causal entre a doença e a atividade desenvolvida. Com a introdução da tecnologia, praticamente em todos os ramos de atividades houve redução do número de trabalhadores nas fabricas, empresas, dentre outros, e conseqüentemente, o aumento da sobrecarga de trabalho. Com a informatização, o trabalho dos operários, em especial os da indústria, tornou-se menos pesados, mas em algumas atividades, permanece a mesma situação das antigas fábricas inglesas:

o próprio trabalho, facilitado foi levado ao extremo da monotonia. Ele não permite ao operário nenhuma possibilidade de atividade espiritual e, no entanto, absorve-lhe a atenção a ponto de impedi-lo de pensar em qualquer outra coisa. A condenação a semelhante trabalho, que toma do operário todo tempo disponível, que mal o deixa comer e dormir, que não lhe permite fazer exercícios físicos e desfrutar da natureza, sem falar da ausência de atividade intelectual (ENGELS, 2010, p. 158).

Aos trabalhadores, restam-lhes aceitar as investidas do capital e atender aos seus interesses ou resistir contra a dominação a que são submetidos e lutar pela garantia de direitos sociais, incluindo o de desenvolver suas atividades em locais de trabalho com adequações que preservem a saúde dos trabalhadores e com carga horária compatível com a resistência física e mental do ser humano.

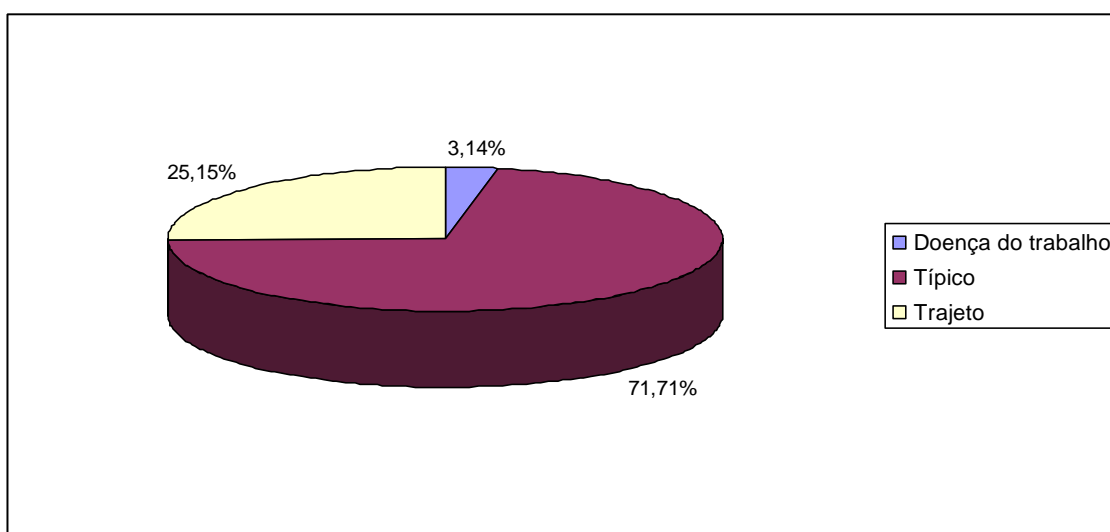
Ressalte-se que uma das exigências da legislação previdenciária para o acesso aos benefícios acidentários é a condição de filiação do segurado como empregado. De acordo com pesquisa realizada no Sistema de Benefício (Suib) da Gerência Executiva do INSS em Goiânia, todos os casos de acidentes declarados na comunicação de acidente de trabalho (CAT) na Agência da Previdência Social Goiânia-Centro indicam afastamento do trabalho, portanto, não houve atraso e omissão em relação à comunicação do acidente. No período entre 2009 a 2012, foram registrados 668 comunicações de acidentes do trabalho.

Do universo de 668 segurados vítimas de acidente de trabalho, 115 eram do sexo feminino, e 553, do sexo masculino, 461 tinham menos de 50 anos de idade, 320 segurados eram solteiros, 313 casados, 32 divorciados/separados judicialmente e três viúvos (tabelas 1, 2 e 3, anexas). Registre-se ainda, que a maior incidência de acidentes do trabalho ocorreu no comércio, sendo 521 acidentes no período pesquisado (tabela nº 4 em anexa).

Dentre os principais agentes causadores de acidentes figuram os equipamentos/ferramentas/máquinas e outros, mas o destaque são acidentes que envolveram meios de transportes, sendo 18 provocados por bicicletas, 97 por veículos e 73 por motos (tabela 5 em anexa).

Em relação às modalidades de acidentes os dados da pesquisa revelaram que o acidente típico ocupava o primeiro lugar com 479 registros, seguidos pelo de trajeto 168 e as doenças relacionadas ao trabalho totalizam 21 acidentes (figura 1).

**Figura 1 - Modalidade de acidentes**



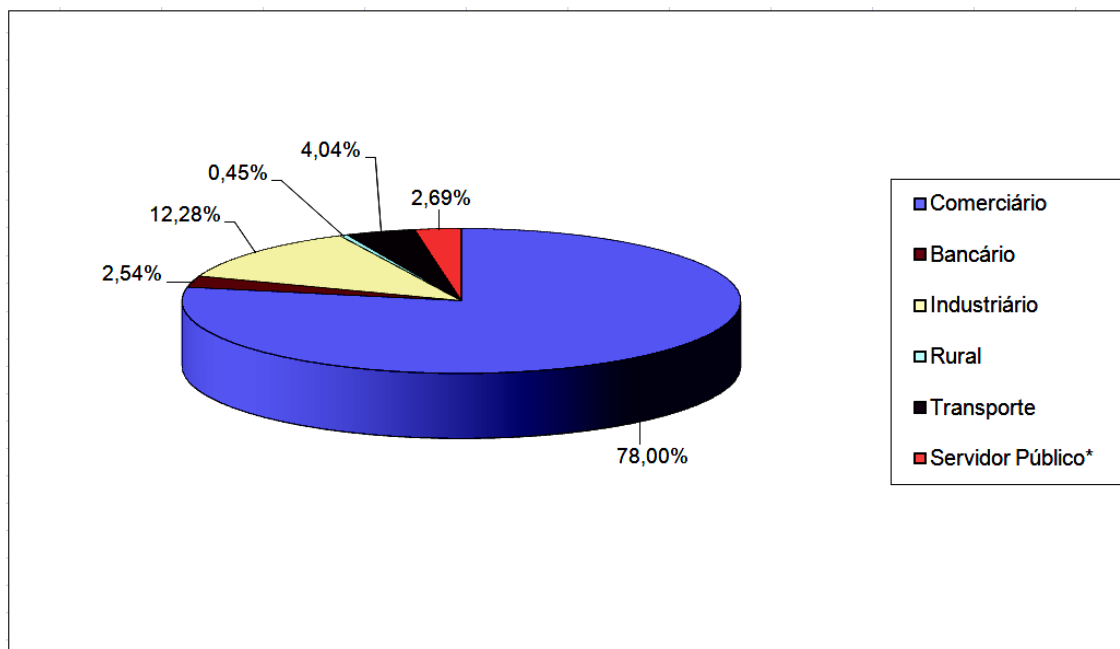
Fonte: dados da pesquisa

O programa de informatização da previdência social que alimenta as informações e dados, conforme critérios definidos previamente, consolida a indicação de garantia do auxílio-doença acidentário ao reconhecer a incapacidade temporária para o trabalho, com a possibilidade de transformação para aposentadoria por invalidez, mediante comprovação por meio do exame médico pericial que ateste a incapacidade permanente.

A concessão do auxílio-doença, conforme previsto na Lei nº 8.213/1991 (BRASIL, 1991) indica o reconhecimento do nexo causal entre o acidente/doença e a atividade desenvolvida pelo segurado a serviço da empresa. Assim, representa a garantia e a efetivação do direito social. No entanto, para o trabalhador seja casado ou solteiro, ainda em idade produtiva, sem condições de exercer atividade laborativa, bem como participar da vida social e comunitária infere nas condições econômica e social, sobretudo, comprometer as relações sociais, familiares, conjugais, dentre outros. No que se refere à dimensão econômica, o auxílio-doença e a aposentadoria por invalidez podem resultar na redução da renda familiar, em razão o limite do teto máximo da previdência social e o critério de média aritmética para calcular o salário de benefício.

Conforme tratado neste trabalho, as formas de organização do trabalho – precarização, subemprego, dentre outros – submetem o trabalhador a intenso ritmo de trabalho e ainda à negligência do empregador em relação ao cumprimento da legislação que determina a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Essa situação favorece a ocorrência de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, podendo desencadear no trabalhador a incapacidade laborativa.

De acordo com os dados apresentado nesse estudo, o ramo de atividade com ampla ocorrência de acidentes de trabalho foi o comércio: 525 segurados/comerciários foram acometidos de acidentes/doenças relacionadas ao trabalho o que apresenta uma realidade preocupante (figura 2).

**Figura 2 - Ramo de atividade dos segurados**

Fonte: dados da pesquisa.

\* Segurado contribuinte do regime geral de previdência social, cargo em comissão/contrato ou similar.

Trata-se de uma realidade que exige atenção do Estado por meio dos órgãos competentes – Ministérios do trabalho, Ministério Previdência Social, Ministério da Saúde, dentre outros – que desenvolvem ações conjuntas. Portanto é fundamental identificar o que provoca a prevalência e alto índice de acidentes/doenças no ramo do comércio e assim, garantir planejamento e implementação de ações referentes à saúde do trabalhador, para assegurar ações preventivas.

Destaque-se que o ramo da indústria no período pesquisado ocupa o segundo lugar na ocorrência de acidentes de trabalho, com 87 trabalhadores empregados vítimas de acidentes. Assim, como, no comércio, são necessárias vigilância e medidas de prevenção de acidentes do trabalho. O ramo da indústria está ligado à fabricação de produtos diversos, com utilização de ferramentas, máquinas, andaimes dentre outros. Nesse sentido, o trabalhador encontra-se suscetível aos acidentes em especial, os denominados típicos, que, de acordo com Neto (2010, p. 1), caracteriza-se como um “acidente único, súbito e imprevisto e bem configurado no espaço e no tempo”.

A industrialização favorece o desenvolvimento acelerado, a revolução tecnológica, as exigências no modo de produção capitalista e o consumismo desenfreado. Desse modo, “na maior parte dos ramos da indústria, a atividade do

operário reduz-se a uma miserável e mecânica manipulação, que se repete, minuto a minuto, ano a ano” (ENGELS, 2010, p. 158).

No capitalismo, o trabalhador é considerado uma mercadoria, e desse modo, o que interessa para o capital é a utilização da sua força de trabalho com objetivo principal de acumulação de mais-valia. Assim, quando o trabalhador com redução da capacidade para o trabalho, nos casos de acidentes típicos com mutilação de membros – braço, mão, dedos, dentre outros – pode ser “descartado” pelo capital como um objeto qualquer, por não ter mais utilidade para o sistema.

Em relação às modalidades de acidentes, o acidente típico ocupa o primeiro lugar com 479 acidentes, seguidos pelo de trajeto com 168 acidentes e 21 acidentes, em decorrência de doenças relacionadas ao trabalho.

No que se refere aos acidentes de trajetos, ocorreram 168 acidentes no período pesquisado, envolvendo motos, veículos e bicicletas. Trata-se de uma necessidade de garantia de um redirecionamento na engenharia do trânsito na cidade de Goiânia, para desenvolvimento de ações educativas com condutores, transporte urbano de qualidade, e ainda, o enfrentamento radical da lógica capitalista que incentiva a produção desenfreada automobilística, o consumismo, a corrida contra o tempo, o que exige do trabalhador o pronto atendimento dos interesses do “cliente”, dentre outras.

Os trabalhadores que utilizam carros, motos e bicicletas, se, no exercício da profissão a serviço do empregador, forem vítimas de acidentes, a ocorrência será caracterizado, como acidente de trabalho.

A ocorrência de lesão com trauma, ferimento, fratura do punho, da mão e dedos dentre outros (tabela 6, anexa), foram provocadas por equipamentos, ferramentas manuais sem força motriz e ferramenta portátil com força motriz, máquinas, dentre outros (tabela 5, anexa).

A modalidade de acidente considerado típico não apresenta dificuldade para o reconhecimento do nexos causal entre o acidente e a atividade desenvolvida pelo segurado na empresa. Nesse sentido, explica-se o número significativo de auxílio-doença acidentário em decorrência de acidentes típicos.

Quanto às doenças relacionadas ao trabalho, identificou-se um quantitativo de 21 auxílios-doença acidentários no universo de 668 comunicações de acidente de trabalho. De acordo com a Classificação Internacional de Doença (CID: 10), indicado na CAT, identificaram-se doenças relacionadas ao trabalho decorrentes de síndrome

do túnel do carpo, sinovites e tenossinovites e a concessão de auxílio-doença acidentário em decorrência de doença mental, assim como episódio depressivo grave, sem sintoma psicótico e episódio depressivo com grave sintoma psicótico.

As doenças depressivas representam um avanço na história da perícia médica da previdência social, pois tratam-se de doenças com características que dificultam o reconhecimento donexo causal com a atividade desenvolvida pelo trabalhador. Elas são provocadas pelas transformações societárias, em especial, no âmbito das relações sociais e do trabalho engendradas no modo de produção capitalista.

Deste modo, os trabalhadores que desenvolvem atividades de caráter repetitivo podem ser submetidos a um ritmo de trabalho intenso e à pressão dos gestores, para o cumprimento de exigências de cotas de produção por unidade de tempo (ASSUNÇÃO, 2006). Assim, “o trabalho repetitivo seria aquele em que os componentes de trabalho se repetem mais de quinze vezes por minuto e que mobilizam mais de um sétimo da massa muscular corporal” (ASSUNÇÃO, 2006, p. 269).

A análise dos elementos constantes na CAT expressa um número restrito de concessão de auxílio-doença em decorrência de doença do trabalho na Agência da Previdência Social Goiânia-Centro, no período pesquisado. Essa realidade permite refletir que no tocante a doenças relacionadas, ao trabalho o segurado depara-se com a dificuldade do reconhecimento do nexocausal pela perícia médica da previdência social.

No entanto, a criação do Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP) viabiliza o cruzamento das informações com objetivo de assegurar a prova do acidente de trabalho, bem como as doenças relacionadas ao trabalho. Mesmo assim, persiste a resistência da equipe de trabalho da previdência social no reconhecimento do nexocausal relacionado às doenças do trabalho.

Conforme pesquisa no Sistema de Informação (Suib) no período de 2009 a 2012 foram concedidos na Gerência Executiva do INSS em Goiânia 9.715 auxílios-doença em decorrência de acidente de trabalho e 300 aposentadorias por invalidez acidentária.

Mediante pesquisa no Sistema de Informação de Benefício (Suib), constatou-se que, no período de 2009 a 2012, na Agência da Previdência Social Goiânia-



Centro, foram concedidos<sup>12</sup> 62 aposentadorias por invalidez acidentária, 3 indeferimentos de solicitações de Auxílio-doença acidentária e 4 pedidos de aposentadorias por invalidez acidentária foram indeferidos. Em relação aos benefícios ativos<sup>13</sup> identificaram-se 288 auxílios-doença acidentários ativos e 360 aposentadorias por invalidez em decorrência de acidente do trabalho.

### **3.5 Garantia e indeferimento de auxílio-doença acidentário na Agência da Previdência Social Goiânia-Centro**

As informações constantes na comunicação de acidente do trabalho (CAT) revelam que os segurados da previdência social da Agência Goiânia-Centro possuem acesso aos benefícios de auxílio-doença em decorrência de acidentes típicos e de trajeto, conforme estabelece a Lei nº 8.213/1991 (BRASIL, 1991). Assim, um dos desafios refere-se às doenças relacionadas ao trabalho, no período pesquisado, pois as doenças relacionadas ao trabalho sem o reconhecimento do nexo causal pode ser garantido o auxílio-doença previdenciário sem relação com doença do trabalho. Mediante protocolo na Agência da Previdência Social, o pedido de benefício por incapacidade não caracteriza a espécie do auxílio-doença acidentário que somente é definido por meio da avaliação médico-pericial.

O instrumento para o agendamento da solicitação do benefício por incapacidade não possui a opção para indicar a espécie do benefício de auxílio-doença previdenciário, espécie 31, auxílio-doença acidentário, espécie 91<sup>14</sup>, o que dificulta o acesso aos processos indeferidos de acidente de trabalho em fase recursal.

Na previdência social, inexistente um sistema que permita acessar os processos indeferidos de acidentes de trabalho, e, portanto, a análise dos processos encontra-

---

<sup>12</sup> Benefício concedido é aquele cujo requerimento apresentado pelo segurado ou seus dependentes à previdência social é analisado e deferido, desde que o requerente preencha todos os requisitos necessários à espécie do benefício solicitado, e liberado para pagamento. A concessão corresponde, portanto, ao fluxo de entrada de novos benefícios no sistema previdenciário (AEPS, 2011).

<sup>13</sup> Benefícios ativos correspondem aos que efetivamente geram pagamentos mensais ao beneficiário e em conjunto com os suspensos, compõem o estoque de benefícios do sistema previdenciário. Um benefício incorporado ao cadastro, logo após ser concedido, que implica pagamentos mensais até que cesse o direito ao seu recebimento, exceto no caso de suspensão temporária (por motivo de decisão judicial ou auditoria). Neste caso o benefício deve, em momento posterior, retornar à condição de ativo ou vir a ser cessado (AEPS, 2011).

<sup>14</sup> Auxílio-doença em decorrência de acidente do trabalho (BRASIL, 1991).

se prejudicada. Após inúmeros enfrentamentos, foi possível obter acesso aos processos de acidentes de trabalho típicos, de trajeto, de doença do trabalho, indeferidos e cessados por motivo de limite médico em fase de recurso.

Em relação aos processos de acidentes típicos e acidentes de trajeto, duas modalidades de acidentes, mediante informações constantes na CAT, o reconhecimento do nexos causal entre o acidente e a atividade desenvolvida na empresa ocorre de imediato no exame médico-pericial realizado por médicos da previdência social. O auxílio-doença por acidente do trabalho é garantido com data limite definida pela perícia médica. Caso o segurado não recupere a capacidade para o trabalho poderá solicitar um pedido de prorrogação do benefício que será ou não deferido pela perícia médica.

O reconhecimento do nexos causal de uma doença como transtorno de adaptação como doença desenvolvida no trabalho, representa um avanço na perícia médica da previdência social e, ao mesmo tempo, exige ir além da aparência, com o objetivo de alcançar a dimensão da essência que envolve a realidade social do trabalhador, no atendimento às novas demandas que se apresentam, em razão das atuais configurações do mundo do trabalho que interferem nas formas de relações de trabalho e, que nesse processo, alteram também as formas de adoecimento no trabalho. Quanto aos processos de recursos analisados nesse estudo apreende-se o que se segue.

São inúmeros os desafios enfrentados pelo trabalhador – a incapacidade para o trabalho e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde da rede pública. Nesse sentido, exige-se do trabalhador o enfrentamento das barreiras, realidade que contraria os princípios previstos na Lei nº 8.080/1990, artigo 2º, o que determina que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990). Trata-se de demandas que tensionam o cotidiano do profissional de Serviço Social na previdência. Assim, compete ao assistente social contribuir para a garantia de acesso à proteção social, previdenciária e aos direitos sociais.

O benefício cessado por motivo de limite médico evidencia-se que a equipe de perícia médica da previdência não atenta para inúmeros determinantes – extensão da jornada, condições econômicas, éticas, técnicas, físicas, sociais do exercício do trabalho, escolaridade, dificuldade de exercer outra atividade, exploração, precarização, dentre outros.

A perda parcial da capacidade laborativa exige a mudança de função, e o trabalhador defronta-se com a resistência do empregador, que ignora o que estabelece a lei.

Os recursos contra as decisões periciais médicas representam para o trabalhador uma possibilidade de garantia da proteção social, e se trata de um instrumento significativo para o Serviço Social que atua na previdência. Assim, compete ao profissional orientar, esclarecer, informar o trabalhador sobre as alegações do recurso, em consonância com a legislação previdenciária, pautado em princípios éticos fundamentais, em especial, a defesa dos direitos sociais, as condições sociais e econômicas que podem interferir no processo de recuperação da saúde do trabalhador, representando a dominação do capital sob o trabalho. O assistente social deve atentar que a relação que se estabelece nesse processo é a de comprador (proprietário/capitalista) e mercadoria (trabalhador). Assim, o resultado esperado pelo capital é a mais-valia, extraído do trabalho excedente (MARX, 2010).

Destaque-se ainda, as abordagens teóricas presentes na legislação previdenciária, que explicitam uma concepção positivista na utilização de inúmeras terminologias – auxílio-doença, benefício, concessão, dentre outras – que expressam conotação de bem-estar, em detrimento da garantia de direito social previsto constitucionalmente. Essa realidade evidencia como se processa a relação capital/trabalho. O trabalho, sem condições objetivas de produzir, é descartado pelo capital como um objeto.

Diante do exposto, os desafios enfrentados pelos trabalhadores na luta pela garantia de acesso aos direitos sociais, requerem um compromisso com os interesses mais gerais da classe trabalhadora. Trata-se de desafios que pressupõem a radicalidade materializada no cotidiano do assistente social na previdência de confrontar as contradições, as divergências, as tensões, dentre outros.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de investigar a saúde do trabalhador e a garantia dos direitos sociais perpassou pelo estudo do acesso dos trabalhadores ao conjunto de política social ofertada no âmbito da previdência social. A saúde é, constitucionalmente, um direito fundamental do ser humano. Assim, o trabalho é o meio para garantir a sobrevivência do homem, já dizia Marx (2012). Nesse sentido, a saúde e o trabalho relacionam-se dialeticamente.

O estudo ora apresentado nesta dissertação possibilitou identificar que são inúmeros os determinantes que condicionam a saúde do trabalhador, presentes nas dimensões – sociais, econômicos, políticas e culturais – no contexto da relação capital-trabalho.

Em relação à previdência social, o segurado, vítima de acidente ou doença do trabalho também tem o acesso aos benefícios acidentários de forma restrita. O direito à cobertura universal ocorre mediante contribuição. Assim, o acesso ao sistema previdenciário está condicionado ao trabalho assalariado e a vinculação do trabalhador à previdência, por meio de contribuição.

O trabalho constitui um determinante da saúde do trabalhador, que se encontra condicionado pelas relações sociais de produção no sistema capitalista. Embora as leis vigentes garantam a proteção do trabalhador no trabalho, os acidentes e adoecimentos ocorrem com frequência.

O acesso aos direitos sociais, em especial, à previdência, é a garantia mediante políticas públicas, sociais e econômicas. A legislação favorável ao trabalhador encontra-se regulamentada, no entanto, a relação entre o arcabouço legal e o direito ao acesso é contraditório, uma vez que não alcança a todos.

A pesquisa realizada revela que um dos desafios do segurado refere-se ao reconhecimento das doenças do/no trabalho pela previdência social, ao relacionar com o quantitativo de auxílio-doença por acidente de trabalho nas modalidades, típicos e de trajeto. Dessa forma, expressam-se a contradição da relação capital e trabalho, pois o trabalhador é submetido à exploração no trabalho, com exigência de cumprimento de metas, intensificação e ampliação da produção com a redução do tempo para produtividade, extensa jornada diária de trabalho, sob ameaça constante de perda do emprego.

Assim, os dados da pesquisa sistematizados sobre os acidentes e doenças relacionadas à saúde do trabalhador, no âmbito da previdência social, e a garantia dos direitos previdenciários, com enfoque nos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, permitiu apreender que o capital apodera-se da saúde do trabalhador. Por outro lado, o conjunto de leis vigentes, relacionadas à proteção social e ao trabalho, não garantem por si só o acesso aos direitos sociais.

A proteção social da integridade física, psíquica e mental do trabalhador requer garantia legal de direitos e acesso às políticas, mediante a prevalência social e política, com a superação do trabalho “coisificado”, alienado, estranhado, subjugado ao capital, pois “o capital viola os limites extremos, físicos e morais da jornada de trabalho. Usurpa o tempo que deve pertencer ao crescimento, ao desenvolvimento e à saúde do corpo. Rouba o tempo necessário para se respirar ar puro e absorver a luz do sol” (MARX, 2012, p. 306).

## REFERÊNCIAS

ALVES, Giovanni. *O novo (e precário) mundo do trabalho: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo*. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2010.

\_\_\_\_\_. Trabalho, capitalismo global e captura da subjetividade: uma perspectiva crítica. In: LOURENÇO, Edvânia *et al* (orgs.). *O avesso do trabalho II*. São Paulo: Expressão Popular, 2010, p. 41-59.

ARAÚJO, Fernando A. S. O capitalismo monopolista de Estado, 2007. Revista mensal de cultura política n. 12. Disponível em: [https://www.marxists.org/portugues/tematica/rev\\_prob/12/capitalismo.htm](https://www.marxists.org/portugues/tematica/rev_prob/12/capitalismo.htm). Acesso em: 26 de out. 2013.

ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

\_\_\_\_\_. Crise capitalista contemporânea e as transformações no mundo do trabalho. *Caderno de Capacitação em Serviço Social e política social*. In: Cfess, Abepss, Cead, UnB – Módulo I, Brasília, 1999, p. 19-31.

\_\_\_\_\_. *A dialética do trabalho*. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

\_\_\_\_\_. A era da informatização e a época da informalização. In: ANTUNES, Ricardo (org.). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006, p. 15-25.

\_\_\_\_\_. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2009.

\_\_\_\_\_. Produção liofilizada e a precarização estrutural do trabalho. In: LOURENÇO, Edvânia *et al* (orgs.). *O avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador*. São Paulo: Expressão Popular, 2010, p. 21-40.

\_\_\_\_\_. Anotações sobre o capitalismo recente e a reestruturação produtiva no Brasil. In: ANTUNES, Ricardo; SILVA, Maria A. Moraes. *O avesso do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010, p.13-24.

ASSUNÇÃO, Ada Ávila. Ciclos curtos e repetitivos de trabalho: o caso de uma fábrica de metais. In: ANTUNES, Ricardo (org.). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006, p. 179-188.

BOSCHETTI, Ivanete. (Neo)desenvolvimentismo & política social. A insidiosa corrosão dos sistemas de proteção social europeus. *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo, n. 112, p. 754-803, dez. 2012.

BRAGA JR., David. Gestão da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. In: Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social. *Trabalhar, sim! Adoecer, não!* Brasília: MS, 2005, p. 97-102.

BRASIL. Constituição Federal do Brasil. Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. *Lei orgânica da saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: [www.planalto.gov.br/civil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/civil_03/leis/l8080.htm). Acesso em 4 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema Único de saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: [www.planalto.gov.br/civil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/civil_03/leis/l8142.htm). Acesso em 4 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República: *Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977*. Altera o capítulo V do título II da consolidação das leis do trabalho, relativo a segurança e medicina do trabalho e dá outras providências. Brasília, 1977. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6514.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6514.htm). Acesso em: 8 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República: *Lei nº 8.213/1991*. Dispõe sobre os planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, 1995. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8213.cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213.cons.htm). Acesso em: 7 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. *Lei nº 11.430, de 26 de dezembro de 2006*. Altera as leis nºs 8.213, de 24 de julho de 1991, e 9.796 de 5 de maio de 1999, aumenta o valor dos benefícios da previdência social; e revoga a medida provisória nº 316, de 11 de agosto de 2006; dispositivos das leis nºs 8.213, de 24 de julho de 1991, 8.444, de 20 de julho de 1992, e da medida provisória nº 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e da lei nº 10.669, de 9 de julho de 2003. Brasília, 2006. Disponível em: [www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2006/11430.htm](http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2006/11430.htm). Acesso em: 8 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. *Decreto nº 6.042, de 12 de fevereiro de 2007*. Altera o regulamento da previdência social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, disciplina a aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator acidentário de Prevenção (FAP) e do Nexo Técnico Epidemiológico e dá outras providências. Brasília, MPS, 2007. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil03/ato2007-2010/2007/decreto/d6042.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil03/ato2007-2010/2007/decreto/d6042.htm). Acesso em: 6 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. *Decreto nº 2.172, de 5 de março de 1997*. Aprova o regulamento da previdência social. Brasília, 1997. Disponível em: [www010.dataprev.gov.br/SISLEX/PAGINAS/23/1997/2172.htm](http://www010.dataprev.gov.br/SISLEX/PAGINAS/23/1997/2172.htm). Acesso em: 6 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. *Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999*. Aprova o regulamento da previdência social. Brasília, 1999. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3048compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048compilado.htm). Acesso em: 7 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. *Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011*. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. Disponível em: [portal.mte.gov.br/legislação/decreto-n-7-602-de-07-11-1011.htm](http://portal.mte.gov.br/legislação/decreto-n-7-602-de-07-11-1011.htm). Acesso em: 8 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. *Decreto-lei nº 7.036*, 10 de novembro de 1944. Reforma da Lei de Acidentes do Trabalho. Brasília, 1944. Disponível em: [www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/24/1944/7036.htm](http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/24/1944/7036.htm). Acesso em: 26 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. *Decreto nº 24.637*, de 10 de julho de/1934. Estabelece sob novos moldes as obrigações resultantes dos acidentes do trabalho, e dá outras providências. Brasília, 1934. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24637-10-julho-1934-505781-pupblicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 26 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. Processo Constituinte. Brasília. Disponível em: [http://www2.camara.leg.br/atividadelegislativa/legislacao/Constituicoes\\_Brasileira/constituicao-cidada/o-processoconstituente](http://www2.camara.leg.br/atividadelegislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileira/constituicao-cidada/o-processoconstituente). Acesso em: 12 maio 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério de Estado do Trabalho. Portaria MTB nº 3214/1978. Aprova as normas regulamentadoras – NR. Do capítulo V, título II da consolidação das leis do trabalho, relativas a segurança e medicina do trabalho. 1978. Disponível em: <http://www3dataprev.gov.br/sislex/paginas05/mtb/5.htm>. Acesso em: 15 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social, 2012. Brasil. Disponível em: [www.ministeriodaprevidenciasocial.gov.br](http://www.ministeriodaprevidenciasocial.gov.br). Acesso em: 14 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. *Nexo tecnico epidemiológico (NTEP)*. MPS, Brasília, 2012. Disponível em: [www.ministeriodaprevidenciasocial.gov.br](http://www.ministeriodaprevidenciasocial.gov.br). Acesso em: 7 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. *Anuário Estatístico da Previdência Social*, Brasília, 2009. Disponível em: [www.previdencia.gov.br/estatistica/](http://www.previdencia.gov.br/estatistica/). Acesso em: 4 maio 2013

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. *Anuário Estatístico da Previdência Social*, Brasília, 2010. : [www.previdencia.gov.br/estatistica/](http://www.previdencia.gov.br/estatistica/). Acesso em: 4 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. *Anuário Estatístico da Previdência Social*, Brasília, 2011. Disponível em: [www.previdencia.gov.br/estatistica/](http://www.previdencia.gov.br/estatistica/). Acesso em: 5 maio 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social; Ministério da Saúde; Ministério do Trabalho e Emprego. *Portaria interministerial MPS/MS/MTE nº 800. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador*. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasil, MS, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Rede nacional de atenção à saúde do trabalhador (Renast): manual de gestão e gerenciamento*, 2006. Disponível em: [www.renastonline.org/recursos/manual-gestao-gerenciamento-rede-nacional-atencao-integral-saude-trabalhador](http://www.renastonline.org/recursos/manual-gestao-gerenciamento-rede-nacional-atencao-integral-saude-trabalhador). Acesso em: 17 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.120, 1º de julho de 1998. *Dispõe sobre a vigilância em saúde do trabalhador*. Brasília, 1998. Disponível em: [www.saude.rs.gov.br](http://www.saude.rs.gov.br). Acesso em: 11 fev. 2012.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998. Norma operacional de saúde do trabalhador no SUS – Nost-SUS*. Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1679/GM de 19 de setembro de 2002*. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília, 2002. Disponível em: [dtr2001.saude.gov/sas.PORTARIAS/port2002/Gm/GM-1679.htm](http://dtr2001.saude.gov/sas.PORTARIAS/port2002/Gm/GM-1679.htm). Acesso em: 19 fev. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.437/2005*. Dispõe sobre a ampliação e fortalecimento da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador (Renast) no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.728, 11 de novembro de 2009*. Dispõe sobre a rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador (Renast). Disponível em: [www.dive.sc.gov/conteudos/publicacoes/Legislacao/Portaria\\_RENAS T\\_2728.pdf](http://www.dive.sc.gov/conteudos/publicacoes/Legislacao/Portaria_RENAS T_2728.pdf). Acesso em: 19 fev. 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde. *Portaria nº 109, de 9 de maio de 2003*. Habilitação de centros de referências em saúde do trabalhador (Cerests). Disponível em: [dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/port2003/PT-109.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/port2003/PT-109.htm). Acesso em: 19 fev. 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete *et al* (orgs.). *Serviço Social e a saúde: formação e trabalho profissional*. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: Opas, OMS, Ministério da Saúde, 2009, p. 88-110.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete *et al* (orgs.). *Serviço social e a saúde: formação e trabalho profissional*. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: Opas, OMS, Ministério da Saúde, 2009, p. 197-217.

BERNARDO, Márcia Hespanhol. *Trabalho duro, discurso flexível: uma análise das contradições do toyotismo a partir da vivência de trabalhadores*. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

BRAVERMAN, Harry. *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. Trad. Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

CORRÊA, Maria Juliana Moura *et al*. A vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador no SUS: um desafio a organização e a integralidade da atenção. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Trabalhar, sim! Adoecer, não!*. Brasília: Editora MS, 2005, p. 86-90.

EGAS, Karen. *História do capitalismo*, 2008. Disponível em: <http://www.grupoescolar.com/pesquisa/historia-do-capitalismo.html>. Acesso em: 26 out. 2013.

ENGELS, Friederich. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. Trad. B. A. Schumann; superv., apres. e notas José Paulo Netto. São Paulo: Boitempo, 2010.

FALEIROS, Vicente de Paula. *Metodologia e ideologia do trabalho social*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

\_\_\_\_\_. *O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

FERREIRA, Luiz Antônio Miguel. *Os direitos sociais e sua regulamentação: coletânea de leis*. São Paulo: Cortez, 2011.

FREIRE, Lúcia M. B. *O Serviço Social na reestruturação produtiva – espaços, programas e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2003.

\_\_\_\_\_. O Serviço Social e a saúde do trabalhador diante da reestruturação produtiva nas empresas. In: MOTA, Ana Elizabete (org.). *A nova fábrica de consensos*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010, p. 167-194.

GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GOMÉZ, Carlos Minayo. Saúde do trabalhador: novas e velhas questões. In: BRASIL. Ministério da Saúde *et al.* *Trabalhar, sim! Adoecer, não!*. Brasília: Editora MS, 2005.

GRANEMANN, Sara. O processo de produção e reprodução social: trabalho e sociabilidade. In: Cfess/abepss. *Serviço Social: Direitos e competências profissionais*. Brasília, 2009, p. 223-238.

HARVEY, David. *Condição pós-moderna*. Trad. Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Loyola, 2010.

HOEFEL, Maria da Graça *et al.* A atenção à saúde do trabalhador no SUS: a proposta de constituição da Renast. In: BRASIL. Ministério da Saúde *et al.* *Trabalhar, sim! Adoecer, não!*. Brasília: Editora MS, 2005, p. 72-78.

\_\_\_\_\_. Reflexões sobre as novas políticas sociais no Brasil e a saúde do trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde *et al.* *Trabalhar, sim! Adoecer, não!*. Brasília: Editora MS, 2005, p. 79-84.

IAMAMOTO, Marilda Vilela: *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IANNI, Octávio. *A era do globalismo*. 11. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). *Políticas sociais acompanhamento e análise*. (1995-2005). Brasília: Ipea, 2007, n. 13. Edição Especial.

JINKINGS, Nise. A reestruturação do trabalho nos bancos. In: ANTUNES, Ricardo (org.). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006, p. 189-205.

KAMEYAMA, Nabuko. Notas introdutórias para discussão sobre reestruturação produtiva e serviço social. In: MOTA, Ana Elizabete (org.). *A nova fábrica de consensos*. São Paulo: Cortez, 2010, p. 7-22.

KOIKE, Marieta. As novas exigências teóricas, metodológicas e operacionais da formação profissional na contemporaneidade. In: Cfess, Abepss, Cead, UnB. *Caderno de Capacitação em Serviço Social e Política Social – Módulo II*, 1999, 101-118.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Saúde do Trabalhador: vinte anos de história e trajetória. In: BRASIL. Ministério da Saúde *et al.* *Trabalhar, sim! Adoecer, não!* Brasília: Editora MS, 2005.

LÚCIO, Clemente Gans. *Transformações no mercado de trabalho e desafios para a previdência social no Brasil*. Texto Técnico. Brasília, Dieese, 21 mar 2007. Disponível em: [http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/4\\_081010-120047-369.pdf](http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/4_081010-120047-369.pdf). Acesso em: 11 maio 2013.

MACEDO, Hebe. *Saúde do trabalhador no SUS*. Centro de referência em saúde do trabalhador (Cerest Goiânia). SMS, 2007.

MASCARENHAS, Ângela Cristina Belém. *O trabalho e a identidade política da classe trabalhadora*. Goiânia: Alternativa, 2002.

MARX, Karl. *O capital: crítica da economia política: livro I*. Trad. Reginaldo Sant'Anna. 30. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

\_\_\_\_\_. *Grundrisse: manuscritos econômicos de 1857-1858: esboços da crítica da economia política*. Trad. Mário Duayer e Nélio Schneider. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: UFRJ, 2011.

\_\_\_\_\_. *Manuscritos econômico-filosóficos*. 4. ed. Trad. Jesus Ranieri São Paulo: Boitempo, 2010.

\_\_\_\_\_. *Trabalho assalariado e capital & salário, preço e lucro*. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

MELO, Ana Inês Simões Cardoso, *et al.* Na corda bamba do trabalho precarizado: a terceirização e a saúde dos trabalhadores. In: MOTA, Ana Elizabete (org.). *A nova fábrica de consensos*. São Paulo: Cortez, 2010, p. 195-215.

MENDES, Jussara Maria Rosa. *O verso e o averso de uma história: o acidente a morte no trabalho*. São Paulo, 1999. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC – SP).

MENDES, Jussara Maria Rosa; WUNSCH, Dolores Sanches. Condições de trabalho: Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 107, p. 461-481, jul./set., 2011.

MENDES, Jussara Maria Rosa; WUNSCH, Dolores Sanches; CAMARGO, Marisa. *A saúde do trabalhador e a proteção social no cenário fronteira do Mercosul, 2011?*. Disponível em: <http://www.ucpel.tch.br/mps/diprosul/docs/tr>. Acesso em: 3 nov. 2012.

MENDES, Jussara Maria Rosa; WÜNSCH, Dolores Sanches. Saúde do trabalhador e proteção social: as repercussões da precarização do trabalho no capitalismo contemporâneo. Estudos do Trabalho. Ano 5, n. 9, 2011. *Revista da RET*. Disponível em: <<http://www.estudosdotrabalho.org>>. Acesso em: 19 nov. 2013.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. *Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador*. Saúde pública. São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n5/03.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2013.

MESZÁROS, Iteván. Desemprego e precarização: um grande desafio para a esquerda. In: ANTUNES, Ricardo (org.). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006, p. 26-44.

DUCLÓS, Miguel. *A maturação do pensamento de Marx*, 1999. Disponível em: <<http://www.consciencia.org/marx.shtml>>. Acesso em 29 set. 2013.

NETO, José Affonso Dallegre. *Nexo técnico epidemiológico e seus efeitos sobre a ação trabalhista indenizatória*. Trib. Reg. 3º Reg. Belo Horizonte, v. 46, n. 76, p. 143-153, jul./dez., 2007. Disponível em: <[http://www.trt3.jus.br/escola/download/revista/re\\_v76/JoseNeto.pdf](http://www.trt3.jus.br/escola/download/revista/re_v76/JoseNeto.pdf)>. Acesso em: 8 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. *A indenização do dano acidentário na justiça do trabalho*. TRT – 9ª R. Curitiba. 35, nº 64, jan./jun., 2010. Disponível em: <[http://www.trt9.jus.br/internet\\_base/arquivo\\_dawload.do](http://www.trt9.jus.br/internet_base/arquivo_dawload.do)>. Acesso em: 8 mar. 2013.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. *Economia política: uma introdução crítica*. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 1).

\_\_\_\_\_. *Capitalismo monopolista e Serviço Social*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NOGUEIRA, Claudia Mazzei. A feminização do trabalho no mundo do telemarketing. In: ANTUNES, Ricardo (org.). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006, p. 269-295.

\_\_\_\_\_. Telemarketing: a saúde das teleoperadoras. In: LOURENÇO, Edvânia *et al* (orgs.). *O avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador*. São Paulo: Expressão Popular, 2010, p. 159-178.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MEIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, Ana Elizabete *et al* (orgs.). *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: Opas, OMS, Ministério da Saúde, 2009, p. 218-241.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Política social do segundo pós-guerra: ascensão e declínio. *Serviço Social e Saúde*. Unicamp, v. 9, n. 10, 2010. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br>>. Acesso em: 8 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Por uma nova concepção de seguridade social. *Serv. Social*. Brasília, n. 7, p. 81-96, jul./dez. 2000.

PINTO, Geraldo Augusto. *A organização do trabalho no Século 20: Taylorismo, Fordismo e Toyotismo*. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

POCHMANN, Márcio. Desempregados do Brasil. In: ANTUNES, Ricardo (org.). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006, p. 59-73.

RIBEIRO, Herval Pina. O público e o privado das políticas contemporâneas do estado moderno. Ascensão e queda dos direitos de cidadania e a emergência do individualismo e do neocorporativismo em saúde. In: LOURENÇO, Edvânia *et al* (orgs.) *O avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador*. São Paulo: Expressão Popular, 2010, p. 307-316.

SANTANA, Vilma Sousa; SILVA, Jandira Maciel. *Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios*, 2008. Disponível em: <<http://www.saudeetrabalho.com.br/download/sus-20anos.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2013.

SILVA, José Fernando Siqueira da; SILVA, Maria Izabel da. Reprodução do Capital, trabalho estranhado e violência. In: LOURENÇO, Edvânia *et al* (orgs.). *O avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador*. São Paulo: Expressão Popular, 2010, p. 109-136.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. *Previdência social no Brasil: (des) estruturação do trabalho e condições para sua universalização*. São Paulo: Cortez, 2012.

\_\_\_\_\_. *Previdência Social, um direito conquistado: resgate histórico, quadro atual e propostas de mudanças*. 2. ed. Brasília: Ed. do Autor, 1997.

VASAPOLO, Luciano. O trabalho atípico e a precariedade: elemento estratégico determinante do capital no paradigma pós-fordista. In: ANTUNES, Ricardo. *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006, p. 45-57.

VIEIRA, Evaldo. *Os direitos e a política social*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

WOLF, Simone. Qualidade total e informática: a constituição do novo homem máquina. In: ANTUNES, Ricardo; SILVA, Maria Aparecida Moraes (orgs.). *O avesso do trabalho*. São Paulo: Expressão Popular, 2010, p. 291-333.

## ANEXOS

Tabela 1

Percentual de segurados acidentados do trabalho segundo Comunicação de Acidente de Trabalho registrados na Agência da Previdência Social Goiânia-Centro no período de 2009/2012

<b>Sexo</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Masculino	553	82,79
Feminino	115	17,21
<b>TOTAL</b>	<b>668</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Sistema Único de Benefício (Suib) da Gerência Executiva do INSS em Goiânia.  
Elaboração própria.

Tabela 2

Faixa etária dos segurados segundo Comunicação de Acidente de Trabalho registrados na Agência da Previdência Social Goiânia-Centro no período de 2009/2012

<b>Faixa etária</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Menos de 50 anos	461	69,01
50 – 59 anos	132	19,76
60 – 69 anos	62	9,28
70 – 79 anos	13	1,95
<b>Total</b>	<b>668</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Sistema Único de Benefício (Suib) – Gerência Executiva do INSS em Goiânia  
Elaboração própria.

Tabela 3

Estado civil dos segurados segundo Comunicação de Acidente de Trabalho registrados na Agência da Previdência Social Goiânia-Centro no período de 2009/2012

<b>Estado civil</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Casado	313	46,86
Divorciado	12	1,80
Separado Judicialmente	20	2,99
Solteiro	320	47,90
Viúvo	3	0,45
<b>Quantidade</b>	<b>668</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Sistema Único de Benefício (Suib) – Gerência Executiva do INSS em Goiânia  
Elaboração própria.

Tabela 4

Ramo de atividade dos segurados segundo Comunicação de Acidente de Trabalho registrados na Agência da Previdência Social Goiânia-Centro no período de 2009/2012

Ramo de atividade	Quantidade	Porcentagem
Comerciário	521	78,00
Bancário	17	2,54
Industriário	82	12,28
Rural	3	0,45
Transporte	27	4,04
Servidor Público	18	2,69
TOTAL	668	100,00

Fonte: Sistema Único de Benefício (SUIB) – Gerência Executiva do INSS em Goiânia  
Elaboração própria.

Tabela 5

Agente causador do acidente segundo Comunicação de Acidente de Trabalho registrado na agência da previdência social Goiânia-Centro – 2009/2012

Não classificado	2
Ácido	6
Agente do acidente inexistente	31
Agente do acidente, não identificado ou classificado	28
Agente infeccioso ou parasitário	4
Água – usar quando estado líquido contribuir preponderantemente para a ocorrência	5
Alavanca, pe-de-cabra, ferramenta manual sem força motriz	4
Álcool	1
Alicate, torques, tenaz, ferramenta manual sem força motriz	1
Andaime, plataforma, edifício ou estrutura	8
Animal vivo	1
Arco Elétrico – equipamento emissor de Radiação	3
Área ou ambiente de trabalho – o agente do acidente	10
Arquibancada, estádio – edifício ou estrutura	2
Arquivo, fichário, estante mobiliário e acessórios	1
Asfalto, alcatrão, piche	4
Atrito ou abrasão por manusear Objeto	3
Barril, barrica, barrilete, tambor – embalagem	2
Bicicleta	18
Britador, moinho – máquina	3

Cadeira banco – mobiliário e acessórios	3
Caixa, engradado, caixote – embalagem, recipiente	13
Calçada ou caminho para pedestre- superfície	10
Canal, fosso	2
Carro de mão	8
Cerâmica não identificado ou classificado	1
Cereal e derivados	1
Chão – superfície utilizada para sustentar pessoas	10
Chave de parafuso – ferramenta manual sem força motriz	4
Cianeto ou composto de cianogênio	1
Composto metálico (de chumbo, mercúrio, zinco)	2
Corda, cabo, corrente – ferramenta manual sem força motriz	4
Correia – dispositivo de transmissão de energia	6
Corrente, corda, cabo – dispositivo de Transmissão	1
Furadeira, broqueadeira, torno, freza – máquina	2
Dique, barragem – edifício ou estrutura	2
Edifício ou estrutura (exceto piso, superfície)	3
Elevador – equipamento de guindar	4
Embalagem e recipiente, vazio ou cheio não identificado ou classificado	2
Empilhadeira	4
Equipamento de guindar não identificado ou classificado	2
Equipamento elétrico não identificado ou classificado	1
Equipamento eletrolítico - equipamento elétrico	2
Equipamento para trabalho em Ambiente de Pressão	5
Escada móvel ou fixada, não identificado ou classificado	14
Escada permanente cujos degraus permitem apoio	16
Escavação, fosso, túnel, não identificado ou classificado	1
Esforço excessivo ao manejar, sacudir	3
Esforço excessivo não identificado ou classificado	1
Faca, facão – ferramenta manual sem força Motriz	12
Ferramenta acionada por explosivo ferramenta	1
Ferramenta de soldagem – ferramenta portátil	1
Ferramenta manual sem força motriz, não identificado ou classificado	7



Ferramenta manual com força motriz, não identificado ou classificado	4
Ferramenta portátil com força motriz ou aquecimento	4
Ferramenta, máquina, equipamento, veículo, não identificado ou classificado	12
Ferro de passar – ferramenta portátil com Força motriz	1
Forno, estufa, retorta, aquecedor de Ambiente	1
Frasco, garrafa – embalagem, recipiente, vazio	1
Furadeira, broqueadeira, torno, freza – máquina	2
Garfo, ancinho, forcado – ferramenta manual sem força motriz	1
Gás encanado de carvão	2
Guindaste – equipamento de guindar	1
Hidrocarboneto gasoso (inclui gás liquefeito)	1
Impacto de pessoa contra objeto parado	1
Impacto sofrido por pessoa de objeto que cai	1
Laminadora, calandra - maquina	2
Louça sanitária (pia, vaso sanitário, etc.)	2
Macaco (mecânico, hidráulico, pneumático)	1
Madeira (tora, madeira serrada, pranchão, poste	7
Maquina agrícola	1
Máquina de embalar ou empacotar	8
Máquina de escritório	1
Máquina de fundir, de forjar, de soldar	2
Máquina de imprimir	2
Máquina de mineração e perfuração de túnel	1
Máquina de terraplenagem e construção de estrutura	1
Máquina têxtil	1
Máquina, não identificado ou classificado	18
Martelete, socador – ferramenta portátil com força motriz	1
Martelo, malho, marreta – ferramenta manual sem força motriz	3
Mesa, cadeira – exceto mesa elástica desmontável	1
Metal - inclui liga ferrosa e não ferrosa, tubo	7
Misturador, batedeira, agitador - máquina	1
Mobiliário e acessórios, não identificado ou classificado	1
Motocicleta, motoneta	73

Nafta e solvente de nafta (éter de Petróleo)	1
Óleo combustível	1
Pá mecânica, draga – equipamento de guindar	1
Pá, cavadeira – ferramenta manual sem força motriz	2
Painel de controle, barramento, chave, interruptor	1
Partículas – não identificadas	5
Passarela ou plataforma permanentes – superfície	4
Perfuratriz – ferramenta portátil com força motriz	1
Piso veículo superfície para sustentar pessoas	6
Piso de andaime e plataforma desmontável - superfície utilizada para sustentar pessoas	3
Piso de edifício – superfície utilizada para sustentar pessoas	10
Plaina, tupia – máquina	1
Politriz, enceradeira – ferramenta portátil com força motriz	1
Politriz, lixadora, esmeril – máquina	2
Prensa – máquina	7
Pua, trado, verruma, máquina de furar manual – ferramenta manual sem força motriz	1
Puncão, ponteiro, vazador – ferramenta portátil com força motriz ou aquecimento	2
Queda de pessoa em mesmo nível, não identificado ou classificado	2
Rampa – superfície utilizada para sustentar pessoas	2
Reação do corpo a Movimento Involuntário	2
Reação do corpo a movimento voluntário	5
Reostato, dispositivo de partida e aparelho de controle	1
Rua e estrada – superfície utilizada para sustentar pessoas	6
Serra – máquina	5
Serra - ferramenta portátil com força motriz ou aquecimento	2
Substância química, material, produto, não identificado ou classificado	1
Talha – equipamento de guindar	1
Talhadeira – ferramenta portátil com força motriz	2
Tambor, polia, roldana – dispositivo de transmissão de energia mecânica	2
Tanque, cilindro (transportáveis e não sob pressão)	1
Tapete, forração de piso, capacho - mobiliário	1
Telhado	5

Tesoura, guilhotina, máquina de cortar – maquia a	1
Tesoura, tesourão – ferramenta manual sem força motriz	2
Torre, poste – edifício ou estrutura	5
Transportador com força motriz	2
Transportador, não identificado ou classificado	1
Trator	1
Tubo, manilha – cerâmica	2
Tubo sob pressão	1
Túnel	1
Vaso sob pressão	1
Vegetal – plana, árvore, em estado natural	1
Veículo aquático	1
Veículo deslisante	6
Veículo rodoviário motorizado	65
Veículo, não identificado ou classificado	32
Vidraria, fibra de vidro, lâmina, etc., exceto frasco	6
<b>Total</b>	<b>668</b>

Fonte: Sistema Único de Benefício (Suib) – Gerência Executiva do INSS em Goiânia  
Elaboração própria.

Tabela 06

Doenças/acidentes de trabalho segundo a cid10 segundo Comunicação de Acidente de Trabalho registrado na agência da previdência social Goiânia-Centro – 2009/2012

<b>CID10</b>	<b>Doença</b>	<b>Quantidade</b>
B18	Hepatite C	2
F32.2	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos	1
F32.3	Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos	1
G56	Mononeuropatias dos membros superiores	1
G56.0	Síndrome do túnel do carpo	5
H16	Ceralite	2
H20	Irididoclite	1
H54	Cegueira e visão subnormal	1
I20	Angina pectoris	1
K40	Hérnia inguinal	1
K56	Íleo paralítico e obstrução intestinal sem hérnia	1
K91	Transtorno do aparelho digestivo pós- procedimento	1
L20	Dermatite atópica	1
M22.0	Deslocamento recidivante da rótula	1
M23.6	Outras rupturas espontâneas de ligamentos do joelho	1
M23.8	Outros transtornos internos do joelho	1
M24	Outros transtornos articulares específicos	1
M24.2	Outros transtornos de ligamentos	1
M25	Outros transtornos articulares não classificados em outra parte	1
M51	Outros transtornos de discos	3
M53.1	Síndrome cervicobraquial	1
M53.9	Dorsalgia não especificada	1
M54	Dorsalgia	7
M54.2	Cervicalgia	1
M54.4	Lumbago com ciática	5
M54.5	Dor lombar baixa	7
M62.6	Distensão muscular	1
M65	Sinovites e tenosinovites	7
M65.8	Outras sinovites e tenosinovites	5
M65.9	Sinovites e tenosinovites não especificadas	10
M66	Ruptura espontânea de sinóvia e de tendão	1
M70.9	Transtorno não especificado dos tecidos moles relacionadas com o uso, uso excessivo e pressão	1
M77	Outras entesopatias	2
M77.1	Epicondilite lateral	1

<b>CID10</b>	<b>Doença</b>	<b>Quantidade</b>
M77.4	Metatarsalgia	1
S02	Fratura do crânio e dos ossos da face	3
S05	Traumatismo do olho e da órbita ocular	1
S06.0	Concussão cerebral	1
S06.4	Hemorragia epidural	1
S06.7	Traumatismo intracraniano com coma prolongado	1
S06.9	Traumatismo intracraniano não especificado	2
S09	Outros traumatismos da cabeça e os não especificados	2
S11	Ferimento do pescoço	2
S12	Fratura do pescoço	1
S12.2	Fraturas de outras vértebras cervicais especificadas	1
S12.9	Fratura do pescoço parte não especificada	1
S13.4	Distensão e entorse da coluna cervical	1
S14.2	Traumatismo da raiz nervosa da coluna cervical	1
S20	Traumatismo superficial do tórax	1
S22	Fratura de costela (s), esterno e coluna torácica	8
S21	Ferimento do tórax	1
S24	Traumatismo de nervos e da medula espinhal ao nível do tórax	1
S31	Ferimento do abdome do dorso e da pelve	1
S32	Fratura da coluna lombar e da pelve	1
S32.0	Fratura de vértebra lombar	5
S32.2	Fratura de cóccix	1
S32.5	Fratura do púbis	1
S36	Traumatismo de órgãos intra-abdominais	3
S39	Outros traumatismos e os não especificados do abdome, dorso e pelve	2
S40	Traumatismo superficial do ombro e do braço	2
S42	Fratura do ombro e do braço	2
S42.0	Fratura da clavícula	13
S42.1	Fratura da omoplata (escápula)	1
S42.2	Fratura da extremidade superior do úmero	4
S42.3	Fratura da diáfise do úmero	3
S42.4	Fratura da extremidade inferior do úmero	2
S42.7	Fraturas múltiplas da clavícula, da omoplata (escápula) e do úmero	1
S43	Luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos da cintura escapular	1
S43.0	Luxação da articulação do ombro	3

<b>CID10</b>	<b>Doença</b>	<b>Quantidade</b>
S43.1	Luxação da articulação acromioclavicular	3
S46.2	Traumatismo do músculo e tendão de outras partes do bíceps	1
S47	Lesão por esmagamento do ombro e do braço	1
S50.0	Contusão do cotovelo	1
S51.7	Ferimento múltiplo do antebraço	1
S51.9	Ferimento do antebraço parte não especificada	1
S52	Fratura do antebraço 95	7
S52.2	Fratura da diáfise do cúbito (ulna)	1
S52.3	Fratura da diáfise do rádio	1
S52.4	Fratura das diáfises do rádio e do cúbito	1
S52.5	Fratura da extremidade discal do rádio	8
S52.8	Fratura de outras partes do antebraço	1
S52.9	Fratura do antebraço, parte não especificada	3
S53.1	Luxação do cotovelo, não especificada	1
S56	Traumatismo do músculo e tendão ao nível do antebraço	1
S60	Traumatismo superficial do punho e da mão	9
S61	Ferimento do punho e da mão	42
S62	Fratura ao nível do punho e da mão	10
S62.0	Fratura do Osso navicular da mão	6
S62.1	Fratura de outras parte do corpo	2
S62.2	Fratura do primeiro metacarpiano	4
S62.3	Fratura de outros ossos do metacarpo	14
S62.4	Fratura múltiplas de ossos metacarpianos	2
S62.5	Fratura do polegar	4
S62.6	Fratura de outros dedos	18
S62.7	Fraturas múltiplas de dedos	7
S62.8	Fratura de outras partes e de partes não especificadas do punho e da mão	9
S63	Luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos ao nível do punho e da mão	1
S63.1	Luxação do dedo	2
S63.2	Luxações múltiplas dos dedos	1
S63.3	Ruptura traumática de ligamento (s) do punho e do carpo	1
S63.4	Ruptura traumática do ligamento do dedo nas articulações metacarpofalangianas e interfalangianas	4
S63.5	Entorse e distensão do punho	4
S63.6	Entorse e distensão dos dedos	1
S64.3	Traumatismo do nervo digital dom polegar	1

<b>CID10</b>	<b>Doença</b>	<b>Quantidade</b>
S66.3	Traumatismo do músculo extensor e tendão de outro dedo ao nível do punho e da mão	3
S66.5	Traumatismo do músculo intrínseco e tendão de outro dedo ao nível do punho e da mão	1
S66.6	Traumatismo de músculo flexores e tendões múltiplos ao nível do punho e da mão	1
S66.7	Traumatismo de músculos extensores e tendões múltiplos ao nível do punho e da mão	2
S66.8	Traumatismo de outros músculos e tendões ao nível do punho e da mão	1
S67	Lesão esmagamento do punho e da mão	7
S68	Amputação traumática ao nível do punho e da mão	4
S68.0	Amputação traumática do polegar (completa) (parcial)	2
S68.1	Amputação traumática de um outro dedo apenas (completa) (parcial)	14
S68.2	Amputação traumática de dois dedos ou mais dedos somente	7
S69	Outros traumatismos e os não especificados do punho e da mão	5
S71	Ferimento do quadril e da coxa	1
S72	Fratura de fêmur	13
S72.0	Fratura	4
S72.3	Fratura diáfise do fêmur	6
S72.4	Fratura da extremidade discal do fêmur	1
S72.7	Fraturas múltiplas do fêmur	1
S72.8	Fraturas de outras partes do fêmur	1
S72.9	Fratura do fêmur, parte não especificada	2
S76	Traumatismo de músculo e tendão ao nível do quadril e da coxa	1
S78.1	Amputação traumática localizada entre o joelho e o quadril	1
S79	Outros traumatismos e os não especificados do quadril e da coxa	2
S80	Traumatismo superficial da perna	1
S81	Ferimento da perna	1
S82	Fratura perna tornozelo	18
S82.0	Fratura da rótula (patela)	7
S82.1	Fratura da Extremidade proximal da tíbia	5
S82.2	Fratura da diáfise da tíbia	12
S82.3	Fratura da extremidade discal da tíbia	2
S82.4	Fratura do perônio (fíbula)	2
S82.5	Fratura do maléolo medial	3

<b>CID10</b>	<b>Doença</b>	<b>Quantidade</b>
S82.6	Fratura do maléolo lateral	11
S82.7	Fraturas múltiplas da perna	1
S82.8	Fraturas de outras partes da perna	4
S82.9	Fratura da perna, parte não especificada	6
S83	Luxação, entorse, e distensão das articulações e dos ligamentos do joelho	3
S83.0	Luxação da rótula (patela)	1
S83.2	Ruptura do menisco, atual	3
S83.3	Ruptura atual da cartilagem da articulação do joelho	2
S83.4	Entorse e distensão envolvendo ligamento colateral (peroneal tibial) do joelho	3
S83.5	Entorse e distensão envolvendo ligamento cruzado (anterior) (posterior) do joelho	3
S83.6	Entorse e distensão de outras parte e das não especificadas do joelho	13
S83.7	Traumatismo de estruturas múltiplas do joelho	4
S86	Traumatismo de músculo e de tendão ao nível da perna	1
S86.1	Traumatismo de outro(s) músculo(s) e tendão (ões) do grupo muscular posterior ao nível da perna	1
S87	Traumatismo por esmagamento da perna	1
S90	Traumatismo superficial do tornozelo e do pé	3
S91	Ferimento do tornozelo e do pé	5
S92	Fratura do pé (exceto do tornozelo)	5
S92.0	Fratura do calcâneo	4
S92.2	Fratura de outros ossos do tarso	4
S92.3	Fratura de ossos do metatarso	19
S92.4	Fratura do hálux	8
S92.7	Fraturas múltiplas do pé	1
S92.9	Fratura do pé não especificada	3
S93	Luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos ao nível do tornozelo e do pé	3
S93.0	Luxação da articulação do tornozelo	2
S93.2	Ruptura de ligamentos ao nível do tornozelo e do pé	1
S93.3	Luxação de outras partes e das não especificadas do pé	1
S93.4	Entorse e distensão do tornozelo	1
S96.1	Traumatismo do músculo e tendão do extensor longo do(s) artelho(s) ao nível do tornozelo e do pé	1
S97.8	Lesão por esmagamento de outras partes do tornozelo e do pé	2
S98.1	Amputação traumática de apenas um artelho	2



<b>CID10</b>	<b>Doença</b>	<b>Quantidade</b>
T01	Ferimento envolvendo múltiplas regiões do corpo	2
T02	Fraturas envolvendo múltiplas regiões do corpo	1
T04	Traumatismo por esmagamento envolvendo múltiplas regiões do corpo	1
T07	Traumatismo múltiplo não especificado	4
T10	Fratura do membro superior, nível não especificado	1
T14	Traumatismo de região não especificada do corpo	1
T22	Traumatismo e corrosão do ombro e membro superior, exceto punho e mão	2
T24	Queimadura e corrosão do quadril e membro inferior, exceto tornozelo e do pé	4
T26	Queimadura e corrosão limitadas ao olho e seus anexos	2
T29	Queimaduras e corrosões de múltiplas regiões do corpo	2
T31	Queimaduras classificadas segundo a extensão da superfície corporal atingida	17
T32	Corrosões classificadas segundo a extensão da superfície corporal atingida	1
T52.9	Efeito tóxico de solvente orgânico não especificado	1
T63.0	Efeito tóxico do veneno de serpente	1
T78	Efeitos adversos não classificados em outra parte	1
T91.3	Seqüela de traumatismo de medula espinhal	1
T93	Sequelas de traumatismo do membro inferior	1
T93.2	Sequelas de outras fraturas do membro inferior	1
T94	Sequelas de traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo e as não especificadas	1
T95	Sequelas de queimaduras, corrosão e geladura do membro superior	1
T98.1	Sequelas em outros efeitos de causas externas e os não especificados	1
T98.2	Sequelas de algumas complicações precoces de traumatismos	1
T98.3	Sequelas de complicações dos cuidados médicos e cirúrgicos	6
Z54	Convalescença	
Z54.0	Convalescença após cirurgia	19
Sem classificação CID	-----	11
Total		668

Fonte: Sistema Único de Benefício (Suib) – Gerência Executiva do INSS em Goiânia  
Elaboração própria.