



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

ANDRÉA FERREIRA LIMA DA SILVA

**AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR E A
(DES) PROTEÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO NO MUNICÍPIO DE
PARAUPEBAS-PA**

BELÉM/PA
2016

ANDRÉA FERREIRA LIMA DA SILVA

**AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SEGURANÇA E SAÚDE DO
TRABALHADOR E A (DES) PROTEÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO
NO MUNICÍPIO DE PARAUAPEBAS-PA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Pará (UFPA), como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Adriana de Azevedo Mathis

BELÉM/PA

2016

Dados internacionais de catalogação na publicação (CIP)
Biblioteca Armando Corrêa Pinto – ICSA/UFPA

- S586 Silva, Andréa Ferreira Lima da
As políticas de segurança e saúde do trabalhador e a (des) proteção da força de trabalho no município de Parauapebas - PA / Andréa Ferreira Lima da Silva. - 2016.
133 f. : il. ; 30 cm.
- Orientadora: Adriana de Azevedo Mathis.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências Sociais e Aplicadas, Faculdade de serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Belém, 2016.
1. Segurança do trabalho – Parauapebas (PA). 2. Prevenção de acidentes- Parauapebas (PA) – condições sociais. 3. Política pública. I. Mathis, Adriana de Azevedo, *orient.* II. Título.

CDD 363.11098115

ANDRÉA FERREIRA LIMA DA SILVA

**AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR E A
(DES) PROTEÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO NO MUNICÍPIO DE
PARAUPEBAS-PA**

Aprovação em ___/___/___

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO:

Profª. Drª. Adriana de Azevedo Mathis (Orientadora)
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (ICSA/UFPA)

Profª. Drª. Vera Lúcia Batista Gomes (Avaliadora)
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (ICSA/UFPA)

Prof. Dr. José Raimundo Barreto Trindade (Avaliador)
Programa de Pós-Graduação em Economia (ICSA/UFPA)

BELÉM/PA
2016

Dedico esta dissertação aos trabalhadores cujo tempo de vida se tornou o tempo de trabalho e cuja saúde é usurpada até seu limite.

AGRADECIMENTOS

Pressupondo o homem como homem e seu comportamento com o mundo enquanto um [comportamento] humano, tu só podes trocar amor por amor, confiança por confiança etc. Se tu quiseres fluir da arte, tens de ser uma pessoa artisticamente cultivada; se queres influência sobre outros seres humanos, tu tens de ser um ser homem que atue efetivamente sobre os outros de modo estimulante e encorajador. Cada uma das tuas relações com o homem e com a natureza tem de ser uma externalização (Äusserung) determinada da vida individual efetiva correspondente ao objeto da tua vontade. Se tu amas sem despertar amor recíproco, isto é, se teu amor, enquanto amor, não produz amor recíproco, se mediante tua externalização de vida (Lebensäusserung) como homem amante não te tornas homem amado, então teu amor é impotente, é uma infelicidade (MARX, 2006, p.161).

Agradeço a todos e todas que por amor, cumplicidade, empatia e confiança me ajudaram a concluir mais um ciclo de minha vida.

[...] Conseqüentemente, os sentidos do homem social são diferentes do homem não-social. Só por meio da riqueza objetivamente desenvolvida do ser humano é que em parte se cultiva e em parte se cria a riqueza da sensibilidade subjetiva humana (o ouvido musical, o olho para a beleza das formas, em resumo, os sentidos capazes de satisfação humana e que se confirmam como capacidades humanas). Certamente, não são apenas os cinco sentidos, mas também os chamados sentidos espirituais, os sentidos práticos (vontade, amor, etc.), ou melhor, a sensibilidade humana e o caráter humano dos sentidos, que vêm a existência mediante a existência do seu objeto, por meio da característica humanizada. A formação dos cinco sentidos é a obra de toda a história mundial anterior. [...] O homem sufocado pelas preocupações, com muitas necessidades, não tem qualquer sentido para o mais belo espetáculo [...] (MARX, 2006, p. 144).

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar a implementação e operacionalização das políticas públicas de segurança e saúde do trabalhador no município de Parauapebas-PA. Para tanto, a pesquisa buscou estudar a conjuntura política econômica global e nacional na contemporaneidade, realizar o resgate histórico da instituição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e da Política Nacional de Segurança e Saúde do trabalho, bem como analisar as ações e intervenções das políticas em nível nacional, estadual e municipal. Trata-se de um trabalho de pesquisa que contempla a formulação e execução das ações em saúde do trabalhador, considerando os Formuladores, representados na pesquisa pelo membro da OIT, empresa Vale S/A e sindicatos; os Executores, representados pelos gestores e trabalhadores dos serviços de segurança e saúde do trabalhador; e os Beneficiários, representados pelos trabalhadores da mineração. O fenômeno estudado se mostrou permeado de contradições e de determinações sociais e não pôde ser considerado apenas dentro dos limites da política pública de segurança e saúde do trabalhador, fez-se necessário a análise de outros elementos sociais, que direta e indiretamente, determinam a dinâmica das políticas públicas no município de Parauapebas. Com base no método crítico-dialético, foi possível realizar o “caminho de volta” e compreender as nuances da conjuntura desfavorável para as políticas públicas de segurança e saúde do trabalhador na Região. Aponta-se que a inoperância dessas políticas é determinada pela conjuntura política econômica do Brasil, mas também pela conjuntura local, onde se observa a ampliação do “exército industrial de reserva”, a primazia pela Saúde Suplementar, o (des) controle social dos gastos em saúde do trabalhador e a atuação neocorporativista dos sindicatos. Contraditoriamente, a pesquisa, que buscava informações sobre a implementação das políticas públicas de segurança e saúde do trabalhador, encontrou mais dados sobre a intensificação da exploração e controle da força de trabalho do que de promoção da saúde destes trabalhadores. Diante dos resultados revelados pelo trabalho de pesquisa, conclui-se que a força de trabalho, no município de Parauapebas-PA, apesar da existência de arcabouço jurídico e aparato de políticas públicas de proteção, permanece desprotegida em todos os aspectos que a cerca, em especial, na segurança e saúde do trabalhador.

Palavras-Chave: Segurança e saúde do trabalhador; políticas públicas; força de trabalho.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the implementation and operation of public policies for worker safety and health in the municipality of Parauapebas-PA. Therefore, the research sought to study the global and national economic policy environment in the contemporary world; perform historical review of the National Policy Institution of Occupational Health and Working (PNSTT) and the National Policy on Safety and Health work and analyze the actions and policy interventions at national, state and municipal level. Developed a research work contemplating the formulation and implementation of actions on workers' health, considering the makers represented in the survey by the ILO member company Vale S / A and trade unions; the Enforcers, represented by managers and employees of the security services and health of workers and beneficiaries, represented by the mining workers. The phenomenon studied showed permeated with contradictions and social determinations and could not be considered only within the limits of public policy for worker safety and health, it became necessary to analyze other social elements, which directly and indirectly determine the dynamics public policy in the municipality of Parauapebas. Through the critical-dialectical method it was possible to carry out the "way back" and understand the nuances of the unfavorable environment for public policy safety and occupational health in the Region. It points out that the ineffectiveness of these policies is determined by economic policy conditions in Brazil, but also by the local environment, where we observe the extension of the "industrial reserve army", the preference for Health Insurance, the (un) social control in health worker and neo-corporatist role of the unions. Contradictorily, the survey that sought information on the implementation of public policies for worker safety and health found more data on intensification of exploitation and control of labor power than promoting the health of these workers. Given the results revealed by the research work, it is concluded that the labor force in the municipality of Parauapebas-PA, despite the existence of legal framework and apparatus of public policy protection remains unprotected in all aspects of the fence, in special, safety and occupational health.

Keywords: Safety and health of workers; public policy; workforce.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Desenho da política nacional de segurança e saúde no trabalho | 23 |
| Figura 2 - Desenho da pesquisa empírica..... | 24 |
| Figura 3 - Trabalhadores empregados pela empresa vale s/a por estado brasileiro | 27 |
| Figura 4 - Projeto Grande Carajás | 46 |
| Figura 5 - “Pé” da Serra dos Carajás no ano de 1984 | 48 |
| Figura 6 - Organograma do Ministério do Trabalho e Emprego..... | 70 |
| Figura 7 - Organograma do Ministério da Saúde | 71 |

LISTA DE MAPAS

| | |
|--|----|
| Mapa 1 - Localização do município de Parauapebas - Pará..... | 18 |
| Mapa 2 - Mapa atual da cidade de Parauapebas..... | 54 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----|
| Quadro 1 - Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho..... | 69 |
| Quadro 2 - Objetivos do Plano Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST)..... | 71 |
| Quadro 3 - Comparativo entre os dados da Previdência Social e os dados da VISA de Parauapebas fornecidos ao sistema do Ministério da Saúde sobre acidentes de trabalho..... | 84 |
| Quadro 4 - Relatório de Sustentabilidade Vale S/A 2015 vs Relatório de Insustentabilidade 2015 | 113 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|-----|
| Gráfico 1 - Destinação das receitas federais para pagamento da dívida pública (1995 a 2003) | 37 |
| Gráfico 2 - Evolução dos índices da participação do rendimento do trabalho na renda nacional e da composição do trabalho no Brasil (1960=100) | 39 |
| Gráfico 3 - Trajetória da dívida pública brasileira nos governos Lula e Dilma | 42 |
| Gráfico 4 - Evolução populacional de Parauapebas no período de 2010 a 2013 | 52 |
| Gráfico 5 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de faixa etária – Parauapebas 2013 | 53 |
| Gráfico 6 - Evolução do emprego por setor de atividade econômica em Parauapebas - Ano 2015 | 95 |
| Gráfico 7 - Evolução do emprego por setor de atividade econômica em Parauapebas – Janeiro a julho/ 2016 | 95 |
| Gráfico 8 - Número de trabalhadores atendidos pelo serviço de intermediação de mão de obra (IMO) do SINE Parauapebas – Ano 2015 | 96 |
| Gráfico 9 - Número de solicitações de seguro desemprego no município de Parauapebas – 2014 a agosto de 2015 | 97 |
| Gráfico 10 - Percentual dos planos de saúde, médico ou odontológico, pagos somente pelo empregador do titular, pelo titular, outro morador do domicílio ou por não morador do domicílio | 100 |
| Gráfico 11 - Planos de saúde no município de Parauapebas | 101 |
| Gráfico 12 - Percentual dos serviços de saúde pública e suplementar no município de Parauapebas | 102 |
| Gráfico 13 - Proporção entre os estabelecimentos públicos e privados | 103 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|-----|
| Tabela 1 - Proporção entre população e acidentes de trabalho notificados em cinco municípios do estado do Pará com os maiores registros | 20 |
| Tabela 2 - População residente segundo situação da unidade domiciliar em Parauapebas – abril de 2013 | 49 |
| Tabela 3 - Estatísticas de acidentes do trabalho dos seis municípios do Pará com maiores registros - 2012/2013 | 82 |
| Tabela 4 - Acidentes do trabalho notificados pela vigilância em saúde da SEMSA – Parauapebas (2013 a 19 de abril de 2016)..... | 82 |
| Tabela 5 - Acidentes do trabalho envolvendo material biológico notificados pela vigilância em saúde da SEMSA – Parauapebas (2013 a 19 de abril de 2016)..... | 83 |
| Tabela 6 - Receita do CEREST Regional de Marabá – Ano 2014..... | 87 |
| Tabela 7 - Procedimentos em saúde do trabalhador registrados pelo município de Marabá - Ano 2014 | 88 |
| Tabela 8 - Receitas da vigilância epidemiológica e ambiental do município de Parauapebas - Ano 2015 | 91 |
| Tabela 9 - Os cinco municípios do Pará com mais estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES | 102 |
| Tabela 10 - Serviços de saúde do município de Parauapebas | 104 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|----------|--|
| AEAT | Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho |
| A.T | Acidentes de Trabalho |
| ABRASCO | Associação Brasileira de Saúde Coletiva |
| AEPS | Anuário Estatístico da Previdência Social |
| ANS | Agência Nacional de Saúde Suplementar |
| APS | Atenção Primária em Saúde |
| ATVDT | Associação dos Trabalhadores Vitimados por Doenças do Trabalho |
| C.F | Constituição Federal |
| CADOP | Sistema de Cadastro de Operadoras |
| CAGED | Cadastro Geral de Empregados e Desempregados |
| CAPs | Caixas de Aposentadorias e Pensões |
| CAT | Comunicação de Acidente de Trabalho |
| CEBES | Centro de Estudos Brasileiros em Saúde |
| CEPAL | Comissão Econômica para a América Latina |
| CEREST | Centro de Referência em Saúde do Trabalhador |
| CID | Código Internacional de Doenças |
| CIPA | Comissão Interna de Prevenção de Acidentes |
| CIST | Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador |
| CIT | Comissão Intergestores Tripartite |
| CLT | Consolidação das Leis Trabalhistas |
| CMS | Conselho Municipal de Saúde |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CNST | Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador |
| CONASEMS | Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde |
| CONASS | Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde |
| CPT | Comissão Pastoral da Terra |
| CTSST | Comissão Tripartite de Segurança e Saúde do Trabalhador |

| | |
|-------------|---|
| CUT | Central Única dos Trabalhadores |
| CVRD | Companhia Vale do Rio Doce |
| DATAPREV | Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social |
| DATASUS | Base de Informações do SUS |
| DEM | Democratas |
| DORT | Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| FHC | Fernando Henrique Cardoso |
| FOB | Fórum do Orçamento Brasileiro |
| FUNDACENTRO | Fundação Jorge Duprat e Figueiredo |
| GRTE | Gerência Regional de Trabalho e Emprego |
| IAPFESP | Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviço Público |
| IAPs | Instituto de Aposentadorias e Pensões |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| IMO | Intermediação de Mão de Obra |
| INSS | Instituto Nacional do Seguro Social |
| JNT | Justiça nos Trilhos |
| LER | Lesões por Esforço Repetitivo |
| MAN | Movimento Nacional pela Soberania Popular frente a Mineração |
| MEDIS | Manifesto dos Economistas pelo Desenvolvimento e pela Inclusão Social |
| MPS | Ministério da Previdência Social |
| MS | Ministério da Saúde |
| MST | Movimento dos Trabalhadores Sem Terra |
| MTE | Ministério do Trabalho e Emprego |
| MTPS | Ministério do Trabalho e da Previdência Social |
| NRs | Normas Regulamentadoras |
| OIT | Organização Internacional do Trabalho |
| PAIR | Perda Auditiva Induzida por Ruído |
| PCMSO | Plano de Controle Médico da Saúde Ocupacional |

| | |
|----------|---|
| PEA | População Economicamente Ativa |
| PFL | Partido da Frente Liberal |
| PGC | Programa Grande Carajás |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PLANSAT | Plano Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador |
| PLDO | Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias |
| PMP | Prefeitura Municipal de Parauapebas |
| PNAD | Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios |
| PNSST | Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho |
| PNSTT | Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora |
| PPGSS | Programa de Pós-Graduação em Serviço Social |
| PSDB | Partido da Social Democracia Brasileira |
| RENAST | Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador |
| RPS | Sistema de Registro de Produtos |
| SEMSA | Secretaria Municipal de Saúde de Parauapebas |
| SESP | Serviço Especial de Saúde Pública |
| SIB | Sistema de Informações de Beneficiários |
| SINE | Sistema Nacional de Emprego |
| SINSEPAR | Sindicatos dos Servidores Públicos de Parauapebas |
| SIOPS | Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde |
| SIPAT | Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho |
| SRTE | Superintendência Regional do Trabalho e Emprego |
| SST | Segurança e Saúde do Trabalhador |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TRT | Tribunal Regional do Trabalho |
| UFPA | Universidade Federal do Pará |
| USF | Unidade Saúde da Família |
| VISA | Vigilância em Saúde da Prefeitura Municipal de Parauapebas |
| VISAT | Vigilância em Saúde do Trabalhador |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO | 16 |
| 1 ESTRUTURA E CONJUNTURA POLÍTICA ECONÔMICA | 32 |
| 1.1 NEOLIBERALISMO E REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA DO CAPITAL..... | 32 |
| 1.2 O PROJETO NEOLIBERAL E O MODELO ECONÔMICO PERIFÉRICO ADOTADO NO BRASIL | 35 |
| 1.2.1 O Neodesenvolvimentismo | 39 |
| 1.2.2 Repercussões do Projeto Neoliberal na Amazônia – Carajás – Parauapebas | 44 |
| 1.2.3 Município de Parauapebas-PA..... | 47 |
| 1.3 PROJETO NEOLIBERAL E OS REBATIMENTOS NAS POLÍTICAS SOCIAIS | 54 |
| 2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA (PNSTT) E POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO (PNSST): HISTÓRIA E SUA IMPLEMENTAÇÃO EM CARAJÁS-PARAUAPEBAS-PA..... | 59 |
| 2.1 PARA ENTENDER A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA (PNSTT) | 61 |
| 2.2 PARA ENTENDER A POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO (PNSST)..... | 68 |
| 2.3 SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR: ENTRE A PROTEÇÃO E O CONTROLE/EXPLORAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO..... | 74 |
| 2.3.1 O Eixo Fiscalização na PNSST: a realidade da Gerência Regional do Trabalho e Emprego em Marabá | 80 |
| 2.3.2 A Intersetorialidade em xeque: a inexistente comunicação entre as Políticas de Saúde e Previdência Social | 82 |
| 2.3.3 CEREST Regional – Marabá: insuficiência de recursos e inconsistência no fornecimento de informações oficiais sobre suas ações..... | 85 |
| 2.3.4 A inoperante vigilância em saúde do trabalhador no Município de Parauapebas e o lugar da Política de Saúde do Trabalhador no Plano Municipal de Saúde | 89 |
| 3 OUTROS ELEMENTOS PARA ENTENDER A (DES) PROTEÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM PARAUAPEBAS | 94 |
| 3.1 O “EXÉRCITO INDUSTRIAL DE RESERVA” EM PARAUAPEBAS | 94 |
| 3.2 SAÚDE PÚBLICA VS SAÚDE SUPLEMENTAR EM PARAUAPEBAS | 99 |
| 3.3 O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARAUAPEBAS E O (DES) CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR | 105 |
| 3.4 A ATUAÇÃO DOS SINDICATOS DE TRABALHADORES NO DEBATE POLÍTICO SOBRE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR: O CASO DO SINDICATO METABASE..... | 107 |
| 3.5 A CONTRA CORRENTE: OS MOVIMENTOS SOCIAIS DA REGIÃO DE CARAJÁS QUE CRITICAM A ATUAÇÃO DA VALE S/A | 111 |

| | |
|---|------------|
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 117 |
| REFERÊNCIAS | 123 |
| APÊNDICES | 130 |
| APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE ... | 131 |

INTRODUÇÃO

“O Objeto da Pesquisa tem existência objetiva, não depende do sujeito, do pesquisador para existir.”

As palavras do subtítulo que nomeia essa seção foram usadas por Netto (2011, p. 21), na *Introdução ao Estudo do Método de Marx*, para elucidar didaticamente que o objeto de pesquisa possui uma existência objetiva, que independe da consciência do pesquisador. Foram escolhidas nesse contexto para iniciar a apresentação sobre a escolha do tema e do objeto de pesquisa deste trabalho.

A região de Carajás no estado do Pará nunca esteve nos mais remotos planos da pesquisadora, até a realização de um atrativo¹ concurso público municipal para a prefeitura de Parauapebas em meados de 2015. Depois da feliz surpresa da aprovação, a difícil escolha de permanecer na capital do estado e continuar os estudos sobre serviço social e saúde mental, que insistia em pesquisar para dissertação no Programa de Pós Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Universidade Federal do Pará (UFPA) ou assumir o cargo no concurso público e residir no sudeste do estado. Diante das necessidades objetivas-subjetivas particulares do sujeito pesquisadora, a segunda opção foi escolhida.

A mudança para a cidade de Parauapebas, como qualquer mudança, trouxe novidades e alguns estranhamentos. Uma cidade que até então era conhecida apenas no bojo dos estudos sobre a formação social, econômica e política da Amazônia, se tornou viva diante dos seus olhos. As informações sobre a desigualdade de renda, pobreza e as mais diversas manifestações da “questão social” se materializavam nos atendimentos durante o exercício profissional de assistente social nos serviços das Políticas de Assistência Social e Saúde. Mas, há determinados aspectos que os livros e artigos não conseguem expressar, como o cotidiano em movimento desta cidade que não para nem por um segundo.

Parauapebas é uma cidade de trabalhadores, que circulam com seus uniformes de variados tons de cores, vinte quatro horas por dia, os sete dias da semana, trezentos e sessenta

¹ O vencimento básico para o cargo de Assistente Social oferecido pela Prefeitura do município de Parauapebas pode ser considerado acima da média salarial comparada aos demais municípios paraenses. O que é possível devido à arrecadação do município. No ano de 2011, por exemplo, somou R\$ 19. 897.434.661 (dezenove bilhões, oitocentos e noventa e sete milhões, quatrocentos e trinta quatro mil reais e seiscentos e sessenta e um centavo), chegando ao maior Produto Interno Bruto (PIB) do estado do Pará. Segundo o Instituto de Desenvolvimento Econômico, Social e Ambiental do Pará (IDESP, 2014), no ano de 2012, Parauapebas voltou a ocupar a segunda colocação, com PIB de R\$ 16 bilhões, perdendo apenas para a capital do estado.

cinco dias do ano. O “Peba”, nome dado à cidade pela maioria dos seus habitantes, para reduzir a extensa pronúncia, não tem feriado, férias, recesso de fim de ano etc. Todas as manhãs, tardes, noites e madrugadas há inúmeros ônibus circulando na cidade para buscar os trabalhadores e levar aos seus remotos locais de trabalho, desde áreas de exploração das minas a escritórios, serviços de saúde, hotelaria, cozinha industriais, manutenção e outros. Alguns trabalham na área de logística ou atividade fim da empresa Vale S/A, outros trabalham diretamente na extração do minério de ferro.

Mas assim como o Peba é a cidade de trabalhadores empregados, também é a cidade de trabalhadores desempregados, esperando a oportunidade de ser “fichado”² na maior empresa transnacional, esperando uma vaga nas prestadoras de serviços ou esperando trabalhar nas subcontratadas. Trabalhadores como Pedro Pedreiro³ que seguem “esperando, esperando, esperando, esperando o sol, esperando o trem, esperando um filho prá esperar também”.

O município de Parauapebas construiu sua história sob o chão dos projetos de “desenvolvimento” para Amazônia, em especial, a partir de 1981, início da implantação do Projeto Ferro Carajás, quando, no vale do rio Parauapebas, começou a ser construída a Vila de Parauapebas. A notícia da construção do povoado de Parauapebas provocou um intenso deslocamento de pessoas para a área, que buscavam, principalmente, trabalho.

Atualmente, a cidade com 28 anos de idade, se tornou um território vivenciado, compartilhado e determinado pelas histórias de diferentes sujeitos provenientes de diferentes lugares do Brasil, como maranhenses, goianos, tocantinenses, mineiros, gaúchos, capixabas e um pouco de paraenses etc. que migraram e continuam migrando para cidade em busca de trabalho.

² Termo utilizado pela população de Parauapebas para se referir ao emprego formal, com carteira assinada.

³ “Pedro Pedreiro” é uma música de autoria do compositor e cantor brasileiro Chico Buarque de Hollanda, na qual descreve a vida do operário que espera o transporte público para chegar ao trabalho, a sua vida é descrita utilizando diversas vezes a palavra “esperando”, no total, repetida 36 vezes.

Mapa 1 - Localização do município de Parauapebas - Pará



Fonte: Google Maps

O “Peba” de hoje é o quinto município mais populoso do estado do Pará, com população estimada em 189.921 habitantes; possui uma área de unidade territorial de 6.886,208 Km²; Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal de 0,715; com PIB per capita de R\$ 114. 753. 57 e um número de 52.990 de pessoas ocupadas (IBGE, 2013).

A cidade conhecida pelas oportunidades de trabalho, atualmente, já não tem mais razão para fama, mas ainda sim, continua sendo procurada por migrantes e, não costuma ser abandonada pelos que ainda acreditam na “vocação” da cidade.

Durante a pesquisa exploratória, pôde-se observar um mar de fenômenos sociais existentes nesta cidade, a quantidade e variedade de possíveis objetos de pesquisa podem ser comparadas com a quantidade de minério de ferro existente no solo de Carajás, até hoje ninguém soube precisar.

A Aproximação e a Definição do Objeto de Pesquisa

A partir da pesquisa exploratória realizada na Região de Carajás-Parauapebas/PA com levantamento bibliográfico e documental, observação e entrevistas com trabalhadores e representantes sindicais, identificou-se que a questão da saúde do trabalhador – ou ausência

de saúde do trabalhador – emerge na fala dos entrevistados como produto das transformações que a transnacional Vale S/A vem implementando nos seus processos de trabalho na região.

Dentre as situações identificadas na pesquisa preliminar, destacam-se a cobrança por mais produtividade em um período cada vez menor de tempo, a criação de turnos que se estende por 12, 14, 15 horas por dia, a existência do chamado “turnão” que compreende a 15 dias seguidos de trabalho, quando determinado setor necessita da manutenção, horas extras intermináveis e a redução da vida útil do trabalhador.

Sobre os tipos de doenças de maior ocorrência nos trabalhadores da mineração na região de Carajás, os entrevistados citaram o adoecimento mental e doenças relacionadas à coluna (dorsopatias). Os tipos de doenças citadas pelos entrevistados acometem os trabalhadores brasileiros de forma geral como mostra as estatísticas da Previdência Social, no entanto, a maioria é diagnosticada como doenças comuns sem relação com o exercício profissional.

Segundo informações da base de dados do Ministério da Previdência Social, o Brasil em 2014 concedeu 279.868 benefícios Auxílios-Doença Acidentários e 2.328.151 benefícios Auxílios-Doença Previdenciários. De janeiro a agosto de 2015 foram concedidos 128.967 benefícios Auxílios-Doença Acidentários e 1.351.450 benefícios Auxílios-Doença Previdenciários.

Quanto à concessão desses benefícios (Janeiro-Agosto/2015) por tipos de patologias, conforme o Código Internacional de Doença (CID-10), verifica-se a seguinte estatística: 93.982 (72%) dos auxílios-doença acidentários foram concedidos por *Lesões, Envenenamentos e outras consequências* e 34.449 (26,7%) concedidos por *Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo* (Dorsopatias etc.), ou seja, os dois grupos de patologias são responsáveis por cerca de 98% dos benefícios auxílios-doença acidentários no Brasil atualmente. No que diz respeito à concessão dos auxílios-doença previdenciários, identifica-se quatro grupos de doenças responsáveis por mais de 50% dos benefícios concedidos entre janeiro e agosto de 2015: 334.294 (24,7%) por *Lesões, Envenenamentos e outras consequências*, 258.512 (19%) por *Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo* (Dorsopatias etc.), 120.162 (08%) por *Transtornos Mentais* e 97.338 (07%) por diagnóstico de *Neoplasias* (tumores).

O Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho 2013, produzido pelo Ministério da Previdência Social – MPS, com a participação do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS e da Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social – DATAPREV, publicado

no ano de 2015, com os dados mais recentes sobre a temática, apresenta dados reveladores. Segundo informações do Anuário, Parauapebas é o segundo município com o maior número de acidentes de trabalho nos anos de 2012 e 2013 no estado do Pará, com 1.131 no ano de 2012 e 1.136 em 2013. Belém, capital do estado, com população estimada em 1.439.561 habitantes, ocupou o primeiro lugar em acidentes de trabalho com 3.131 em 2012 e 3.197 em 2013. O terceiro e quarto lugar ficaram com os municípios de Ananindeua e Santarém, respectivamente. Segue a tabela comparativa com dados do Anuário e população por município.

Tabela 1 - Proporção entre população e acidentes de trabalho notificados em cinco municípios do estado do Pará com os maiores registros

| Município | População | Acidentes de Trabalho no Ano 2012 | Acidentes de Trabalho no Ano 2013 |
|--------------------|----------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Belém | 1.439. 561 Hab | 3. 131 | 3. 197 |
| Parauapebas | 189. 921 Hab | 1. 311 | 1. 136 |
| Marabá | 262. 085 Hab | 609 | 696 |
| Ananindeua | 505. 404 Hab | 662 | 640 |
| Santarém | 292. 520 Hab | 547 | 519 |

Fonte: Elaboração Própria com base no AEAT (2013)

Os dados sinalizados pelos representantes das categorias de trabalhadores na região de Carajás-Parauapebas-PA podem ser parcialmente confirmados pelos dados do Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS), publicado no ano de 2015. Desta forma, indagou-se sobre ações estatais voltadas para a problemática em questão.

O Brasil é membro fundador da Organização Internacional do Trabalho (OIT), agência das Nações Unidas que orienta globalmente sobre os seguintes objetivos para saúde e a segurança no trabalho: a) A promoção e a manutenção dos mais elevados níveis de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores de todos os setores de atividade; b) A prevenção para os trabalhadores de efeitos adversos para a saúde decorrentes das suas condições de trabalho; c) A proteção dos trabalhadores no seu emprego perante os riscos resultantes de condições prejudiciais à saúde; d) A colocação e a manutenção de trabalhadores num ambiente de trabalho ajustado às suas necessidades físicas e mentais; e) A adaptação do trabalho ao homem. Segundo a OIT, “a saúde e a segurança no trabalho englobam o bem-estar social, mental e físico dos trabalhadores, ou seja, da ‘pessoa no seu todo’” (OIT, 2009, p. 1).

Sabe-se que o Brasil, seguindo orientações da Convenção nº 155 de 1981 dessa mesma organização, depois de 20 anos, instituiu uma Política Pública de Segurança e Saúde do Trabalhador, inscrita no decreto nº 7.602 de 2011. A proposta da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), materializada no Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PLANSAT), prevê que a responsabilidade institucional da Saúde do Trabalhador no país seja exercida de modo compartilhado entre os Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social, e que as ações que se desenvolvam focalmente ou em âmbito universal, bem como intersetorialmente. Sabe-se também que no campo da saúde pública brasileira, a saúde do trabalhador ficou sob a responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) desde a Constituição Federal de 1988.

O texto desta PNSST atribuiu de forma objetiva as responsabilidades dos Ministérios do Trabalho e Emprego (MTE), Ministério da Saúde (MS) e Previdência Social (MPS) e decreta que a gestão da política se dará de forma participativa por meio da Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho (CTSST), constituída paritariamente por representantes do governo, trabalhadores e empregados.

Por um lado, diante dos resultados da pesquisa exploratória sobre adoecimentos e acidentes de trabalho no município de Parauapebas e, por outro lado, diante da comprovação da existência de uma Política Pública de Segurança e Saúde do Trabalhador instituída no ano de 2011 no Brasil, que segue orientações internacionais da OIT e é articulada com outras três grandes políticas públicas, planejada de forma participativa e executada de forma descentralizada, questionou-se sobre a implementação dessas políticas no Brasil: As ações vêm sendo implementadas pelos entes federais, estaduais e municipais? A região de Carajás-PA, em especial, o município de Parauapebas, executa ações descritas nas duas políticas públicas de proteção a saúde do trabalhador?

Diante dos resultados preliminares, partiu-se da hipótese de que os adoecimentos e acidentes do trabalho que fazem parte da realidade de Parauapebas estão relacionados à falta de coerência e/ou adequação da política nacional de segurança e saúde do trabalhador na região de Carajás-PA.

Nesse sentido, o trabalho de pesquisa buscou analisar a implementação das políticas públicas de segurança e saúde do trabalhador na região de Carajás-PA e no município de Parauapebas, através do exame criterioso das ações e intervenções das políticas de saúde e segurança do trabalhador, seja no âmbito da Política de Saúde, Previdência Social e Trabalho e Emprego, nos três níveis de governo, em especial, em nível local.

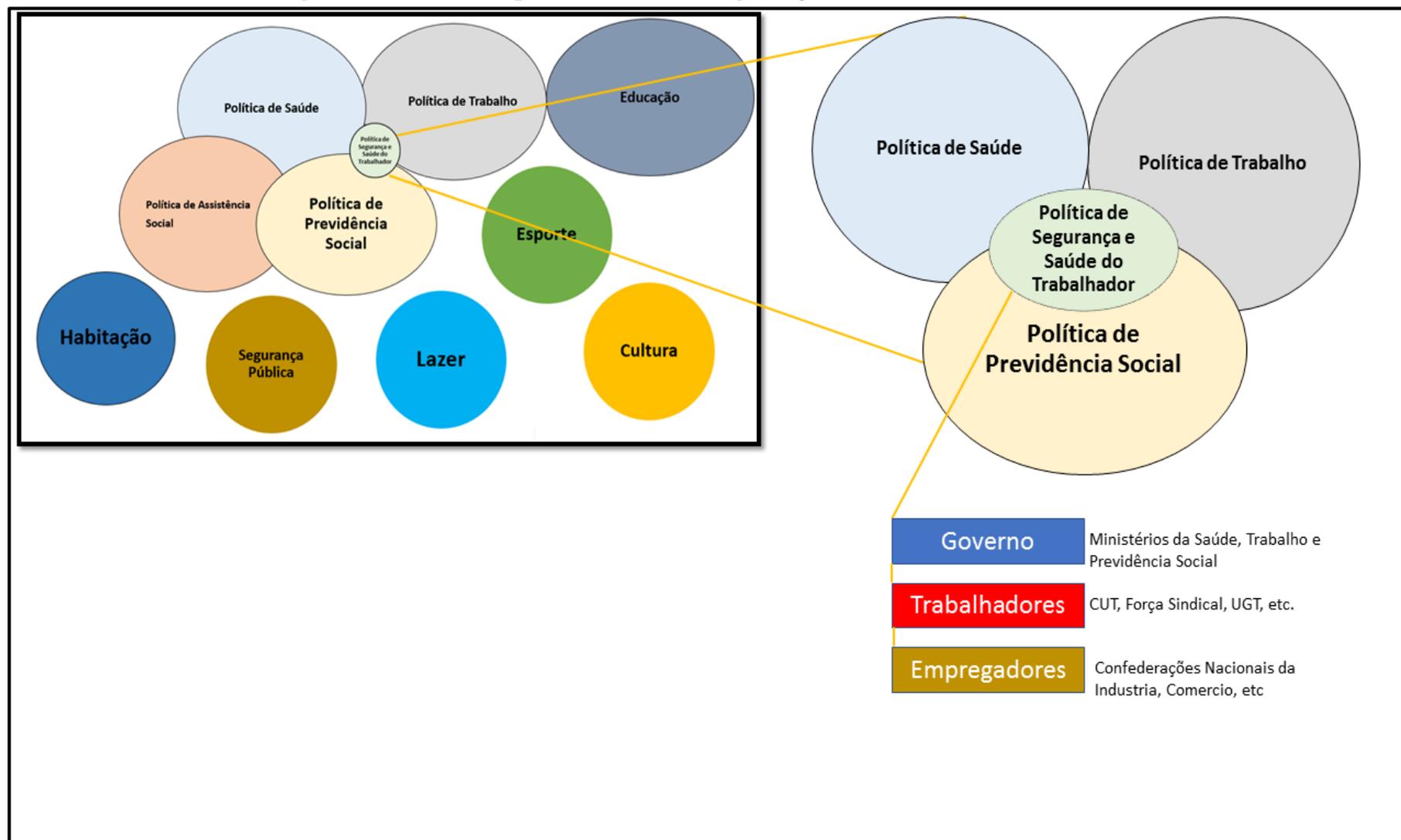
O Caminho de Ida

Ao propor uma pesquisa sobre a implementação das Políticas de Segurança e Saúde do trabalhador na região de Carajás, tornou-se mister entender os objetivos da política pública social em questão, bem como seu desenho e operacionalização nos níveis nacional, regional e local. No entanto, estudar o planejamento e objetivos de qualquer política pública sem considerar o bloco histórico, modo de produção, tipo de Estado-sociedade e os processos nacionais em que ela se constituiu tenderia a uma análise esvaziada e neutra da *razão de ser* desta política pública.

Por isso, a análise da implementação da PNSST em Carajás seguiu o seguinte roteiro: I) Estudo da conjuntura política econômica global e nacional na Contemporaneidade, elucidado no Capítulo 1; II) Estudo da letra da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e da Política Nacional de Segurança e Saúde do trabalho (PNSST) instituída no Brasil, dito de outra forma, a análise da norma, do *dever ser* da política com seus planos, projetos e programas; e III) Exame das ações e intervenções das políticas em nível nacional, estadual e municipal, incluindo os recursos financeiros do fundo público destinado à segurança e saúde do trabalhador em nível regional e municipal, ambas análises ilustradas no Capítulo 2.

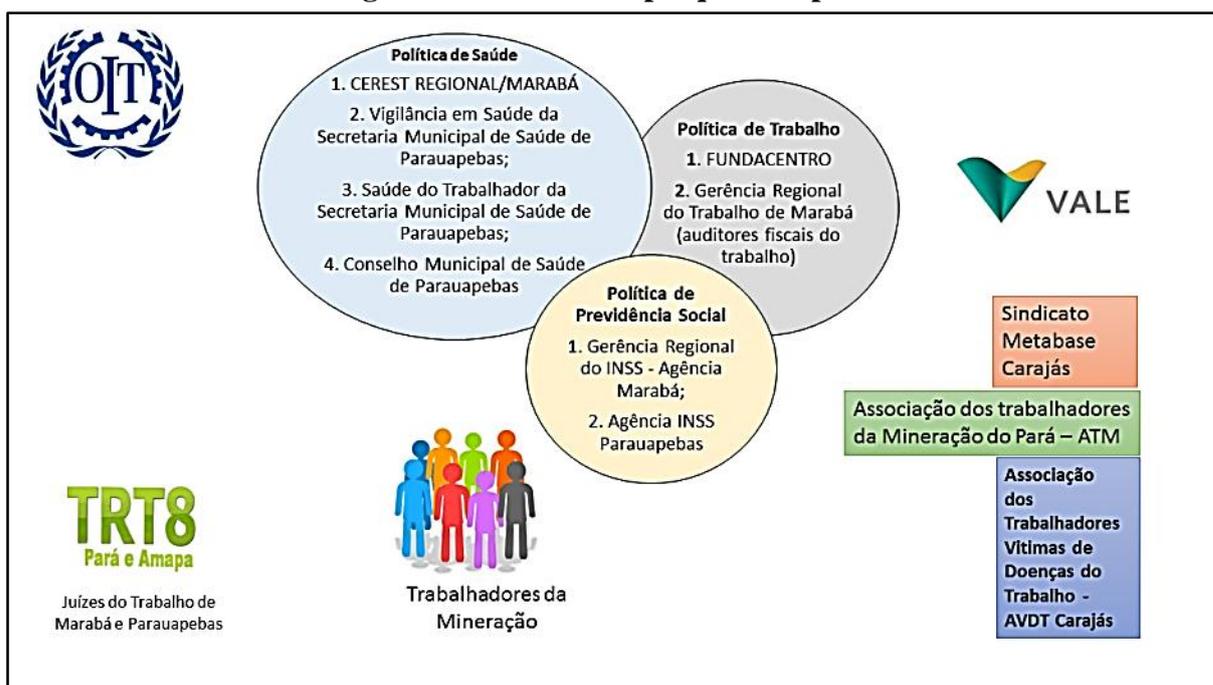
O desafio do estudo residiu na configuração da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, pois é transversal a outras três grandes políticas públicas sociais: Saúde, Trabalho e Previdência Social. E mais, possui planejamento tripartite, entre Governo – Trabalhadores – Empregadores, e execução descentralizada entre os três níveis de governo.

Figura 1 - Desenho da política nacional de segurança e saúde no trabalho



Considerando que “a investigação tem de se apropriar da matéria [*Stoff*] em seus detalhes, analisar suas diferentes formas de desenvolvimento e rastrear seu nexu interno”. (MARX, 2013, p. 90), desenvolveu-se um trabalho de pesquisa que buscou contemplar a formulação e execução das ações em saúde do trabalhador, considerando os formuladores, executores, beneficiários e outros atores envolvidos na região.

Figura 2 - Desenho da pesquisa empírica



Fonte: Elaboração Própria

Assim como a pesquisa adentrou nos espaços de outras políticas públicas sociais, precisou percorrer também outros territórios além de Carajás-PA. Como as políticas analisadas se organizam de forma hierarquizada e descentralizada, a maioria das coordenações e gerências dos serviços se encontra na capital do estado ou no município de Marabá, cidade que aglutina os serviços da PSST, em nível regional.

A Figura 2 mostra como se conformou o trabalho de pesquisa. O símbolo no canto superior esquerdo representa a Organização Internacional do Trabalho (OIT), agência das Nações Unidas, responsável pela formulação e aplicação das normas internacionais do trabalho através de convenções e recomendações que deverão ser ratificadas pelos países membros. A agência é representada na pesquisa por um de seus representantes no Brasil, que

participou de entrevista⁴ ainda durante o período de aproximação com o campo de pesquisa. O Brasil como membro fundador da OIT segue as recomendações e ratifica as convenções, em especial, a de nº 187 de 2006, sobre o marco para a promoção da saúde e segurança no trabalho, que orienta completamente a letra da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, bem como seu Plano.

No campo das políticas públicas responsáveis pela operacionalização da PNSST, a Saúde ganhou mais espaço, pois essa política organizou e sistematizou, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ações voltadas para a saúde do trabalhador e as instituiu em uma portaria federal GM/MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, chamada de Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Logo, a pesquisa percorreu os serviços previstos por essa subárea da política, que em nível regional são representados pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Nesse sentido, realizou-se visita ao CEREST regional de Marabá e uma representante dos trabalhadores do serviço participou como sujeito da pesquisa, contribuindo através de entrevista realizada no espaço físico do CEREST⁵. No âmbito municipal, optou-se por analisar as ações da Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Parauapebas (SEMSA), que forneceu os dados solicitados sobre os registros de notificação compulsória de acidentes de trabalho. Ainda na esfera municipal, realizou-se entrevista com a coordenadora do setor de Saúde do Trabalhador da SEMSA sobre a execução municipal da política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora⁶ e analisou-se o Plano Municipal de Saúde da cidade (2014-2017), buscando avaliar as propostas e metas alcançadas para a saúde do trabalhador no período de execução do plano.

No âmbito da política pública de Trabalho, representada pelo extinto Ministério do Trabalho e Emprego (MTE)⁷, a pesquisa elegeu como interlocutores os auditores fiscais do

⁴ Entrevista com roteiro semiestruturado e gravada em áudio nas dependências da Câmara de Vereadores do município de Marabá, durante o evento I Audiência Pública para Construção da Política e Plano para ações de Erradicação ao Trabalho Escravo, realizada no dia 26 de novembro de 2015.

⁵ Visita ao CEREST regional Itacaiúnas/Tocantins, localizado no município de Marabá, realizada no dia 10 de dezembro de 2015. A pedido da representante do CEREST, a entrevista não foi gravada em áudio.

⁶ Entrevista realizada no dia 7 de dezembro de 2015 nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) Parauapebas. A pedido da Coordenação do setor, a entrevista não foi gravada em áudio.

⁷ Como parte da reforma administrativa do Governo Federal, anunciada pela Presidente Dilma Rousseff, os Ministérios do Trabalho e Emprego (MTE) e da Previdência Social (MPS) foram unificados, passando a receber a denominação de “Ministério do Trabalho e da Previdência Social (MTPS)”. Foi extinto, desta forma, o cargo de Ministro do Trabalho e Emprego através da Medida Provisória nº 696, de 2 de outubro de 2015.

trabalho da Gerência Regional do Trabalho e Emprego (GRTE) de Marabá⁸, que tem como uma das funções promover a fiscalização do cumprimento das normas de segurança e medicina do trabalho e impor penalidades. A GRTE, sediada no município de Marabá, é ligada diretamente à Superintendência Regional do Trabalho e Emprego (SRTE), localizada no município de Belém-PA. Ainda dentro da política de Trabalho, analisaram-se as ações realizadas pela Fundação Jorge Duprat e Figueiredo (FUNDACENTRO), instituição do extinto Ministério do Trabalho e Emprego e, atualmente, subordinada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS), tem como missão a produção e difusão de conhecimentos que contribuam para a promoção da segurança e saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras. A FUNDACENTRO possui treze unidades descentralizadas pelo Brasil, sendo uma delas sediada no estado do Pará, onde se realizou duas visitas⁹.

A política pública social de Previdência Social, por sua vez, é responsável pelo reconhecimento dos benefícios previdenciários decorrentes dos riscos ambientais do trabalho. O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e a agência da Previdência Social do município de Parauapebas, que avalia a capacidade laborativa para fins de benefícios previdenciários e promove ações de reabilitação profissional, foram convidados a contribuir com a pesquisa, mas abdicaram de sua participação. No entanto, a contribuição mais valiosa desta política se encontra na sistematização e divulgação das estatísticas de concessão dos benefícios previdenciários, através dos Anuários Estatísticos da Previdência Social (AEPS) e das estatísticas de acidentes de trabalho, por meio dos Anuários Estatísticos de Acidentes de Trabalho (AEAT), ambos com edição até 2014.

Considerando a gestão tripartite e participativa da PNSST, a pesquisa buscou analisar as ações dos empregadores no que tange a saúde dos seus trabalhadores, em especial, da empresa Vale S/A, que segundo seu mais recente Relatório de Sustentabilidade (Ano 2014), emprega a maioria de seus trabalhadores nos estados de Minas Gerais e Pará. De acordo com a empresa, do total de empregados próprios e terceirizados, 77% (158,1 mil) atuam no Brasil e 68% desses trabalhadores atuam nesses dois estados. Nesse sentido, os representantes do setor de segurança e saúde do trabalhador da Vale S/A Carajás foram convidados a apresentar

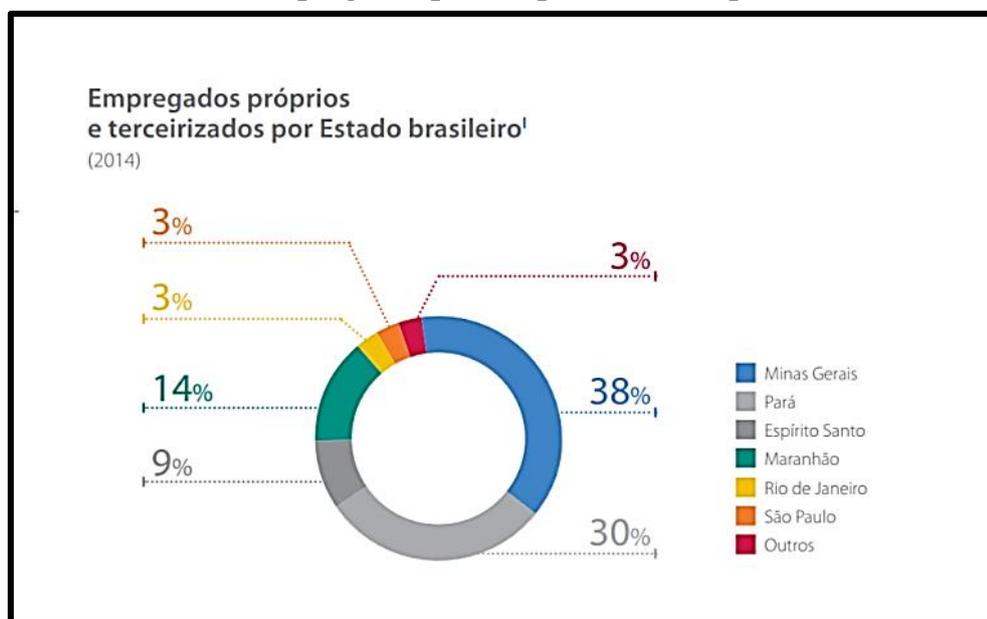
⁸ Realizou-se entrevista no dia 11 de abril de 2016, com auditor fiscal do trabalho lotado na Gerência Regional do Trabalho, localizada no município de Marabá-PA. A entrevista aconteceu nas dependências da agência regional, com gravação de áudio.

⁹ As visitas à sede da FUNDACENTRO, localizada em Belém-PA, foram realizadas nos dias 8 e 22 de janeiro de 2016, onde os técnicos lotados na instituição apresentaram as ações realizadas e a programação da instituição.

os programas e ações voltados para a segurança e saúde dos trabalhadores que atuam na região.

Com a recusa da empresa em participar da pesquisa, partiu-se para a análise dos documentos legítimos da mesma, como a Política Interna de Direitos Humanos e os Relatórios de Sustentabilidade (2014 e 2015), ambos amplamente divulgados aos investidores e sociedade através de seu sítio na internet. A execução das ações previstas e outras já realizadas e socializadas nos documentos foram expostas aos próprios beneficiários das ações, os trabalhadores da mineração na região de Carajás, que avaliaram sobre a matéria por meio de entrevistas.

Figura 3 - Trabalhadores empregados pela empresa vale s/a por estado brasileiro



Fonte: Relatório de Sustentabilidade VALE S/A – Ano 2014.

Os beneficiários diretos da política participaram como sujeitos desta pesquisa, a fim de que suas impressões, opiniões e vivências fizessem parte e qualificassem a análise da implementação da PNSST. Deste grupo, inicialmente, elegeram-se como possíveis participantes da pesquisa aqueles trabalhadores que atuam na área da mineração e que possuíssem vínculo de trabalho com a empresa Vale, com as empresas contratadas pela Vale ou com as subcontratadas. No entanto, devido à desconfiança e ao suposto risco de perda do emprego, a maioria dos trabalhadores convidados a participar das entrevistas não aceitou. Sendo flexibilizados os critérios de elegibilidade para os participantes da pesquisa, entrevistou-se quatro trabalhadores, sendo dois empregados diretamente pela Vale S/A e dois

trabalhadores demitidos recentemente da mesma empresa e que também possuíam contrato de trabalho com a Vale. Todos atuam ou atuaram de forma direta em área de mineração¹⁰.

No decorrer da pesquisa exploratória, observou-se que a questão da saúde dos trabalhadores na região de Carajás transborda os limites da política pública e se reflete nos setores da Justiça. E com objetivo de entender tais desdobramentos, realizou-se visita as quatro varas do Tribunal Regional do Trabalho de Parauapebas – TRT 8ª Região, onde foi possível consultar os juízes sobre as violações de direitos trabalhistas relacionados à segurança e saúde do trabalhador na região.

O Caminho de Volta

O fenômeno estudado se mostrou permeado de contradições e de determinações sociais, portanto, não pôde ser considerado apenas dentro dos limites da política pública de segurança e saúde do trabalhador, fez-se necessário a análise de outros elementos sociais, que direta e indiretamente, determinam a dinâmica das políticas públicas no município de Parauapebas.

Cabe também precisar o sentido das ‘determinações’: determinações são traços pertinentes aos elementos constitutivos da realidade; [...] o conhecimento concreto do objeto é o conhecimento das suas múltiplas determinações [...]. As ‘determinações as mais simples’ estão postas no nível da universalidade; na imediaticidade do real, elas mostram-se como singularidades – mas, o conhecimento do concreto opera-se envolvendo universalidade, singularidade e particularidade (NETTO, 2011, p. 45).

A partir dos primeiros resultados da pesquisa que revelaram as escassas e ineficientes ações das PNSST e PNSST executadas na região de Carajás e no município de Parauapebas, buscou-se identificar outros fenômenos – além dos já revelados na análise da execução das ações de tais políticas – que poderiam estar corroborando para uma conjuntura desfavorável a proteção da força de trabalho no município.

Nesse sentido, iniciou-se a análise de dados que pudessem fornecer elementos para a compreensão dessa conjuntura desfavorável. Identificou-se, no primeiro momento, que a questão do desemprego na região, sobretudo a formação histórica de um “exército industrial

¹⁰ As entrevistas foram realizadas nos dias 6 e 7 de novembro de 2015 e nos dias 25 e 26 de janeiro de 2016. Uma entrevista aconteceu na sede do sindicato Metabase-Carajás; duas aconteceram em um espaço institucional da prefeitura de Parauapebas e uma aconteceu em um espaço comercial, a pedido do participante. Esta última não foi gravada em áudio também a pedido do participante.

de reserva” à disposição das empresas, implica diretamente no comportamento dos trabalhadores, dos capitalistas e do Estado frente aos problemas de segurança e saúde do trabalhador no município.

Outro fator que chama atenção na região e mereceu atenção na pesquisa diz respeito à questão da Saúde Suplementar. Atualmente, 85% dos estabelecimentos de saúde do município são mantidos pela iniciativa privada e compõem a rede de Saúde Suplementar. Esta rede atende, na grande maioria, os trabalhadores empregados, cujo plano de saúde é pago integralmente ou parcialmente pelo empregador. Esta modalidade de assistência médica e a forma como vem sendo negociada nos acordos coletivos das categorias corroboram para a conjuntura desfavorável das políticas públicas de segurança e saúde do trabalhador no município.

A atuação do Conselho Municipal de Saúde de Parauapebas também mereceu atenção do trabalho de pesquisa, pois os Conselhos e Conferências de Saúde são concebidos na Política de Saúde como dispositivos de Controle Social. Nesse sentido, realizaram-se entrevistas com a presidente e com o representante do segmento dos trabalhadores da saúde do CMS¹¹ com o objetivo de perceber como é realizado o Controle Social dos gastos em Saúde do Trabalhador em Parauapebas.

Considerando que a PNSST possui gestão tripartite, compartilhada entre Governo, Empregadores e Trabalhadores, este último representado pelas Centrais Sindicais, buscou-se analisar a atuação dos Sindicatos de trabalhadores frente às questões relacionadas à segurança e saúde do trabalhador. Nesse sentido, realizou-se entrevista com o representante de um dos maiores sindicatos da região, o Metabase.

Dentre os movimentos sociais da região, mereceu destaque a atuação da Associação dos Trabalhadores e Vitimados por Doenças do Trabalho na Cadeia Produtiva de Extração, Beneficiamento e de Transformação do Ferro, Ouro, Manganês, Cobre, Níquel, seus derivados e afins dos municípios de Parauapebas, Canaã dos Carajás, Curionópolis, Eldorado dos Carajás, Ourilândia do Norte e Marabá, Estado do Pará (ATVDT), criada no ano de 2010 com sede no município de Parauapebas. A criação desta entidade reflete como os acidentes e adoecimentos do trabalho criaram uma identidade coletiva entre alguns trabalhadores da mineração e como a Saúde do Trabalhador se transformou em bandeira de luta dos movimentos sociais da região.

¹¹ Entrevista gravada em áudio, realizada no dia 13 de janeiro de 2016, nas dependências do CMS de Parauapebas.

A trilha sinuosa que se desenhou durante caminho de volta está organizada no terceiro e último capítulo.

Pressupostos Teórico-Methodológicos adotados pela pesquisa

Ao iniciar um trabalho de pesquisa, é preciso ter clareza dos pressupostos teórico-metodológicos sob os quais o fenômeno será estudado, uma vez que estes nortearam a escolha do objeto de pesquisa, bem como todo o trabalho de investigação.

Antes mesmo de iniciar a pesquisa, já se assumia uma posição ideo-política diante da realidade. Esta posição está assentada, particularmente, nos trabalhos do jovem Marx, que evidencia a centralidade da categoria trabalho na análise da sociedade capitalista, na forma de ser e reproduzir-se.

Conforme Marx (2006), o trabalho é categoria fundante da produção e reprodução da vida humana, com atividade primária, necessária e natural do homem. Logo, o homem só pode manter-se como ser físico em uma condição, na de trabalhador, como produtor de mercadorias. Entretanto, no modo de produção capitalista, o trabalho desumaniza o trabalhador e lhes impõe a uma relação de exploração e alienação que é necessária e não eliminável.

Desse modo, o trabalhador não reconhece o seu trabalho e os resultados derivados dele como pertencentes a ele mesmo, mas como algo alheio, de outrem. A consciência que o homem tem da própria espécie, da própria existência, se altera através dos diferentes tipos de alienação, de uma forma que a vida se transforma para ele em meio. Portanto, o homem em sua condição de trabalhador não conseguirá criar e cultivar a riqueza da sensibilidade subjetiva humana se este se encontra sufocado pela maior preocupação de sua vida, a sobrevivência, a reprodução social (MARX, 2006).

Com base nesses pressupostos, concorda-se com Cruz, Coimbra e Reis (2012), que acreditam que Marx e Engels estabeleceram as possibilidades efetivas para renovação do pensamento também nas questões de saúde na realidade, abrindo caminho para a compreensão das leis que regem os fenômenos e a identificação das categorias que permitiram observar de forma atrelada, o biológico e o social.

Para Merhy (1987), com base em Marx, a dinâmica das relações de produção das sociedades capitalistas determina o campo de prática e de saberes, onde se organizam as ações

coletivas em saúde. Ora, se a dinâmica interna do capital regula e determina todo e qualquer processo social, presume-se que o campo das ações em saúde do trabalhador não ficará isento a esta máxima.

1 ESTRUTURA E CONJUNTURA POLÍTICA ECONÔMICA

Diante do desafio de estudar e analisar a implementação da política pública de segurança e saúde do trabalhador, no âmbito da saúde pública brasileira, particularmente em uma região periférica de relevância econômica nacional e internacionalmente como a Amazônia, torna-se relevante o estudo do tipo de ação governamental delegada a esta região pelo Estado nacional. Mas, considerando a histórica posição subordinada e dependente do Brasil na Divisão Internacional do Trabalho, em que o Estado nacional se coloca a disposição do mercado externo, cada vez mais regulado pelo capital financeiro globalizado, não se pode deixar de se iniciar as discussões pela contextualização política e econômica que afetará não somente a atuação governamental na região, mas todas as esferas da vida social.

Trata-se do período onde, a nível mundial, as sociedades capitalistas adotam o modelo político do neoliberalismo, com a instalação do Toyotismo, da acumulação flexível, da desregulamentação financeira (imposta pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional), e da redução da ação do Estado.

No Brasil, a adoção desse modelo político se deu após a conquista de avanços sociais consagrados na Constituição de 1988, cuja redução da ação do Estado alterou substancialmente a configuração das políticas sociais. A política pública de saúde, por exemplo, terá que conviver com o princípio da universalização e, ao mesmo tempo, com a orientação para redução dos recursos financeiros do Estado.

Por esses condicionantes, o objetivo deste capítulo é o de realizar o resgate histórico sobre a construção do Neoliberalismo e adoção deste modelo pelo Brasil e da reestruturação produtiva do capital, visto que, o formato atual das políticas públicas e sociais brasileiras – dentre elas, o da política pública que foi objeto de análise deste trabalho – é determinado por essa conjuntura global, como poderá ser observado a seguir.

1.1 NEOLIBERALISMO E REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA DO CAPITAL

Seguindo o roteiro utilizado pela literatura especializada, convém iniciar este breve resgate histórico pelo período em que o capitalismo central mostrou todo vigor com elevação das taxas de crescimento, com a manutenção do pacto entre Estado-capital-trabalho, com o pleno emprego e com ampliação das políticas públicas sociais.

Ressalta-se que esse período, marcado pelo chamado *Estado de Bem Estar, Estado Social ou Welfare State* respondeu às necessidades de uma crise econômica, momento em que o mundo questionou pela primeira vez a legitimidade do capitalismo. Behring e Boschetti (2011) fornecem elementos para entender esta crise, cujas medidas de recuperação tomadas culminaram no período do Welfare State.

[...] Esse período também é conhecido como o da Grande Depressão. Foi a maior crise econômica mundial do capitalismo até aquele momento. Uma crise que se iniciou no sistema financeiro americano, a partir do dia 24 de outubro de 1929, quando a história registra o primeiro dia de pânico na Bolsa de New York. A crise se alastrou pelo mundo, reduzindo o comércio mundial a um terço do que era antes. Com ela instaura-se a desconfiança de que os pressupostos do liberalismo econômico poderiam estar errados e se instaura, em paralelo à revolução socialista de 1917, uma forte crise econômica, com desemprego em massa, e também de legitimidade política do capitalismo (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 68).

As transformações geradas como soluções para esta crise são exemplos de como a dinâmica da sociedade capitalista gira em torno das não elimináveis crises. Nesse contexto, a reativação do emprego e do consumo, somado ao fundo público e o de guerra foram fundamentais para saída do ciclo de depressão¹².

Depois deste período de depressão, o capitalismo monopolista viveu uma fase de auge denominada as “três décadas gloriosas”, as quais, para a maioria dos estudiosos, apresentaram quase trinta anos de excelentes resultados econômicos¹³. Dentre as medidas do período pós-recessão, destaca-se a atuação do Estado no reconhecimento dos direitos sociais que associado à mobilização dos trabalhadores ampliou e consolidou as políticas sociais.

No entanto, na entrada da década de 1970, uma nova crise mundial põe fim ao auge econômico do modo de produção capitalista: “A onda longa expansiva é substituída por uma onda longa recessiva: a partir daí e até os dias atuais, inverte-se o diagrama da dinâmica capitalista: agora, as crises voltam a ser dominantes, tornando-se episódicas as retomadas” (BRAZ; NETTO, 2012, p. 226).

¹² Behring e Boschetti (2011, p. 69) usam a explicação de espiral da crise de Ernest Mandel, em que a crise precisa ser compreendida por dentro dos ciclos longos de expansão e depressão, superando-se, dessa forma, a tendência dos economistas de articularem as crises aos detonadores imediatos, que em geral são catalisadores da depressão, mas não sua causa.

¹³ Braz e Netto (2012) pontuam que nas “três décadas gloriosas” registraram-se crises em 1949, 1953, 1958, 1961 e 1970, no entanto, “seus impactos foram diminuídos pela regulação posta pela intervenção do Estado (em geral, sob as inspirações das ideias de Keynes) e, sobretudo, as taxas de crescimento mostraram-se muito significativas” (BRAZ; NETTO, 2012, p. 208).

Netto (1996) resume esse quadro, cujos rebatimentos permanecem presente até os dias atuais:

O marco dos anos setenta não é um acidente cronológico; ao contrário: a visibilidade de novos processos se torna progressiva à medida que o capital monopolista se vê compelido a encontrar alternativas para a crise em que é engolfado naquela quadra. Com efeito, em 1974-1975 explode a “primeira recessão generalizada da economia capitalista internacional desde a segunda guerra mundial” (Mandel, 1990:9). Essa recessão monumental e o se lhe seguiu pôs de manifesto um giro profundo na dinâmica comandada pelo capital: chegava ao fim o padrão de crescimento que, desde o segundo pós-guerra e por quase trinta anos (as “três décadas gloriosas” do capitalismo monopolista), sustentara, com as suas “ondas longas expansivas”, o “pacto de classes” expresso no welfare state (Przerworski, 1991). **Emergia um novo padrão de crescimento que, operando por meio de “ondas longas recessivas” (Mandel, 1976), não só erodia as bases de toda a articulação sociopolítica até então vigente como, ainda, tornava exponenciais as contradições imanentes à lógica do capital, especialmente aquelas postas pela tendência à queda da taxa média de lucro e pela superacumulação (Mandel, 1969). É para responder a este novo quadro que o capital monopolista se empenha estrategicamente, numa complicada série de reajustes e reconversões que, deflagrando novas tensões e colisões, constrói a contextualidade em que surgem (e/ou se desenvolvem) autênticas transformações societárias.** (NETTO, 1996, p. 90 – grifo meu).

Mészáros (2002, p. 1001) refere que “a crise que enfrentamos não se reduz simplesmente a uma crise política, mas trata-se da crise estrutural geral das instituições capitalistas de controle social na sua totalidade”. Como em outras experiências de crise, o capitalismo se apressa em superar o antigo regime e desta vez investe em um regime de acumulação *flexível*, para maioria dos críticos, inicia-se a ofensiva do capital.

Mas antes de adentrar na ofensiva do capital, cabe uma ressalva! Apesar da experiência de um capitalismo forte e crescente entre as décadas de 1950 e 1960, Hayek¹⁴ e a Sociedade Mont Pélerin já propagavam a tese de que o Estado de bem-estar destruía a liberdade dos cidadãos e prejudicava a concorrência, nesse sentido, já combatiam o Keynesianismo e, ao mesmo tempo, defendiam as ideias da doutrina político-econômica do Neoliberalismo (ANDERSON, 1996).

Com as explicações para a crise ensaiadas mesmo no auge do Estado intervencionista, o grupo de economistas que idealizaram Neoliberalismo se apressou em propagar que a causa da crise advinha dos sindicatos e do movimento operário, pois estes pressionavam o Estado

¹⁴ O livro “O caminho da Servidão”, de Friedrich Hayek, escrito em 1944. Trata-se de um ataque apaixonado contra qualquer limitação dos mecanismos de mercado por parte do Estado, denunciadas como uma ameaça letal à liberdade, não somente econômica, mas também política (ANDERSON, 1996).

para que os custos com os gastos sociais fossem cada vez mais elevados. O grupo de economistas não só apontou a causa, mas também a solução para crise.

O remédio, então, era claro: manter um Estado forte, sim, em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas. **A estabilidade monetária deveria ser a meta suprema de qualquer governo. Para isso seria necessária uma disciplina orçamentária, com a contenção dos gastos com bem-estar, e a restauração da taxa “natural” de desemprego, ou seja, a criação de um exército de reserva de trabalho para quebrar os sindicatos.** Ademais, reformas fiscais eram imprescindíveis, para incentivar os agentes econômicos. Em outras palavras, isso significava reduções de impostos sobre os rendimentos mais altos e sobre as rendas (ANDERSON, 1996, p. 9 – grifo meu).

A partir de experiências frustradas de recuperação da crise baseadas ainda no Keynesianismo, os países do capitalismo central começaram a se abrir para as ideias de Hayek. No final da década de 1970, como efeito dominó, primeiro a Inglaterra e o governo Thatcher, Estados Unidos da América, Alemanha, Dinamarca e demais países da Europa Ocidental: “Os anos 80 viram o triunfo mais ou menos incontestado da ideologia neoliberal nesta região do capitalismo avançado” (ANDERSON, 1996, p. 12). Mas, sabe-se que o Neoliberalismo também foi adotado posteriormente, em diferentes períodos, em outras regiões do globo como o Leste Europeu e América Latina. No continente latino-americano, destacam-se os projetos neoliberais de Pinochet no Chile (1973), Bolívia (1985), Argentina (1989), Peru (1990) e Brasil (1990).

1.2 O PROJETO NEOLIBERAL E O MODELO ECONÔMICO PERIFÉRICO ADOTADO NO BRASIL

Alerta-se que para um melhor estudo do Neoliberalismo no Brasil serão adotadas as definições de neoliberalismo, projeto neoliberal e modelo econômico neoliberal periférico idealizadas por Filgueiras (2006).

O primeiro diz respeito à doutrina político-econômica mais geral, formulada, logo após a Segunda Guerra Mundial, por Hayek e Friedman, entre outros - a partir da crítica ao Estado de Bem-Estar Social e ao socialismo e através de uma atualização regressiva do liberalismo (Anderson, 1995). O segundo se refere à forma como, concretamente, o neoliberalismo se expressou num programa político-econômico específico no Brasil, como resultado das disputas entre as distintas frações de classes da burguesia e entre estas e as classes trabalhadoras. Por fim, o modelo econômico neoliberal periférico é resultado da forma como o projeto neoliberal se configurou, a partir da estrutura econômica anterior do país, e que é diferente das dos demais países

da América Latina, embora todos eles tenham em comum o caráter periférico e, portanto, subordinado ao imperialismo. Em suma, o neoliberalismo é uma doutrina geral, mas o projeto neoliberal e o modelo econômico a ele associado, são mais ou menos diferenciados, de país para país, de acordo com as suas respectivas formações econômico-sociais anteriores (FILGUEIRAS, 2006, p. 179).

Para este autor, diante da unificação das diversas frações do capital em torno do projeto neoliberal no Brasil, a partir da década de 1980, o ideário neoliberal foi se desenhando e se fortalecendo, passando do campo meramente doutrinário para se constituir em um programa político.

Neste sentido, vivenciou-se no Brasil a implementação de um novo patamar de exigências do Capital com a eleição de Fernando Collor, em 1989, para a Presidência da República. O Presidente eleito propôs uma reformulação profunda na administração por meio de ajustes neoliberais que implicaram na diminuição dos gastos sociais.

Os ajustes neoliberais adotados pelo governo de Collor faziam parte do plano de estabilização para combater a inflação do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial, impondo a desregulamentação da economia por meio da diminuição da intervenção do Estado na regulação de preços e na relação capital/trabalho, retirada do Estado do setor produtivo (privatizações) e redução do setor público.

A vitória desse projeto expressou, ao mesmo tempo em que estimulou, um processo de transnacionalização dos grandes grupos econômicos nacionais e seu fortalecimento no interior do bloco dominante, além de exprimir, também, a fragilidade financeira do Estado e a subordinação crescente da economia brasileira aos fluxos internacionais de capitais. Em particular, reconfigurou o bloco dominante e a sua fração de classe hegemônica, com destaque para a consolidação dos grandes grupos econômicos nacionais, produtivos e financeiros. (FILGUEIRAS, 2006, p. 183).

Em 1992, com o impeachment do presidente Collor, assumiu a Presidência seu Vice, Itamar Franco. Os ajustes neoliberais diminuem de intensidade, mas temporariamente, para esperar uma gestão mais alinhada ao Neoliberalismo e continuar a escalada rumo à transferência do fundo público, também sob a forma do patrimônio público brasileiro, para as exigências do capital financeiro¹⁵.

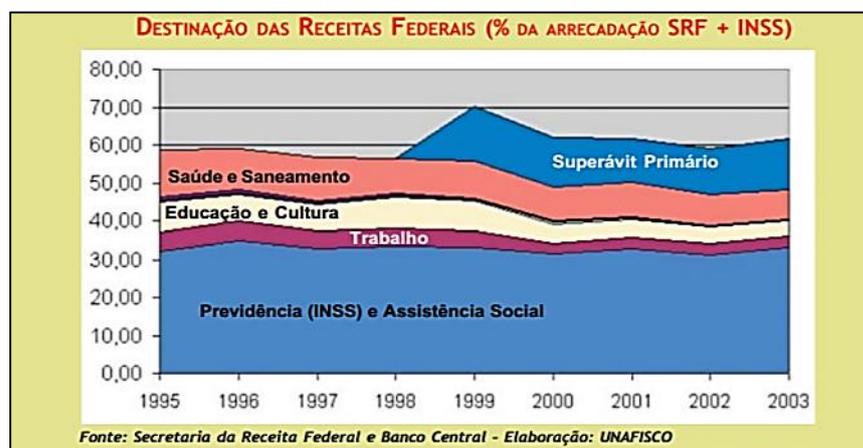
¹⁵ O conceito de capital financeiro tem várias versões. Aqui se refere à fração do capital que se reproduz, fundamentalmente ou, principalmente, na esfera financeira, no âmbito da acumulação fictícia, podendo assumir várias formas institucionais.

Ao governo de Itamar Franco, sucedeu-o seu ministro de Estado: Fernando Henrique Cardoso (1995-2002). Para Filgueira (2006) e Chaui (2013), é neste período que o Neoliberalismo se amplia e se aperfeiçoa.

[...] os governos de Fernando Henrique Cardoso, que tornaram esse modelo hegemônico ao realizar a chamada reforma e modernização do Estado, isto é, a adoção do neoliberalismo como princípio definidor da ação estatal (privatização dos direitos sociais, convertidos em serviços vendidos e comprados no mercado, privatização das empresas públicas, direcionamento do fundo público para o capital financeiro etc.). Para legitimar essa decisão política, foram mobilizadas as duas grandes ideologias contemporâneas: a da competência e a da racionalidade do mercado (CHAUÍ, 2013, p. 127).

É importante lembrar que a política de valorização do Superávit Primário é iniciada no governo neoliberal de Fernando Henrique. Segundo dados do Fórum do Orçamento Brasileiro (FOB, 2004), a arrecadação do superávit primário para pagamento da dívida pública alcançou em 1999, 70% das receitas federais e vem superando a partir de então os gastos nas áreas sociais.

Gráfico 1 - Destinação das receitas federais para pagamento da dívida pública (1995 a 2003)



Fonte: Fórum do Orçamento Brasileiro, 2004.

Para Filgueiras (2006), o processo de implantação e evolução do projeto neoliberal no Brasil, passou por, pelo menos, três momentos distintos, desde o início da década de 1990, quais sejam: uma fase inicial, bastante turbulenta (Governo Collor); uma fase de ampliação e consolidação da nova ordem econômico-social neoliberal (primeiro Governo Fernando Henrique Cardoso - FHC); e, por último, uma fase de aperfeiçoamento e ajuste do novo modelo, na qual amplia-se e consolida-se a hegemonia do capital financeiro no interior do bloco dominante (segundo Governo FHC e Governo Lula).

No entanto, essa posição nem de longe é consenso entre os autores que analisam os governos brasileiros. Para Sader (2013), os governos de Lula e, posteriormente, de Dilma Rousseff são considerados como governos pós-neoliberais, por demonstrarem elementos de rompimento com o modelo neoliberal de Collor, Itamar e Fernando Henrique.

O autor ressalta que os governos de Lula e Dilma possuem mais elementos em comum com outros governos da América Latina, como os Kirchners na Argentina, da Frente Ampla no Uruguai, de Hugo Chavez – e agora Nicolás Maduro –, na Venezuela, de Evo Morales na Bolívia e de Rafael Correa no Equador.

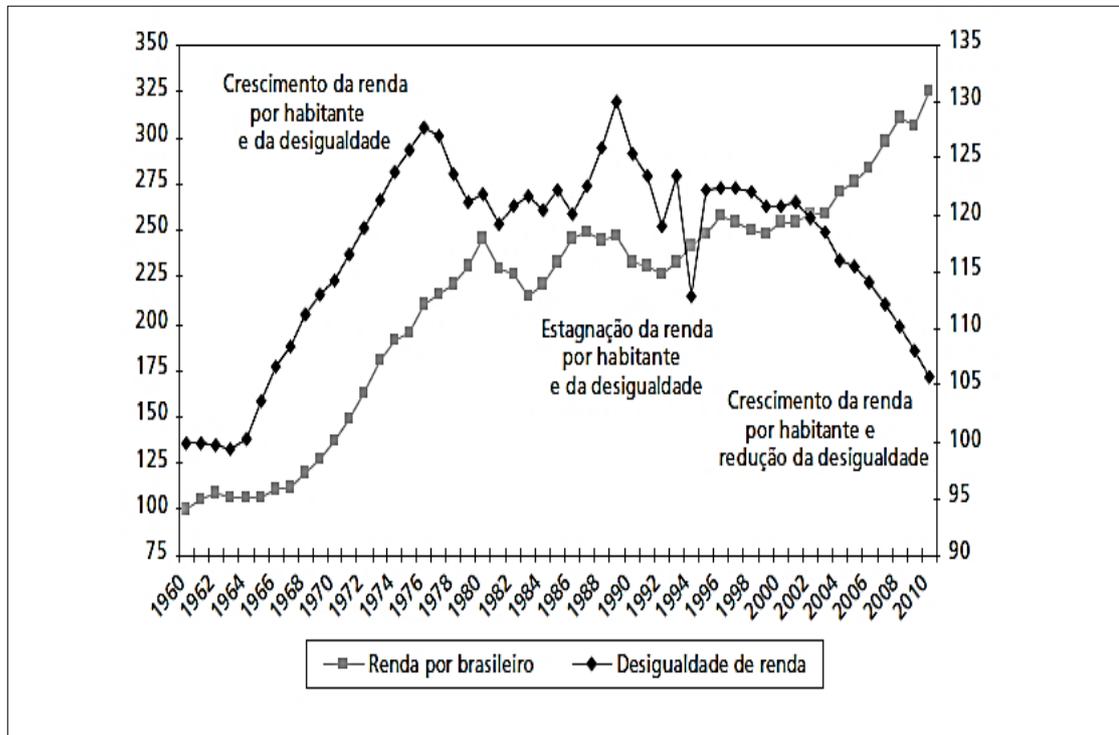
Sader (2013), Pochmann (2013), Chauí (2013), Mattoso e Gentili (2013) defendem que esses governos representam uma reação antineoliberal no marco das grandes recessões que abalaram o continente, nas últimas décadas do século passado. Para Sader (2013), os traços que esses governos têm em comum, que permitem agrupá-los na mesma categoria, são: a) priorizam as políticas sociais e não o ajuste fiscal; b) priorizam os processos de integração regional e os intercâmbios Sul-Sul e não os tratados de livre-comércio com os Estados Unidos; c) priorizam o papel do Estado como indutor do crescimento econômico e da distribuição de renda, em vez do Estado mínimo e da centralidade do mercado.

Chauí (2013) resgata dados de relatórios institucionais da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência para mostrar que as políticas públicas dos governos Lula e Dilma forjaram uma nova classe trabalhadora.

[...] houve uma mudança profunda na composição da sociedade brasileira, graças aos programas governamentais de transferência da renda, inclusão social e erradicação da pobreza, a política econômica de garantia do emprego e elevação do salário-mínimo, a recuperação de parte dos direitos sociais das classes populares (sobretudo alimentação, saúde, educação e moradia), a articulação entre esses programas e o princípio do desenvolvimento sustentável e aos primeiros passos de uma reforma agrária que permita as populações do campo não recorrer a migração forçada em direção aos centros urbanos (CHAUI, 2013, p. 128).

Pochmann (2013) realiza uma análise com base nos dados sobre renda e pobreza no Brasil. A partir da leitura dos dados socioeconômicos, o autor constata que o movimento de recuperação na participação do rendimento do trabalho na renda nacional significa melhora na situação de vida dos trabalhadores: “Noutras palavras, ha uma ampliação na taxa de ocupação em relação ao total da força de trabalho (isto é, uma queda do desemprego) e na formalização dos empregos da mão de obra, com a queda na pobreza absoluta” (POCHAMANN, 2013, p. 146).

Gráfico 2 - Evolução dos índices da participação do rendimento do trabalho na renda nacional e da composição do trabalho no Brasil (1960=100)



Fonte: Pochmann (2013, p. 146).

Na mesma linha dos autores supracitados, Alves (2013), em sua coluna mensal em uma mídia social da editora Boitempo, também analisa os últimos dez anos de governos como pós-neoliberais.

Nossa hipótese é que nos últimos dez anos de Lula e Dilma tivemos governos pós-neoliberais propriamente ditos que adotaram programas de crescimento da economia com aumento do gasto público e redistribuição de renda. É nesse sentido mais incisivo da programática política que eles podem ser considerados governos pós-neoliberais distinguindo-se, por exemplo, dos governos neoliberais da década de 1990. Desprezar a particularidade da nova conformação política neodesenvolvimentista, reduzindo-a, no plano de governo, ao neoliberalismo, como faz a extrema esquerda, é não apreender as nuances da luta de classes e os tons de cinza da dominação burguesa no Brasil (ALVES, 02-12-2013).

1.2.1 O Neodesenvolvimentismo

Recentemente, diferentes autores se lançaram na tarefa de conceituar a política econômica brasileira dos governos Lula e Dilma, dentre as expressões usadas, *Novo-*

*Desenvolvimentismo e Neodesenvolvimentismo*¹⁶. Dentre os autores estão: Aloísio Mercadante, Rodrigo Castelo (2012), Giovanni Alves, Plínio de Arruda Sampaio Jr, Reinaldo Gonçalves, Bresser-Pereira etc.

Inicia-se essa discussão por Alves (2013), que caracteriza enfaticamente o Neodesenvolvimentismo como um novo bloco histórico de hegemonia burguesa no Brasil. Na análise deste autor, na década de 2000, com a crise do modelo de desenvolvimento neoliberal, o projeto de desenvolvimento burguês conduzido pela aliança política PSDB-PFL (hoje, DEM) fracassa nas eleições de 2002. A eleição de Lula pelo PT significou a necessidade de construção de um novo modelo de desenvolvimento não mais orientado pelos parâmetros neoliberais. Mas o autor lembra que no primeiro governo Lula (2003 a 2006) os pilares da política econômica do Neoliberalismo foram mantidos, visando acalmar a voracidade dos mercados financeiros.

O Brasil, polo mais desenvolvido das economias latino-americanas e elo mais forte do imperialismo no Cone Sul, o novo projeto burguês de desenvolvimento alternativo ao neoliberalismo denominou-se “neodesenvolvimentismo” cujo primeiro ciclo histórico ocorreu sob o governo Luís Inácio Lula da Silva (2003-2008). Foi o ciclo do lulismo que se impôs como novo modelo de desenvolvimento burguês – o neodesenvolvimentismo – tão somente na última metade da década de 2000. Consideraremos o neodesenvolvimentismo como um novo bloco histórico de hegemonia burguesa no Brasil sob a direção do grande capital organizado (ALVES, 2013, s/p).

Considerando que o Neodesenvolvimentismo é um projeto burguês de desenvolvimento alternativo ao Neoliberalismo, indaga-se: o que lhe diferencia de seu antecessor? Alves (2013) aponta que o Estado no Neodesenvolvimentismo é um Estado investidor que privilegia a construção de grandes obras de infraestrutura destinadas a atenderem as demandas exigidas pelo grande capital, por exemplo.

A vertente do Estado investidor se manifesta, por exemplo, no PAC (Programa de Aceleração do Crescimento), que é a expressão de que o Estado joga um papel fundamental na indução do crescimento da economia do país (o que distingue efetivamente o projeto burguês desenvolvimentista do projeto burguês neoliberal). A disciplina fiscal e monetária deveria se

¹⁶ Ressalta-se que o Neodesenvolvimentismo possui raízes no desenvolvimentismo latino-americano, mas que neste estudo não será enfatizado. Para Gonçalves (2012, p. 651): “As raízes do pensamento desenvolvimentista no Brasil e no restante da América Latina — que enfatizam nacionalismo, intervencionismo e defesa da indústria — estão nas ideologias e políticas de desenvolvimento econômico. O nacional-desenvolvimentismo pode ser conceituado, de forma simplificada, como o projeto de desenvolvimento econômico assentado no trinômio: industrialização substitutiva de importações, intervencionismo estatal e nacionalismo. O nacional-desenvolvimentismo é, na realidade, uma versão do nacionalismo econômico. Na América Latina, o nacional-desenvolvimentismo é a ideologia do desenvolvimento econômico assentado na industrialização e na soberania dos países, principalmente no período 1930-80”.

colocar a serviço do crescimento rápido e sustentado da economia do país (ALVES, 2013, s/p).

Já para o economista e ex-ministro da fazenda do governo FHC, Bresser-Pereira (2006), o novo-desenvolvimentismo seria, ao mesmo tempo, um “terceiro discurso”, entre o discurso populista e o da ortodoxia convencional (neoliberal), e o conjunto de diagnósticos e ideias para a formulação, por cada Estado-Nação, da sua estratégia nacional de desenvolvimento. Seria, assim, um conjunto de propostas de reformas institucionais e de políticas econômicas, por meio das quais as nações de desenvolvimento médio buscariam, no início do século XXI, alcançar os países desenvolvidos. Para o autor, o antigo desenvolvimentismo não é uma teoria econômica que se baseia principalmente na macroeconomia keynesiana e na teoria econômica do desenvolvimento, mas é uma estratégia nacional de desenvolvimento.

Gonçalves (2012) trabalha com uma hipótese diferente, a hipótese de que o novo desenvolvimentismo é apenas uma versão do liberalismo enraizado, que demonstra o compromisso entre as diretrizes estratégicas do liberalismo e a intervenção estatal orientada para a estabilização macroeconômica.

Cabe destacar que o novo desenvolvimentismo assenta-se em algumas diretrizes do liberalismo econômico: baixa propensão a políticas setoriais, liberalização comercial, ausência de restrições ao investimento estrangeiro direto, minimização da função alocativa do Estado (investimento, políticas setoriais e planejamento), incorporação da função distributiva do Estado de forma moderada (valoriza a distribuição de renda, mas ignora a distribuição de riqueza); defesa das reformas institucionais orientadas para a correção de falhas de mercado e de governo (função reguladora do Estado) e grande ênfase na estabilização macroeconômica (controle da inflação e equilíbrio fiscal) (GONÇALVES, 2012, p. 661-662).

Sobre esta última diretriz, a “grande ênfase na estabilização macroeconômica (controle da inflação e equilíbrio fiscal)” parece ser a mais valorizada, como foi possível observar no Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (PLDO) para o ano de 2015. A meta de superávit primário ficou em torno de R\$ 143,3 bilhões, com redução dos gastos sociais em todas as áreas, inclusive na saúde, que tem suas receitas definidas anualmente pela Lei de Diretrizes Orçamentárias, aprovada pelo Congresso Nacional.

Ainda segundo o PLDO, os esforços para a Consolidação Fiscal serão: I - aumento das receitas decorrentes do PIB; II - controle da despesa e qualidade dos gastos; e III - redução dos estímulos: subsídios e desoneração. Estes esforços objetivam (a) fortalecimento dos fundamentos com redução da dívida pública; (b) aumento da confiança; e (c) contribuição

para ancorar expectativas inflacionárias. A seguir, O Gráfico 3, fornecido pelo Banco Central do Brasil e Ministério da Fazenda, mostra a valorização da diretriz citada por Gonçalves (2012).

Gráfico 3 - Trajetória da dívida pública brasileira nos governos Lula e Dilma



Fonte: Brasil (2014 – Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias 2015).

Alves (2013) reconhece os governos Lula e Dilma como governos pós-neoliberais, protagonistas do projeto Neodesenvolvimentista no Brasil, mas destaca que existe uma preservação e manutenção do Estado Neoliberal, visto que, estes governos não conseguem romper com o chamado “círculo de ferro” do pagamento de juros e amortização da dívida pública subordinada aos interesses do capital financeiro. Eis um dos limites do Neodesenvolvimentismo no Brasil.

Granemann (2012), Behring e Boschetti (2012) e Salvador (2012), evidenciam a atuação dos governos brasileiros na última década.

No Brasil, e em outros países da América Latina, mesmo os governos de tendência ‘centro-esquerda’ eleitos na última década, vêm realizando políticas macroeconômicas baseadas em tendências como destinação do fundo público para pagamento da dívida pública, manutenção de elevadas taxas de juros, carga tributária elevada e regressiva, redução ou não ampliação de recursos para as políticas sociais, contingenciamento de gastos sociais, congelamento de salários no setor público, prioridade para as metas de ‘superávit primário’ e controle da “inflação”, realização de reformas de

caráter neoliberal com redução de direitos da previdência social e privatizações, além de ausência de controle de capitais. (BOSCHETTI, 2012, p. 33)

No plano econômico, o país, além de fadado à “servidão financeira” desde as décadas de 1990, vê seu retorno à “vocação agrícola”. Pereira (2012) faz uma análise crítica a respeito da condi o do setor produtivo da frente neodesenvolvimentista no Brasil.

Nesse mister, o país, a par de servir, desde os anos 1990, de plataforma emergente de valoriza o financeira internacional, graças   ado o de políticas de ‘securitiza o da d vida externa, de internacionaliza o do mercado de títulos públicos e abertura dos fluxos internacionais de capital’ (Paulani, 2010, p. 133), tem voltado a explorar suas reservas minerais e vegetais; a praticar o agronegócio; a exportar commodities e a reciclar a sua dependência externa, que, agora, deixa de ser tecnológica, ‘t pica da acumula o industrial’, para ser financeira, ‘t pica do capitalismo rentista’ (Idem, p. 133-34). Ou seja, além de o país voltar a sua antiga condi o de produtor e exportador de bens primários, ou a sua voca o agrícola, ele se vê submetido ao que vem sendo denominado ‘servidão financeira’. (PEREIRA, 2012, p. 724).

A mesma autora analisa a conjuntura mundial e brasileira da política social e prevê um período sombrio. A autora elenca algumas tendências como: a) a *direitiza o da política social* – em seu ponto de vista, o Brasil vive sob o império de políticas sociais de (ultra) direita; b) a *monetariza o da política social*, uma vez que esta não mais visa concretizar direitos sociais, mas fortalecer o mérito individual; c) a *laboriza o precária da política social*, visto que a principal responsabilidade desta, principalmente da assistência,   a de ativar os demandantes da prote o social para o trabalho; d) a *descidadaniza o da política social*, porque a maior parte do trabalho oferecido pela  tica da autorresponsabiliza o dos pobres pelo seu próprio sustento e bem-estar   dissociada da cidadania (PEREIRA, 2012); a autora finaliza com uma característica predominante em diferentes períodos do desenvolvimentismo *  la brasileira*.

Por fim, uma recorrente e flagrante tendência que sustentou a utopia desenvolvimentista brasileira em seus diferentes períodos, inclusive no dos governos pós-ditadura militar, foi a que se operou (e continua operando)   margem da participa o social. Para Paulani (2010), nesse processo, sempre houve uma rela o estreita entre poder e dinheiro e, como tal, **uma marcante discricionariedade dos governos, que abusaram da decreta o de uma espécie de “estado de emergência econômica” para poderem agir em regime de exce o diante de problemas que, segundo eles, levariam o país ao precipício.** (PEREIRA, 2012, p. 749 – grifo meu).

O “estado de emergência econômica” pode ser facilmente identificado nos discurso dos porta-vozes do mercado financeiro, que propagam que a austeridade fiscal e monetária   a

única via para resolver os problemas do Brasil. Na contra mão do discurso do “estado de emergência econômica”, um grupo de 1.333 economistas brasileiros, dentre eles, Marcio Pochmann, Luiz Gonzaga Belluzzo, João Sicsú, Jorge Mattoso, dentre outros, assinaram ainda no ano de 2014, o Manifesto dos Economistas pelo Desenvolvimento e pela Inclusão Social (MEDIS). Neste manifesto, os economistas avaliam a austeridade nos países desenvolvidos agravou a recessão, o desemprego, a desigualdade e problema fiscal. No Brasil, por sua vez, “a apreciação cambial estimulada por juros reais altos aumenta o risco de recessão, ao acentuar a avalanche de importações que contribui para nosso baixo crescimento” (MEDIS, 2014, p. 1). A partir de uma análise político-econômica, os economistas se mostram preocupados com a possibilidade de recessão e a insuficiência de recursos públicos para as políticas sociais demandadas pela classe trabalhadora brasileira.

Subscrevemos que este tipo de austeridade é inócuo para retomar o crescimento e para combater a inflação em uma economia que sofre a ameaça de recessão prolongada e não a expectativa de sobreaquecimento. O reforço da austeridade fiscal e monetária deprimiria o consumo das famílias e os investimentos privados, levando a um círculo vicioso de desaceleração ou mesmo queda na arrecadação tributária, menor crescimento econômico e maior carga da dívida pública líquida na renda nacional. [...] Tampouco compreendemos o argumento que associa a inflação ao gasto público representado por desonerações que reduzem custos tributários e subsídios creditícios que reduzem custos financeiros. (MANIFESTO DOS ECONOMISTAS PELO DESENVOLVIMENTO E PELA INCLUSÃO SOCIAL, 2014).

1.2.2 Repercussões do Projeto Neoliberal na Amazônia – Carajás – Parauapebas

Na era da Globalização e da internacionalização dos mercados, as atividades nacionais relacionadas à dinâmica econômica da Ásia e dos países centrais são priorizadas pelos governos, já que o padrão de consumo destes países determinarão a demanda e o preço dos alimentos e matérias-primas em todo o mundo. A Amazônia – enquanto principal exportadora de *commodities*, como a borracha (final do século XIX) e, posteriormente, o minério, carne e grãos – não ficará de fora desta lógica¹⁷.

Para Mesquita (2102), o formato que a política econômica neoliberal e, conseqüentemente, a política setorial e regional assumiu nos anos 1990 foi favorável e adequada aos produtores de *commodities* agrícolas e minerais na região.

¹⁷ O aumento da demanda por *commodities* agrícolas e minerais que vigorou entre 1996 e 2006 fez da Amazônia a maior fornecedora de tais produtos, em particular de grãos, carnes e minérios.

A crise do Estado intervencionista do último quartel do século XX e a ascensão política e econômica do discurso neoliberal que daí emergiu alteram substancialmente a dinâmica econômica desta área, especialmente no que se refere à produção de elemento básico, devastação ambiental e *commodities*, decorrente da maior inserção no circuito do comércio internacional. (MESQUITA, 2012, p. 66).

O Estado intervencionista, do qual o autor se refere, foi o agente que nas décadas de 1960 e 1970 induziu a ocupação da Amazônia. De acordo com Rodrigues (1996), é a partir da década de 1960 que a Amazônia incorpora-se ao padrão de acumulação capitalista, pois:

Foi neste período que se fizeram sentir de modo mais concreto as consequências, na esfera regional, das políticas desenvolvimentistas implementadas na década de anterior. A abertura da chamada fronteira norte ou Amazônica ao capital monopolista teve significativo incremento durante o governo Juscelino Kubitschek. O plano de Metas, entre outros objetivos, propunha-se expressamente, a assegurar a ocupação territorial da Amazônia em sentido brasileiro. (RODRIGUES, 1996, p. 30).

A ocupação da Amazônia se torna prioridade máxima após o golpe de 1964 e as preocupações se voltam para a necessidade de superação do “atraso” da região. A primeira ação dos militares, voltada para a Amazônia, deu-se no ano de 1966, a chamada “Operação Amazônia”, que nada mais foi do que a criação de leis e instituições voltadas para intensificar a ação do Estado capitalista na região. A noção de que o desenvolvimento do capitalismo seria o meio único capaz de efetivamente implementar o processo de modernização na região foi um dos pontos principais das estratégias de desenvolvimento dos governos militares. Foi assim o período marcado pela utilização da política de incentivos fiscais pelo Estado nacional para atrair e favorecer a implantação de grandes capitais na Amazônia.

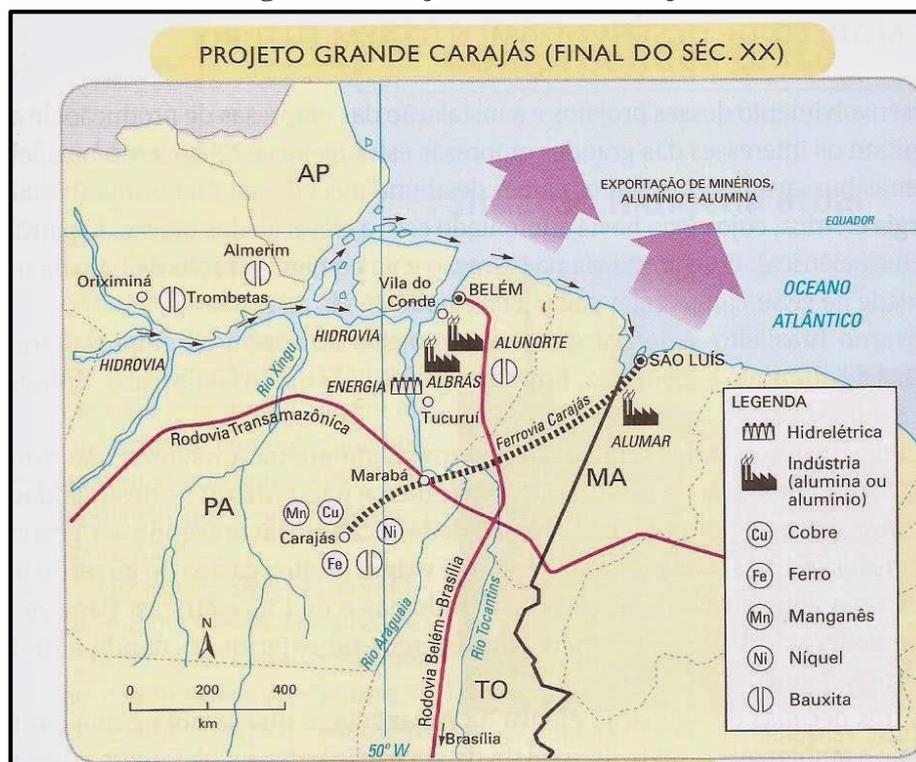
Mas, para Mesquita (2012, p. 65), “a Amazônia só se integrou comercial e produtivamente ao mercado nacional com a política regional dos anos 1970”. O autor elenca três grandes marcos que possibilitaram esta integração nacional:

[...] a construção da Rodovia Belém-Brasília, a criação da Zona Franca de Manaus e o enxame de projetos agropecuários induzidos pela política de Desenvolvimento Regional, além de outras iniciativas não menos importantes, como a infra estrutura do Grande Projeto Carajás, a construção da Transamazônica e as iniciativas de colonização privada (Rondonia e Mato Grosso) e pública (Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – INCRA) na Transamazônica, quase tudo executado pelo estado. (MESQUITA, 2012, p. 66).

Dar-se-á ênfase ao Projeto Ferro, da CRVD, implantado entre 1980 e 1985. O Projeto Ferro é um complexo que envolve mina-ferrovia-porto, que deu origem ao Programa Grande

Carajás (PGC), um programa de desenvolvimento para a Amazônia Oriental: “O PGC era um pacote creditício e de incentivos fiscais que incluía projetos voltados para o desenvolvimento da agricultura, silvicultura, pecuária, exploração mineral e industrialização na Amazônia Oriental” (RODRIGUES, 2011, p. 85).

Figura 4 - Projeto Grande Carajás



Fonte: Google Imagens

Essas intervenções governamentais indutoras do “desenvolvimento” se extinguíram juntamente com o estado autoritário e deram lugar a uma ação governamental mais “normalizadora e mediadora das relações dos diferentes atores da cadeia produtiva”.

Mesquita (2012) explica que a diferença é que a dinâmica do setor já não depende de agências governamentais e está vinculada à expansão do mercado, ela agora se baseia na dinâmica externa das commodities e no excedente acumulado anteriormente.

O Projeto Neoliberal brasileiro implicou em um novo estágio de “desenvolvimento” da Amazônia, pois a hipervalorização das relações de mercado e da integração de capitais basearam todas as decisões de investimento no setor. Logo, as empresas privadas internacionais se tornaram as protagonistas do crescimento econômico na região.

A chamada Amazônia Brasileira nas últimas décadas tem passado por profundas e significativas mudanças. O vazio demográfico deu lugar a outro

cenário, onde se encontram duas grandes metrópoles, mas de dezenas de médias e pequenas cidades em todos os estados (o perfil produtivo não se restringe mais ao mero extrativismo, embora ainda seja muito forte e predatório), uma série de setores e de atividades capitalistas (intensivas de capital e com certa complexidade tecnológica) e com nível de especialização complexo que altera substancialmente a relação capital e trabalho. Se o avanço econômico, expresso por altas taxas de crescimento econômico, recebe loas pelo desempenho crescente de décadas superiores a média regional, **esse avanço econômico, no entanto, não tem sido apropriado pela maioria da população. Ao contrário, ela foi/continua sendo excluída deste processo de desenvolvimento econômico. Na verdade esse sucesso econômico é sinônimo de crise social e ambiental, fenômeno desconsiderado tanto pelo planejamento (centralizado e autoritário) do período militar quanto na atualidade democrática das forças de mercado.** (MESQUITA, 2012, p. 74 – grifo meu).

Como exemplo de uma população excluída do processo de desenvolvimento econômico na Amazônia, em especial, da região de Carajás no Pará, tem-se os habitantes do município de Parauapebas, *locus* de pesquisa da presente dissertação.

Como será visto adiante, a intervenção governamental (nacional, estadual e municipal) nesta região, tanto na economia quanto nas áreas sociais, como saúde, assistência social, trabalho etc., é modesta, quase inexistente, o que refletirá diretamente na implementação das políticas de segurança e saúde do trabalhador. Mas seguindo a tendência apontada por Mesquista (2012), uma empresa privada transnacional será a principal indutora de “desenvolvimento” no município.

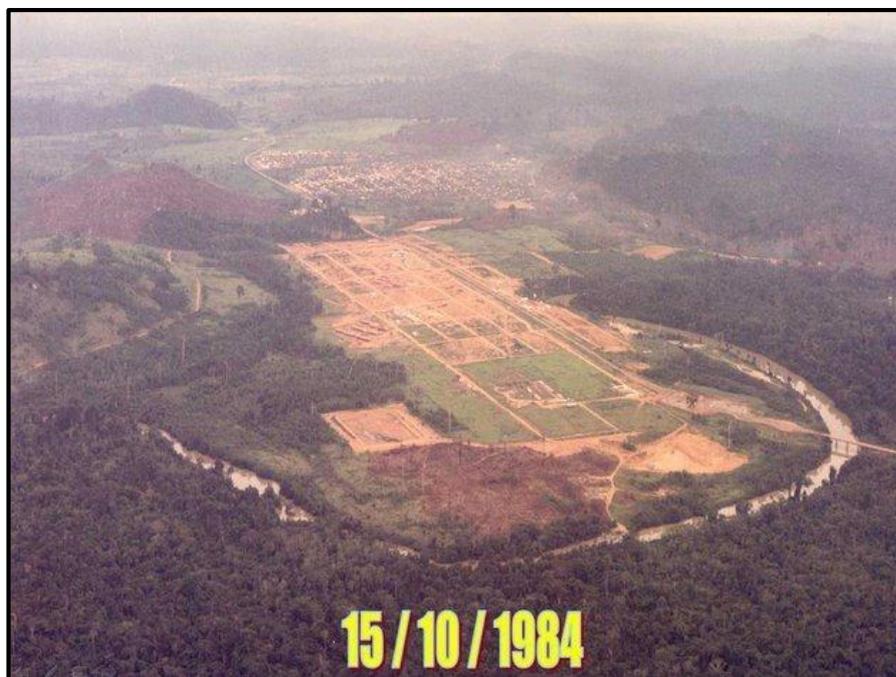
1.2.3 Município de Parauapebas-PA

No início da década de 1980, com a implantação do Projeto Ferro Carajás, a vila de Parauapebas pensada para receber até 5 mil habitantes, já recebia 20 mil: “Pela estrada de terra que ligava a localidade a Marabá, com 165 km de buracos e poeira, chegavam fazendeiros, madeireiros, garimpeiros e pessoas para trabalhar no projeto ferro Carajás.” (PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUAPEBAS – PMP).

Parauapebas constituía ainda na década de 1980, pequeno núcleo que gravitava no entorno do município de Marabá, tendo surgido como um povoado que se formou ao pé da Serra dos Carajás, no curso médio do rio Parauapebas, em função da descoberta de jazidas de minério de ferro, no final da década de 60. A região do vale do rio Parauapebas, antes praticamente desabitada, deu lugar à construção de um núcleo urbano para abrigar os trabalhadores das empreiteiras que dariam apoio ao Programa Grande Carajás (PGC) e suas famílias bem como às subsidiárias da CVRD, além de servir de ponto de apoio às pessoas que chegavam para ajudar na

instalação de outros empreendimentos. (TRINDADE; OLIVEIRA; BORGES, 2014, p. 606).

Figura 5 - “Pé” da Serra dos Carajás no ano de 1984



Fonte: Google imagens

Os milhares de trabalhadores atraídos e induzidos pela política dos governos militares povoaram a cidade de Parauapebas, mas não tiveram acesso a um espaço urbano com equipamentos coletivos adequados, como o Núcleo Urbano de Carajás criado pela CVRD para abrigar seus funcionários, obrigando os milhares de trabalhadores recém-chegados a ocupar áreas insalubres de forma desordenada, em um espaço sem atuação do poder público.

Segundo as informações da PMP, à luta pela emancipação política da vila se iniciou em 1985. Ainda neste ano ocorreu a inauguração da Estrada de Ferro Carajás e o trem começou a transportar pessoas de outros estados para a localidade.

Parauapebas conseguiu sua autonomia administrativa depois de quatro anos de movimentos favoráveis ao desligamento político de Marabá. A vila, por meio de plebiscito, tornou-se município a partir da Lei Estadual nº 5.443/88, de 10 de maio de 1988.

Segundo estatísticas do município, de 1981 a 2004, a população de Parauapebas cresceu mais de 10 vezes, chegando ao número de 110 mil habitantes. O número de eleitores cresceu 2,7 vezes entres os anos de 1989 e 2004, passando de 23.733 para 63.496 eleitores, uma média de crescimento anual de 6,8% (PMP, 2015).

Trindade, Oliveira e Borges (2014) analisam a explosão demográfica e expansão urbana de Parauapebas e evitam usar a tipologia criada por Becker (2005), para definir os modelos de urbanização identificados na Amazônia¹⁸. Pois, em suas análises, a tipologia “não dá conta das alterações geoeconômicas produzidas pelo Projeto Ferro Carajás, especialmente o formato que se estabeleceu em Parauapebas.” (TRINDADE; OLIVEIRA; BORGES, 2014, p. 605).

Para os autores citados acima, em Parauapebas ocorre o fenômeno denominado por Becker (2005) de Superurbanização, cuja principal característica é “a expansão periférica da estrutura urbana da cidade, algo visível em Parauapebas no processo de conformação de novos bairros muito rapidamente, expandindo o gradiente citadino e ocasionando, do mesmo modo, grande especulação com o solo urbano.” (TRINDADE; OLIVEIRA; BORGES, p. 607).

O fenômeno descrito pode ser observado na criação e expansão rápida dos bairros no município. Segundo dados da Vigilância em Saúde (VISA) da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), no ano de 2013, o município possuía 263. 843 habitantes, residentes em 44 bairros da zona urbana e 24 localidades na zona rural do município.

Tabela 2 - População residente segundo situação da unidade domiciliar em Parauapebas – abril de 2013

| CÓDIGO | BAIRRO | < 5 ANOS | > 60 ANOS | 6 A 59 ANOS | TOTAL DE HABITANTES |
|--------------------|------------------|--------------------|---------------------|--------------------|----------------------------|
| AREA URBANA | | | | | |
| 360 | BETANIA | 999 | 198 | 9.147 | 10.344 |
| 340 | CASAS POPULAR | 884 | 123 | 6.698 | 7.705 |
| 395 | CASAS POPULAR II | 644 | 77 | 5.047 | 5.768 |
| 376 | B. DA PAZ | 1.395 | 538 | 26.434 | 28.367 |
| 199 | BEIRA RIO II | 119 | 11 | 1.055 | 1.185 |
| 377 | BEIRA RIO | 85 | 13 | 1.248 | 1.346 |
| 379 | NOVO BRASIL | 307 | 81 | 3.795 | 4.183 |
| 374 | GUANABARA | 548 | 107 | 5.157 | 5.812 |
| 390 | CAETANOPOLIS | 549 | 67 | 5.280 | 5.824 |
| 389 | BELA VISTA | 427 | 38 | 3.479 | 3.479 |

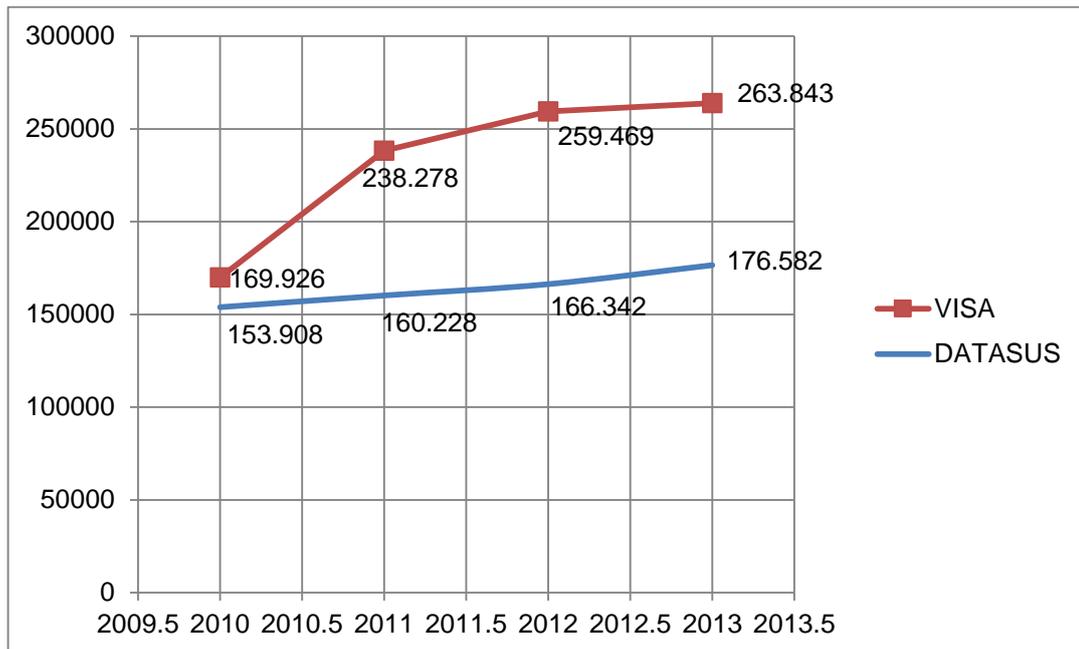
¹⁸ Becker (2005) identificou quatro tipos de urbanização na Amazônia: “i) a urbanização espontânea, presente principalmente no sudeste do Pará, no qual a ação estatal se fez no sentido de favorecer a apropriação privada do solo, sendo que centros sub-regionais dominam o território [...]; ii) urbanização provocada pela colonização planejada pelo Estado [...]; iii) urbanização de enclave, ou seja, as Company Town, resultantes de grandes projetos mineradores e também madeireiros; iv) o padrão tradicional de ocupação, as margens de rios e que constituem o chamado padrão dentrítico.”

| | | | | | |
|-----------------|-------------------------|---------------|--------------|----------------|----------------|
| 384 | N. HORIZONTE | 628 | 149 | 4.880 | 5.656 |
| 373 | ALTAMIRA | 490 | 77 | 3.843 | 4.410 |
| 387 | VILA RICA | 665 | 113 | 4.899 | 5.677 |
| 190 | LIBERDADE II | 738 | 109 | 4.759 | 5.606 |
| 375 | LIBERDADE | 1.586 | 360 | 14.790 | 16.736 |
| 382 | CHACARAS | 322 | 42 | 2.928 | 3.292 |
| 392 | UNIÃO | 734 | 258 | 7.251 | 8.243 |
| 393 | PRIMAVERA | 668 | 221 | 6.279 | 7.168 |
| 381 | CIDADE NOVA | 238 | 100 | 5.449 | 5.787 |
| 380 | RIO VERDE | 1.998 | 720 | 27.804 | 30.522 |
| 388 | NOVA VIDA I E II | 1.329 | 133 | 16.854 | 18.316 |
| 2 | NÚCLEO CARAJÁS | 75 | 15 | 4.849 | 4.939 |
| 384 | MARANHÃO | 268 | 42 | 2.258 | 2.568 |
| 386 | JARDIM AMERICA I E II | 463 | 51 | 2.643 | 3.157 |
| 394 | MORADA NOVA | 374 | 88 | 2.775 | 3.237 |
| 224 | JARDIM CANADA | 164 | 16 | 1.238 | 1.418 |
| 346 | VALE DOS CARAJÁS | 51 | 6 | 523 | 580 |
| 54 | PARQUES CARAJAS I E II | 153 | 70 | 3.700 | 3.923 |
| 123 | LOT. ESPLANADA | 16 | 2 | 2.070 | 2.088 |
| 193 | LOT. PARAISO | 19 | 2 | 1.309 | 1.330 |
| 258 | RESID. AMAZONIA | 240 | 39 | 3.448 | 3.727 |
| 260 | APOEMA | 90 | 4 | 8.273 | 8.367 |
| 261 | RESID. LINHA VERDE | 42 | 6 | 345 | 393 |
| 345 | CIDADE JARDIM | 1.668 | 284 | 13.838 | 15.790 |
| 262 | SÃO LUCAS I E II | 36 | 5 | 2.810 | 2.851 |
| 263 | ALTO BOA VISTA | 30 | 4 | 499 | 533 |
| 301 | PARQ. DAS NAÇÕES I E II | 39 | 8 | 998 | 1.045 |
| 53 | RESID. SÃO LUIS | 9 | 2 | 33 | 44 |
| 44 | PANORAMA | 11 | 3 | 100 | 114 |
| 369 | PALMARES I | 444 | 215 | 4.874 | 5.533 |
| 361 | PALMARES II | 341 | 143 | 3.920 | 4.404 |
| 351 | RESID. MARTINI | 7 | 3 | 92 | 102 |
| 400 | BAIRRO MINERIOS | 480 | 6 | 3.199 | 3.685 |
| 342 | CHAC. DO GILSON | 8 | 3 | 69 | 80 |
| SUBTOTAL | | 20.381 | 4.552 | 230.939 | 255.334 |

| ZONA RURAL | | ME 5A | MA 60A | 5 A 59 A | T. HAB |
|-------------------|--------------------|------------------|-------------------|-----------------|---------------|
| 18 | CEDERE I | 67 | 25 | 510 | 602 |
| 302 | GOIAS | 39 | 52 | 215 | 306 |
| 391 | P. FONTELES | 41 | 14 | 520 | 575 |
| 328 | GARIMPO DAS PEDRAS | 12 | 38 | 1200 | 1250 |
| 385 | VILA SANSÃO | 73 | 25 | 729 | 827 |

| | | | | | |
|--------------------|-----------------|---------------|--------------|----------------|----------------|
| 353 | RIO BRANCO | 39 | 49 | 486 | 574 |
| 396 | ONALÍCIO BARROS | 15 | 8 | 180 | 203 |
| 397 | VILA BRASIL | 19 | 16 | 257 | 292 |
| 398 | VILA LIBERDADE | 10 | 14 | 129 | 153 |
| | PA UNIAO | 10 | 7 | 85 | 102 |
| | APA | 16 | 13 | 65 | 94 |
| | PA CARIMÃ | 11 | 6 | 210 | 227 |
| | PA CONQUISTA | 10 | 9 | 219 | 238 |
| | PA LANA | 9 | 11 | 95 | 115 |
| | CACHOEIRA PRETA | 8 | 25 | 202 | 235 |
| | PA MANDIOCAL | 88 | 106 | 152 | 346 |
| | CASA BRANCA | 74 | 15 | 186 | 275 |
| | PA JARDIM | 15 | 8 | 136 | 159 |
| | PA LIMÃO | 23 | 27 | 341 | 391 |
| | PA 3 VOLTAS | 26 | 28 | 246 | 300 |
| | PA NOVOR BRASIL | 26 | 10 | 254 | 290 |
| | PA 400 | 19 | 4 | 59 | 82 |
| | TABOQUEIRA | 19 | 14 | 199 | 232 |
| | PA ITAPERUNA | 12 | 8 | 144 | 164 |
| SUBTOTAL | | | | | |
| | | 681 | 532 | 6819 | 8.032 |
| TOTAL GERAL | | | | | |
| | | 21.062 | 5.084 | 237.758 | 263.366 |

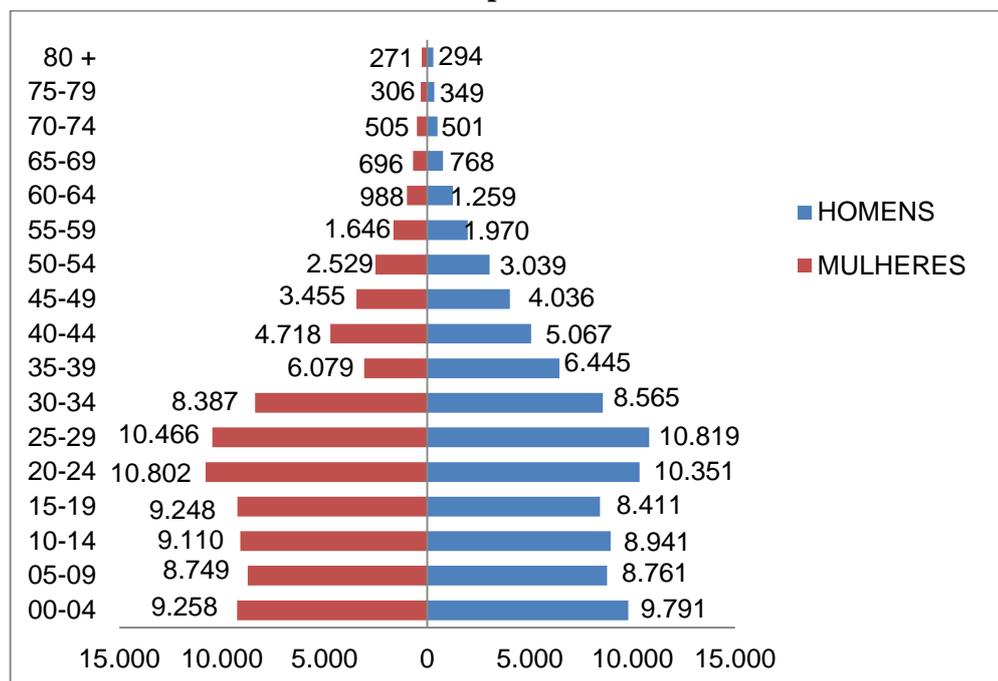
O crescimento populacional de Parauapebas é tamanho que as estatísticas oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Base de Dados do SUS (DATASUS) não conseguem acompanhar a evolução. Segundo Levantamento realizado pela VISA, no ano de 2013, o município já contava com uma população de 263.843 habitantes, dados que superam até as projeções do IBGE, como sinaliza o Gráfico 4 a seguir.

Gráfico 4 - Evolução populacional de Parauapebas no período de 2010 a 2013

Fonte: VISA – Secretaria Municipal de Saúde de Parauapebas

Em 2013, a Secretaria Municipal de Saúde estimou uma população masculina de 89.367 habitantes e uma população feminina de 87.213. A pirâmide etária também permite a visualização da População Economicamente Ativa (PEA), que compreende a faixa etária dos 10 anos aos 64 anos. Logo 86% dos homens e 77% das mulheres representavam a PEA do município de Parauapebas no ano de 2013.

Gráfico 5 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de faixa etária – Parauapebas 2013



Fonte: VISA – Secretaria Municipal de Saúde de Parauapebas

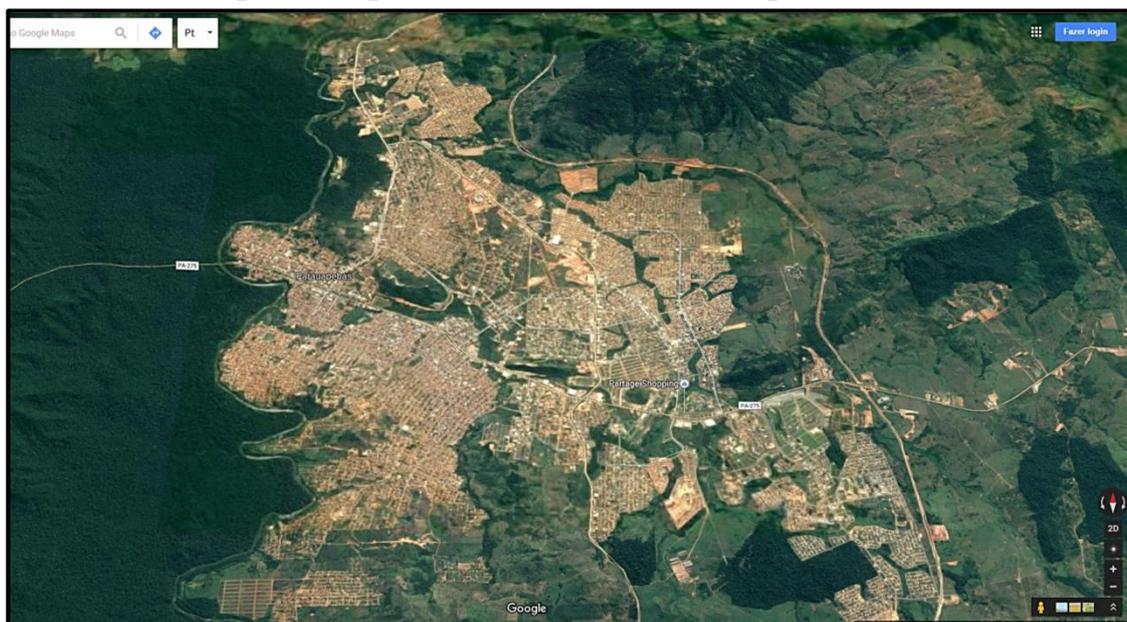
Ressalta-se, mais uma vez, que o crescimento populacional e o “desenvolvimento” do município de Parauapebas estão diretamente relacionados à exportação de matérias-primas, principalmente, o minério de ferro. A extração dos minerais é realizada desde a década de 1970 pela empresa Vale S/A¹⁹, que se tornou agente de desenvolvimento dominante na região de Carajás.

Para Mathis e Mathis (2012), esse modelo de desenvolvimento centrado nas atividades econômicas da transnacional Vale, apresenta inúmeras contradições:

[...] de um lado, manifesta-se a possibilidade de geração de emprego, trabalho e renda para a população que vive em torno das atividades de mineração e nas demais regiões do país; e, de outro lado, o processo produtivo da mineração em grande escala sempre vai se transformar e modificar a natureza e alterar as relações sociais na localidade. Entretanto, a forma como vêm sendo implementada as atividades de mineração da Vale na região, nos últimos anos, potencializa o aparecimento de vários problemas econômicos, sociais e ambientais. (MATHIS; MATHIS, 2012, p. 188-189).

¹⁹ Na década de 1970, a então empresa estatal Companhia Vale do Rio Doce (CVRD) iniciou a exploração das reservas minerais da região de Carajás. Sendo vendida ao capital privado no ano de 1997, no Programa de Desestatização do governo. Em 2007 muda o nome social de CVRD para VALE S/A.

Mapa 2 - Mapa atual da cidade de Parauapebas



Fonte: Google Maps (2016)

1.3 PROJETO NEOLIBERAL E OS REBATIMENTOS NAS POLÍTICAS SOCIAIS

Neste contexto de restrição orçamentária e insuficiência de recursos para as políticas sociais, Behring e Boschetti (2011), Boschetti (2009), Iamamoto (2008, 2012) avaliam que as políticas sociais universais perdem terreno para as políticas focalizadas, condicionais e estigmatizantes; as políticas sociais entram em processo de desmantelamento com pouco controle público e escasso financiamento e, amplia-se a assistência social focalizada na extrema pobreza e os programas de transferência de renda para os mais pobres. Diante do quadro, Iamamoto (2008) sugere uma hipótese para se pensar a raiz da “questão social” na atualidade.

A hipótese é que a na raiz da “questão social” na atualidade, encontram-se as políticas governamentais favorecedoras da esfera financeira e do grande capital produtivo – das instituições e mercados financeiros e empresas multinacionais, enquanto forças que capturam o estado, as empresas nacionais e o conjunto das classes e grupos sociais, que passam assumir os ônus das chamadas “exigências de mercado”. Existe uma estreita relação entre responsabilidade dos governos, nos campos monetário e financeiro, e a liberdade dada aos movimentos do capital transnacional para atuar, no país, sem regulamentação e controles, transferindo lucros e salários oriundos da produção para valorizarem na esfera financeira. Esse processo redimensiona a “questão social” na cena contemporânea, radicalizando as suas múltiplas manifestações. (IAMAMOTO, 2008, p. 21).

Os trabalhos de Vivian Ugá (2004) e Coutinho (2008) contribuem para a compreensão de algumas características político-econômicas e sociais desse período. Ugá (2004), por meio de análise de documentos e exposição de evidências, identifica o significado do conceito “pobreza” na formulação das propostas de políticas sociais do Banco Mundial para os “países em desenvolvimento”. Por seu turno, Coutinho (2008), à luz de duas importantes categorias do aparato teórico de Gramsci, fornece subsídios para uma avaliação da contemporaneidade com base no conceito de Reforma, que no texto, é utilizado, com criatividade científica, para a aplicação do conceito de contra reforma à época Neoliberal.

Os dois trabalhos se complementam, pois ambos trazem elementos da conjuntura que revelam com lucidez o movimento ideo-político de desconstrução de Cidadania Social: “A luta de classes, que certamente continua a existir não se trava mais em nome da conquista de novos direitos, mas da defesa daqueles já conquistados no passado.” (COUTINHO, 2008, p. 102).

Ugá (2004) recorre aos relatórios do Banco Mundial para demonstrar que existe embutido ali “um certo tipo de ordem social”, capaz de orientar o Estado para a retração de sua ação em detrimento da complementariedade aos mercados e, capaz de classificar os *capazes e incapazes* (“os pobres”) para o mundo do trabalho. Sendo o Estado, responsável por tornar, por meio das políticas sociais focalizadas, o pobre incapaz em indivíduo capacitado para o mundo do trabalho. A autora resgata os relatórios dos anos 1990 e de 2000-2001 do Banco Mundial referente às recomendações de “combate à pobreza”.

Analisando esses relatórios, Ugá (2004) observa que com objetivo de enfrentar os elevados custos sociais decorrentes das políticas de ajuste, o Banco Mundial recomenda estratégias que não ajudam a solucionar a causa do problema, como o alto nível de informalidade e o aumento do desemprego, mas recomenda estratégias para “combater a pobreza”. Diante desse diagnóstico a autora problematiza a definição de pobreza que as políticas sociais de inspiração neoliberal visam “combater”, uma vez que, pobreza para o Banco Mundial consiste na “incapacidade de atingir um padrão de vida mínimo”.

Por conseguinte, duas questões importantes são levantadas pela autora. A primeira refere-se à metodologia de classificação da pobreza, pois o que pode ser considerado um “padrão de vida mínimo”? Mas com base nos documentos, Ugá (2004) identifica que para o Banco Mundial, o “padrão de vida mínimo” é medido pela capacidade de consumo, “isto é, a despesa necessária para que se adquira um padrão mínimo de nutrição e outras necessidades básicas e, ainda, uma quantia que permita a participação da pessoa na vida cotidiana da

sociedade” (UGÁ, 2004, p. 59). Em termos práticos, a metodologia do Banco Mundial para classificar os “pobres” se dá através do cálculo da renda dos indivíduos comparada a um determinado valor, considerado mínimo, em determinado país.

A segunda questão refere-se ao termo “incapacidade” encontrado nos relatórios analisados, que para a autora relaciona com *oportunidades econômicas e prestação de serviços sociais*. E as estratégias recomendadas pelo Banco Mundial aos países “em desenvolvimento” se darão no sentido de oportunizar condições – principalmente, as relacionadas ao ingresso no mundo do trabalho – para desenvolvimento do “capital humano”, em que o “pobre” poderá se tornar em “não-pobre” e, em complementariedade, através da prestação de serviços sociais diminuir a pobreza.

Ao analisar os relatórios dos anos de 2000 e 2001, Ugá (2004) identifica que a concepção de “pobreza” sofre pequena alteração em relação ao relatório anterior de 1990. Pois a pobreza que antes era avaliada exclusivamente pelo critério monetário de “renda” no relatório de 2000 e 2001 aparece como um “fenômeno multifacetado, decorrente de múltiplas privações produzidas por processos econômicos, políticos e sociais que se relacionam entre si” (UGÁ, 2004, p. 59). E nessa nova abordagem surge em outros termos ideológicos como “vulnerabilidade do indivíduo” e “exposição ao risco”.

Ainda analisando o quadro das políticas sociais no contexto de restrição orçamentária, Granemann (2012) e Boschetti (2012) elucidam a perda dos direitos sociais conquistados historicamente pelos trabalhadores, mas para isso recorrem ao estudo das novas configuração do capital na contemporaneidade, especificamente do Estado Capitalista e seus desdobramentos na vida das classes trabalhadoras.

Granemann (2012, p. 43) se detém na análise crítica da natureza do Estado capitalista e resgata dois textos da obra marxiana para sustentar a crítica, em especial, o “Manifesto do Partido Comunista” de 1848. Para a autora, parece atual a caracterização do Estado produzida no Manifesto, em que o Estado aparece como “comitê executivo dos negócios da burguesia”, mas, em seguida, acrescenta que o “também os direitos dos trabalhadores (sejam sociais ou trabalhistas) podem figurar na partilha do fundo público”, com a ressalva de que dependerá do grau de organização da classe trabalhadora.

Depois de caracterizar o Estado capitalista, a autora passa, com base em Housson (2008), a caracterizar o atual estágio do modo de produção capitalista, como “capitalismo puro”, pois, para Housson, atingiu-se o estágio mais desenvolvido deste modo de produção. A partir dessas iniciais considerações, a autora se detém ao objetivo de “pensar como, em

tempos de crise do capital, a questão social tem sido enfrentada e as consequências daí resultantes para a conformação das políticas sociais” (GRANEMANN, 2012, p. 45).

Granemann (2012) parte da constatação de que as políticas sociais já não contam com as mesmas condições de desenvolvimento que tiveram no período iniciado no pós-segunda guerra mundial. A autora sustenta a tese de que a necessidade de criar resposta à nova crise do capital da década de 1970 determinou a mudança do papel e da função das políticas sociais.

[...] o próprio fundo público e o serviços sociais que respondiam a parte dos imperativos postos pela luta de classe trabalhadora são ativados como respostas para a retomada de crescimento do capital e como equações sempre momentâneas para o enfrentamento de mais uma de suas crises. (GRANEMANN, 2012, p. 46).

Com base nessa hipótese, a autora apresenta como novo, o processo de mercantilização, monetarização e financeirização das políticas sociais. Diante dos limites de crescimento do capital, como “o esgotamento das matérias-primas, pelo enorme contingente de pessoas impossibilitadas de participarem da fruição da riqueza produzida pela classe trabalhadora, por estarem submetidas a uma condição de miserabilidade plena” [...], “o capital não tem mais para onde expandir, e nesse contexto, avança sob o fundo público. E essa nova investida se dá maneiras sofisticadas através da privatização *clássica e não-clássica* dos serviços sociais e por meio da financeirização das políticas sociais, passam a ser acionadas também como recurso “transformando em crédito disponibilizado para as instituições bancário-financeiras” (GRANEMANN, 2012, p. 46).

Diante da constatação da transfiguração das políticas sociais em espaços privilegiados do capital, autora reforça que o Estado em tempos de “capitalismo puro” se apresenta como “comitê executivo dos assuntos da burguesia”, já que, as transformações vêm atendendo somente as necessidades primárias do capital.

Boschetti (2012) se propõe a problematizar as medidas socioeconômicas adotadas em contexto de crise do capital e suas implicações para as políticas sociais, ressaltando algumas tendências na América Latina, em especial, nos países que compõe o chamado Mercosul.

A autora se deterá a examinar o que Granemann (2012) também identificou como a questão da financeirização das políticas sociais. O estudo fornece dados que permitem visualizar a estratégia do aumento do consumo dos “pobres”, por meio das políticas sociais de transferência de renda e questiona o “modelo de desenvolvimento” econômico proposto pelos organismos internacionais.

Ao contextualizar a crise do capital, a autora recorre a Chesnais (1996) e Mészáros (2009). Do primeiro, é emprestado o termo “dívida ilegítima e odiosa”, que usado para elucidar as dívidas públicas acumuladas por diversos países, pois “a exigência para pagamento dos juros e reembolso dificultam as finanças públicas e conduzem os países a acumular uma dívida elevada que os submetem ao jugo do mercado” (BOSCHETTI, 2012, p. 35). Do segundo autor, extrai o entendimento de que a crise é originada da necessidade vital do capital de se valorizar. E constatada essa necessidade de valorização do capital torna-se importante alertar sobre a necessidade de lutar contra a usurpação do fundo público para salvar o capital, “uma vez que este é constituído majoritariamente por impostos indiretos que incidem sobre o trabalho e menos sobre a propriedade” (BOSCHETTI, 2012, p. 36).

Os dados da Comissão Econômica para América Latina (CEPAL) são utilizados pela autora para evidenciar o “crescimento” verificado na América Latina nos últimos anos, a partir da variação do PIB. Mas a autora ressalta que esses dados não podem ser analisados isolados, mas no conjunto do seu significado histórico e sua relação com a economia mundial.

Os dados estatísticos, sabemos, são insuficientes para retratar a real condição de vida daqueles que os estudos denominam de “pobres” e “indigentes”. Para além do que os dados podem indicar empiricamente sobre distribuição valorativa de rendimento, é fundamental considerar que a condição vivida de pobreza é muito mais que falta de rendimento. Ela revela, objetivamente, o não acesso da classe trabalhadora à riqueza socialmente produzida. Ela coloca a nu a face mais degradante da desigualdade no acesso aos bens e serviços sociais, e aos direitos absolutamente necessários como saúde, moradia, habitação, educação, trabalho, socialmente produzidos e individualmente apropriados [...]. (BOSCHETTI, 2012, p. 45).

Boschetti (2102) alimenta a tese de que a prioridade da política macroeconômica governamental é retirar recursos das políticas sociais para pagar os juros de uma “dívida ilegítima e odiosa”. E concluí que a tendência em extrair recursos das políticas sociais para pagamento da dívida externa segue imutável e implica na estagnação do sistema público de saúde, no difícil acesso à previdência social pública e, por consequência, na expansão da assistência social pública.

A estagnação do sistema público de saúde, sinalizada pela autora, poderá ser analisada na segunda parte do próximo capítulo, pois serão divulgados os resultados do exame das ações e intervenções, bem como da destinação dos recursos financeiros do fundo público para as políticas de segurança e saúde do trabalhador nos três níveis de execução, com ênfase no município de Parauapebas.

2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA (PNSTT) E POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO (PNSST): HISTÓRIA E SUA IMPLEMENTAÇÃO EM CARAJÁS-PARAUPEBAS-PA

A política pública de saúde do trabalhador está inserida, desde a década de 1980, no conjunto de políticas da Seguridade Social no Brasil, já a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, influenciada pelas Convenções da OIT, é inserida no arcabouço das políticas sociais brasileiras a partir dos anos 2000. Entende-se que para compreender os movimentos de constituição e execução destas políticas no Brasil torna-se necessário, em primeiro lugar, a compreensão do significado da política social. Sobre a questão, Behring (2000) adverte:

[...] o significado da política social não pode ser apanhado nem exclusivamente pela inserção objetiva no mundo do capital nem apenas pela luta de interesses dos sujeitos que se movem na definição de tal ou qual política, mas, historicamente, na relação desses processos na totalidade (BEHRING, 2000, p. 24).

Considerar a relação desses processos na totalidade implica conhecer a natureza do modo de produção capitalista e seus diferentes regimes de acumulação, a configuração do Estado, as peculiaridades dos estados nacionais, as diferentes formas que assumiu a classe-que-vive-do trabalho²⁰ etc. Mas, nesta dissertação, não foi possível aprofundar todos esses processos sociais devido à complexidade de cada um, mas através da contextualização histórica realizada no capítulo anterior, tentou-se elucidar a dinâmica econômica, política e social que determinará o formato das políticas de segurança e saúde do trabalhador no país.

Para Granemann (2013), a saúde da força de trabalho só passa a ser reconhecida como preocupação, quando, por ausência, compromete os interesses do empregador e do Estado capitalista.

No cotidiano da vida laboral da classe trabalhadora, saúde e aposentadoria somente constituem-se preocupações por ausência, em geral, de uma ou de ambas; dito de outro modo **é quando a força de trabalho apresenta alguma dificuldade – quase sempre determinada pelos processos de trabalho mesmo a que está submetida – para cumprir, do ponto de vista do capital, a sua jornada de trabalho de modo ótimo que suas saúde e idade são compreendidas como problemas pelo próprio trabalhador, por seu empregador e pelo Estado.** (GRANEMANN, 2013, p. 239 – grifo meu).

²⁰ Expressão usada por Antunes (2000, p. 101) para “dar contemporaneidade e amplitude ao ser social que trabalha”.

Desta maneira, com base em Behring (2000), compreende-se que os problemas de saúde e de aposentadoria citados por Granemann (2013) são atendidos pelas políticas públicas e sociais, sobretudo, as de segurança e saúde do trabalhador, como forma de atender, contraditoriamente, às necessidades do capital e do trabalho.

O Estado, por sua vez, cuja função é a manutenção das relações capitalistas de produção – como elucida Trindade (2006) –, assume as políticas sociais sob o risco de perder ou diminuir a legitimidade de seu poder.

Enquanto agente central para manutenção das relações capitalistas de produção, o Estado parcialmente encobre o conflito latente existente na relação capital-trabalho e, ao mesmo tempo, legitima a relação de exploração, via imposição das regras positivas do direito de propriedade burguês. De outro modo, a essência do Estado é a de ocultar a exploração e, principalmente, sufragar a legalidade e legitimidade dessa relação (TRINDADE, 2006, p. 12).

Na mesma linha, Rodrigues (2007), ao falar em Saúde fetichizada, trata-a como um conjunto das objetividades e das subjetividades que, direta ou indiretamente, contribuem para o amplo processo de produção e de reprodução social. No tocante às subjetividades, possuem significação político-ideológica, na qual, politicamente, pode-se “compreender as políticas de saúde como parte do processo de legitimação do poder do Estado, e, conseqüentemente, da manutenção do domínio de classe” (RODRIGUES, 2007, p. 68).

Importa salientar que historicamente a capacidade organizativa dos trabalhadores determinou a constituição de políticas sociais por parte do Estado, como no período do Welfare State, abordado no primeiro capítulo, e como iremos ver a seguir no processo de democratização do Brasil, onde os trabalhadores organizados em diferentes movimentos sociais pautaram a saúde como direito universal e, ainda, ampliaram o conceito de saúde como resultado de vários determinantes sociais, inclusive do trabalho.

Para Trindade (2006), o grau de organização dos trabalhadores incide diretamente na programação orçamentária dos governos.

Deve-se considerar ainda a capacidade organizativa e de luta dos trabalhadores fator importante na configuração da estrutura orçamentária geral dos gastos governamentais, podendo ser considerados dois elementos destes gastos que sofrem influência direta da luta de classes: i) **recursos destinados à satisfação de necessidades coletivas, tais como escolas, instituições sanitária e de saúde pública, etc.;** e ii) **os fundos de manutenção das pessoas não capacitadas para o trabalho, tais como previdência social e seguridade social.** (TRINDADE, 2006, p. 20 – grifo meu).

Os recursos destinados à satisfação de necessidades coletivas, em especial, com a saúde pública no Brasil, segue a tese de Trindade (2006) e mais, a medida da organização dos trabalhadores no Brasil, também se criaram leis, decretos, portarias, planos, redes etc. No entanto, a aplicação destas normas também dependerá da inflexão dos trabalhadores e de suas representações como será possível observar no resgate histórico da construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSST) e da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) a seguir.

2.1 PARA ENTENDER A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA (PNSTT)

Cronologicamente, a letra da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (2011) foi instituída um ano antes da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (2012), contudo, sabe-se que as intenções e ações em saúde do trabalhador constituem a Política Pública de Saúde no Brasil desde antes da inscrição na Constituição Federal de 1988. Nesse sentido, a ação pública em saúde do trabalhador será abordada primeiramente na política de saúde e, posteriormente, nas demais políticas, como a de segurança e saúde do trabalhador, que envolve além da saúde, a política de trabalho e renda e da previdência social.

Antes de elucidar a atual organização e operacionalização da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora, importa destacar algumas ações, que apesar de não serem executadas direta e exclusivamente pelo Estado brasileiro, podem ser consideradas como as primeiras ações voltadas para a saúde do trabalhador²¹. Como as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que eram organizadas por empresas, nas quais a participação estatal dava-se apenas por meio da normatização de seu funcionamento, feita através de Lei Federal, aprovada pelo Congresso Nacional: “Entre as prestações oferecidas aos assegurados das CAPs, constavam, além das de natureza previdenciária, assistência médica e o fornecimento de medicamentos” (FINKELMAN, 2002, p. 237).

As CAPs eram financiadas pela União (minimamente), pelas empresas empregadoras e pelos empregados, sendo paritária a representação na administração e, a nomeação do presidente feita pelo presidente da República (BRAVO, 2000).

Para Carvalho e Santos (2006), a origem das Caixas de Aposentadorias está ligada diretamente à orientação sobre cuidados com a saúde da Europa da Revolução Industrial. “Nasceram da orientação de que era necessário **proteger a força de trabalho do homem, para que a economia fluísse**” (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 33). No Brasil do início do século XX, esta necessidade do capital era real, pois se assistia à emergência do trabalho assalariado provocada pela economia exportadora cafeeira²².

Os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) posteriores as CAPs eram autarquias vinculadas ao Ministério do Trabalho e congregavam trabalhadores de um determinado setor de atividade, por exemplo, bancários, servidores públicos, comerciários etc. Nesses Institutos, o Governo Federal tinha sua representação, bem como os trabalhadores e os empresários. Apesar dessas comissões tripartites, os institutos não eram autônomos em relação ao Estado. Segundo Finkelman (2002), o primeiro Instituto criado em 1926 era destinado a funcionários públicos federais e o último a ser criado foi o dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (IAPFESP), em 1953.

A partir de 1930, já no Governo Vargas, a assistência à saúde dos trabalhadores passa a ser de responsabilidade do Estado, já que, o país atravessava o período de industrialização e, segundo a orientação internacional, era importante a intervenção estatal na saúde para **garantir a manutenção da força de trabalho**. Como exemplo da influência internacional, em 1942, enquanto a assistência médica se dava de forma segmentada e restrita aos contribuintes da previdência social, no âmbito da saúde pública surgia o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que mais tarde foi transformado em fundação do Ministério da Saúde.

Esse serviço, criado em função do acordo entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos, tinha por objetivo fundamental proporcionar apoio médico-sanitário às regiões de produção de materiais estratégicos que representavam na época, uma inestimável contribuição do Brasil ao esforço de guerra das democracias no desenrolar da II Guerra Mundial. Por isto, seu espaço geográfico inicial de atuação limitou-se à Amazônia (produção de borracha), ao Estado de Goiás e ao Vale do Rio Doce [...] (FINKELMAN, 2002, p. 203).

Para Bravo (2000), esse Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) contribuiu para a consolidação da Política Nacional de Saúde iniciada em 1930.

²² Sczip (2013), ao realizar o resgate histórico da República Velha no Brasil (1889-1930), escreve sobre a greve geral dos trabalhadores em 1917, que mesclava as participações sindicais com outras diretamente relacionadas às condições de vida no meio urbano. Portanto, reconhece-se que desde início do século XX, os trabalhadores se organizavam em prol de melhores condições de vida, inclusive de saúde.

Lacaz (2013) faz a relação entre o industrialismo desenvolvimentista nos anos 1950-1960 e as estratégias de organização dos serviços médicos nas empresas, uma vez que, ao realizarem os atendimentos clínico-individuais, assumiam a atribuição prescrita pela Saúde Ocupacional²³. Para este autor, “as relações de poder que conformam a abordagem da Saúde Ocupacional contribuem de forma diferenciadas para alienação e desinformação do trabalhador, **conferindo maior capacidade de controle do capital sobre o trabalho**”. (LACAZ, 2013, p. 221).

Ainda segundo Lacaz (2013), na década de 1970, o regime militar obrigou a criação dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, delegando às empresas a tutela da saúde dos trabalhadores. Para Laurell (1985), nesse contexto, os trabalhadores lutavam ainda pela regulamentação da jornada de trabalho e salário e, concomitantemente, defendiam sua saúde e integridade física, buscando a melhoria das condições de trabalho.

É consenso na literatura revisada que, antes da criação do SUS, o cuidado dos problemas de saúde do trabalhador era desenvolvido, disciplinarmente, pela Medicina do Trabalho, pela Engenharia de Segurança e Higiene Ocupacional, realizada por especialistas, em serviços próprios de empresas e em alguns sindicatos. No entanto, alguns estados e municípios já desenvolviam algumas ações em saúde do trabalhador na perspectiva da saúde pública e da saúde coletiva.

Analisando as intenções e ações em saúde do trabalhador, chama atenção o fato de a saúde do trabalhador se tornar responsabilidade do SUS a partir da Constituição Federal de 1988²⁴. Tendo a Lei nº 8.080 de 1990, apresentado a definição de Saúde do Trabalhador como:

Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. (LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990).

Ressalta-se que o conceito ampliado de saúde e, por conseguinte, de saúde do trabalhador, foi forjado pelo movimento pela democratização da saúde, que se consolidou no

²³ Para Mendes (1980), é da Medicina Previdenciária que emergem as bases para a Saúde Ocupacional pela OIT e pela OMS, quando adotam termos como prevenção, proteção, riscos, adaptação, visando a intervir na saúde dos trabalhadores.

Brasil durante a segunda metade da década de setenta e possibilitou a formulação de uma proposta, também compreendida como projeto ou processo: a Reforma Sanitária Brasileira.

Para Fleury (1997), o movimento foi iniciado ainda nos primeiros anos da ditadura e foi, ao mesmo tempo, um dos precursores da luta política pela redemocratização. Articulado ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), intelectuais, parlamentares, profissionais de saúde, sindicalistas e ao movimento popular, o movimento sanitário questionava o paradigma de saúde adotado na política de saúde pública até então. Diante desse modelo, propôs a adoção de um conceito ampliado de saúde para a constituição das novas políticas públicas.

Considera-se saúde e doença como um único processo que resulta da interação do homem consigo mesmo, com outros homens na sociedade e com elementos bióticos e abióticos do meio. Esta interação se desenvolve nos espaços sociais, psicológico e ecológico, e como processo tem dimensão histórica [...]. A saúde é entendida como o estado dinâmico de adaptação a mais perfeita possível às condições de vida em dada comunidade humana, num certo momento da escala histórica [...]. A doença é considerada, então, como manifestação de distúrbios de função e estrutura decorrentes da falência dos mecanismos de adaptação, que se traduz em respostas inadequadas aos estímulos e pressões aos quais os indivíduos e grupos humanos estão continuamente submetidos nos espaços social, psicológico e ecológico. (PAIM, 1997, p.13).

O projeto de Reforma Sanitária tinha uma base conceitual e uma produção teórico-crítica proveniente dos departamentos de medicina preventiva e social e das escolas de saúde pública, assim como contava com a mobilização da sociedade civil organizada em movimentos sociais e em partidos políticos que defendiam esse conceito ampliado de saúde. Do movimento da Saúde Coletiva, vieram os princípios e diretrizes relativos ao direito à Saúde, à cidadania, à universalização, à equidade, à democracia e à descentralização. Do mesmo modo, provém do movimento preventista e da saúde comunitária as propostas de um sistema único de saúde regionalizado e hierarquizado no que se refere ao acesso aos serviços de Saúde, com atendimento integral, assim como de participação da comunidade.

Nesse clima, em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde que contou com a participação de vários e importantes segmentos da sociedade, como os movimentos sociais, partidos políticos, sindicatos, associações de profissionais da área da saúde, intelectuais e políticos. O movimento sanitário tinha chegado ao ponto alto pela luta por um projeto que pretendia reformar, mas não no sentido de melhorar, mas no sentido de reconstruir as relações tanto a nível específico, de saúde, quanto a nível geral, da relação Estado-sociedade. As bandeiras de lutas dessa Conferência foram sistematizadas e transformadas em

propostas, que passaram a fazer parte, pouco tempo depois, do bojo de negociações entre grupos de interesses antagônicos. Finalmente, as propostas vitoriosas dessa correlação de forças foram introduzidas para discussão e apreciação na Assembleia Constituinte e após aprovação passaram a compor a Constituição Federal Brasileira de 1988.

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. **Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso de serviços de saúde.** É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (ANAIS DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987 – grifo meu).

Após 24 anos da criação do Sistema Único de Saúde, na Constituição Federal de 1988, o Ministério da Saúde aprova e publica o primeiro documento referente à política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora, configurando-se como política potencialmente importante para o avanço da área em todo o país. Contudo, não se pode ignorar as inúmeras ações realizadas no período histórico que compreende o contexto da CF 1988 e a institucionalização da PNSTT de 2012,

Segundo levantamento histórico realizado pela Secretaria de Vigilância do Ministério da Saúde (2008), no campo da saúde do trabalhador, o Estado de São Paulo teve papel de destaque, tendo em vista que no início da década de 1980, um movimento instituído pelos trabalhadores atuou na criação de serviços públicos de Saúde do Trabalhador em vários municípios do estado. Isto também ocorreu em outros estados brasileiros, a exemplo da concepção e implantação do Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana/Fiocruz, Cesteh/Fiocruz, que inovava com a ideia de articulação com o meio ambiente.

Cabe ainda destacar a criação do Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (INST), com base em uma cooperação técnica com a Centrale Generale dei Lavoratori (CGL) e a Central Única dos Trabalhadores (CUT). E também a criação, em 1980, do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho, (Diesat), a partir de 48 entidades sindicais e seis federações de trabalhadores. Desde então, estes dois órgãos se tornaram importantes articuladores da luta pela Saúde do Trabalhador.

Além dessas ações, destaca-se a realização da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador no ano de 1986, pois a organização dos trabalhadores nesta década impulsionou a

correlações de forças que disputou historicamente a construção da atual política pública de saúde do trabalhador.

Já no início nos anos 80, surgiram alguns serviços de atenção à saúde do trabalhador, como os Programas de Saúde do Trabalhador, PST, e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, CRST, em vários municípios e estados do país, em universidades e sindicatos. Estes serviços realizavam ações de assistência, de vigilância e de formação/capacitação de pessoal. **Em dezembro de 1986, realizou-se a 1ª Conferência Nacional em Saúde do Trabalhador, da qual participaram representações de 20 estados, e que redundou em ampla adesão ao projeto de construção do SUS por parte dos sindicatos. Apoiaram-se o princípio da saúde como direito e, a partir de um diagnóstico da situação de saúde, a elaboração de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador que apresentasse alternativas ao modo de atenção existente.** (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008 – grifo meu).

Na sequência, em 1994, realizou-se a 2ª Conferência Nacional em Saúde do Trabalhador, esta conseguiu abranger quase todos os estados e foi coordenada pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho, com a participação da Central Única dos Trabalhadores (CUT). Nesta década, foram criadas portarias que visavam contribuir na organização da Vigilância em saúde do trabalhador, dentre elas, a portaria do Ministério da Saúde nº. 1.339/99, que instituiu uma lista de doenças relacionadas ao trabalho que poderia contribuir para definição do perfil nosológico da população trabalhadora e para o estabelecimento de políticas públicas no campo da saúde do trabalhador.

Mais tarde, no ano de 2008, com objetivo de sistematizar as ações em saúde do trabalhador, foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), que se ampliou em 2009. A Rede foi pensada para dar continuidade ao conjunto de ações em saúde do trabalhador iniciadas ao longo dos anos 1980. A RENAST deveria ser articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

O Ministério da Saúde instituiu que as ações em saúde do trabalhador deveriam ser desenvolvidas, de forma descentralizada e hierarquizada, em todos os níveis de atenção do SUS, incluindo as ações de promoção, as preventivas, curativas e de reabilitação. A Secretaria de Vigilância em Saúde seria a responsável pela gestão federal da RENAST.

A portaria nº. 2.728 de 2009 instituiu também a forma de implementação desta Rede, que se estrutura, principalmente, através da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Art. 7º O 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.

§ 1º Poderão ser implantados CERESTs, de abrangência estadual, regional e municipal.

§ 2º A implantação de CERESTs de abrangência municipal está condicionada a uma população superior a 500 mil habitantes.

§ 3º Os CERESTs habilitados de abrangência regional somente poderão alterar sua área de abrangência mediante prévia aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (BRASIL, 2009).

Percebe-se que somente a partir dos anos 2000 se iniciam as discussões para a construção de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador, em 2001, por exemplo, o primeiro documento foi elaborado por um grupo de trabalho do Ministério da Saúde e apresentado na Câmara de Deputados em Brasília, mas, por não haver definição sobre o seu financiamento, a proposta foi arquivada (BAHIA, 2014).

De 2008 a 2012, vários atores se debruçaram em estudos e discussões sobre a política, dentre eles, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia, Departamento de Medicina Preventiva e Social, da Universidade Federal de Minas Gerais, Ministério da Saúde e seus grupos de trabalho etc. Nesse período, as propostas da Política passaram por apreciação de diferentes instâncias, como Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador do Conselho Nacional de Saúde, encontros da RENAST, Colegiado de Gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Sendo aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e publicada em agosto de 2012.

Art. 2º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observadas pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na Vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbidade decorrentes dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. (BRASIL, 2012).

Essa Política compartilha os princípios do SUS de Universalidade, Integralidade, Participação da Comunidade e Controle Social, Descentralização, Hierarquização, Equidade, e acrescenta o princípio da Precaução.

Dentre os sete objetivos da PNSTT, chama-se atenção para o quinto, que se instituído nos atendimentos dos serviços do SUS, ampliaria a possibilidade da efetividade desta política. Trata-se da “incorporação da categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde” (BRASIL, 2012).

Ora, desde a Constituição de 1988, o trabalho é reconhecido como determinante social da saúde, desde a década de 1990, as portarias do Ministério da Saúde já enfatizavam a vigilância em saúde do trabalhador, desde 2008, a RENAST já previa ações em saúde do trabalhador em todos os níveis de gestão, também previa as ações de promoção, prevenção, curativas e de reabilitação e também dava ênfase a Vigilância.

Logo, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) resgata e reproduz os mesmos princípios, objetivos e estratégias que, em tese, já estavam sendo cumpridos pelo Sistema Único de Saúde.

2.2 PARA ENTENDER A POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO (PNSST)

Inicia-se a apresentação desta Política demarcando que a PNSST do Brasil segue orientações da Convenção n.º 155, de 1981, da Organização Internacional do Trabalho e, ainda do “Plano de Ação Mundial sobre a Saúde dos Trabalhadores”, no que se reforça a necessidade de seus Membros formularem uma política de saúde do trabalhador, que considere o disposto nas convenções da OIT e que estabeleça mecanismos de coordenação intersetorial das atividades na área.

A Convenção n.º 155 da Organização Internacional do Trabalho – OIT, que dispõe sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores e o Meio Ambiente de Trabalho, de 22 de junho de 1981, aprovada pelo Congresso Nacional em 18 de maio de 1992 e incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro através do Decreto n.º 1.254, de 29 de setembro de 1994, **estabelece o dever de cada Estado-Membro de, em consulta com as organizações mais representativas de empregadores e trabalhadores, formular, implementar e rever periodicamente uma política nacional de segurança e saúde no trabalho, com o objetivo de prevenir acidentes e doenças relacionados ao trabalho por meio da redução dos riscos à saúde existentes nos ambientes de trabalho.** (PLANSAT, 2012, p. 09 – grifo meu).

Obedecendo ainda os princípios e diretrizes da OIT, o governo brasileiro instituiu a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho (CTSST) no ano de 2008. Esta comissão foi constituída da seguinte maneira:

Quadro 1 - Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho

| Governo | Trabalhadores | Empregadores |
|--|---|---|
| 2 (dois) representantes do Ministério da Previdência Social | Central Única dos Trabalhadores | Confederação Nacional do Comércio |
| 2 (dois) representantes do Ministério do Trabalho e Emprego | Força Sindical | Confederação Nacional da Indústria |
| | Central-Geral dos Trabalhadores do Brasil | Confederação Nacional da Agricultura e Pecuária do Brasil |
| 2 (dois) do Ministério da Saúde | União Geral dos Trabalhadores | Confederação Nacional do Transporte |
| | Nova Central Sindical dos Trabalhadores | Confederação Nacional das Instituições Financeiras |

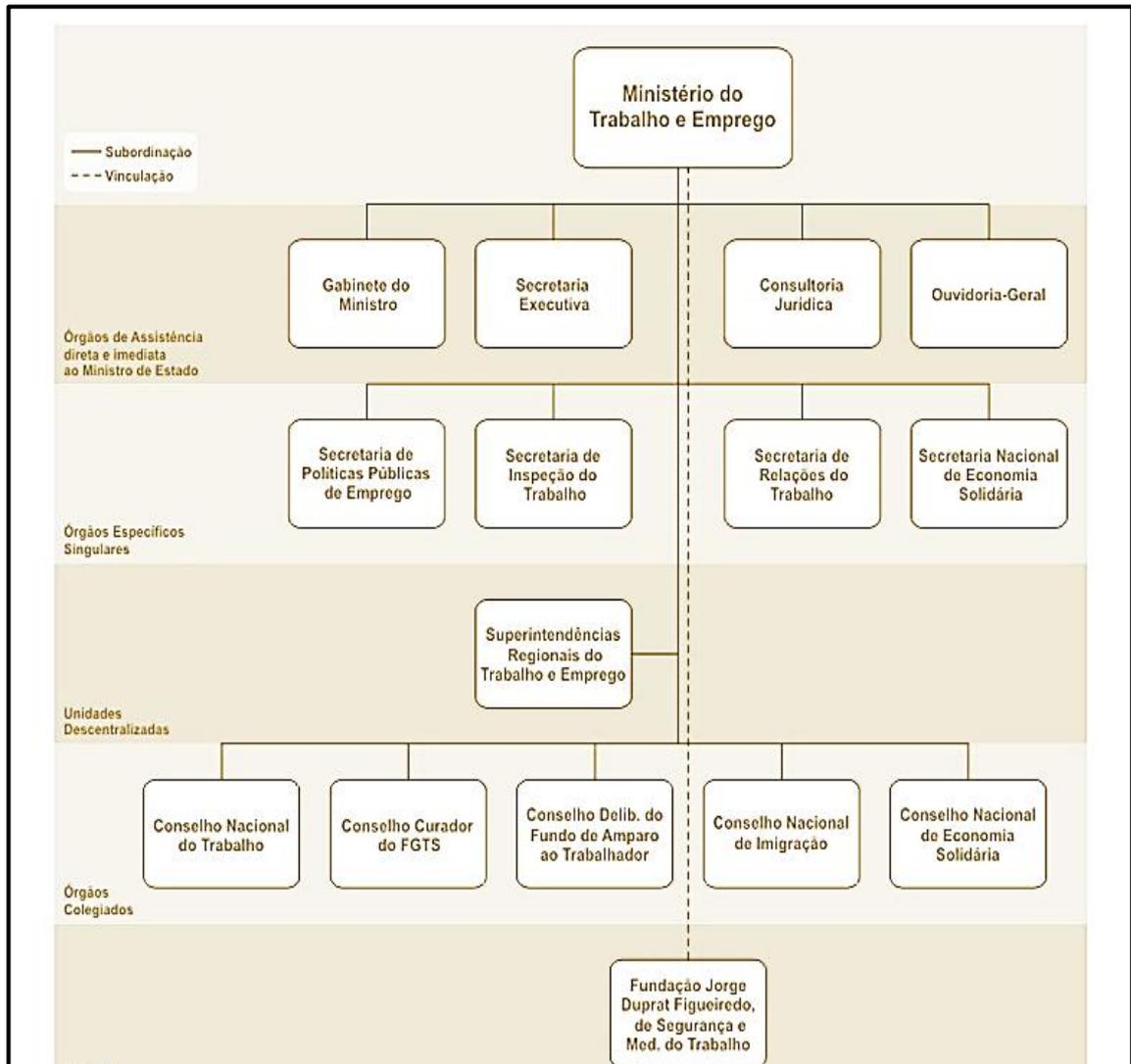
Fonte: Elaboração Própria

A CTSST revisou a proposta da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), elaborada pelo Grupo de Trabalho instituído no ano de 2004 e em sua 9ª reunião, a Comissão aprovou o texto básico da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, que foi submetido à apreciação dos Ministros do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e da Saúde e, posteriormente, a Presidência da República. Este processo culminou com a publicação do Decreto n.º 7.602 de 7 de novembro de 2011.

A implementação e execução desta política ficou a cargo dos Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social ²⁵, sendo as responsabilidades de cada Ministério descritas no Decreto. Entre as principais funções do MTE, estão à fiscalização dos ambientes de trabalho e elaboração e revisão – de forma tripartite – as Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho. Ainda a Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), ficou responsável pela elaboração de estudos e pesquisas pertinentes aos problemas que afetam a segurança e saúde do trabalhador.

²⁵ Os Ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência Social foram reunidos em um único Ministério do Trabalho e Previdência Social, pela medida provisória nº 696, de 2 de outubro de 2015.

Figura 6 - Organograma do Ministério do Trabalho e Emprego



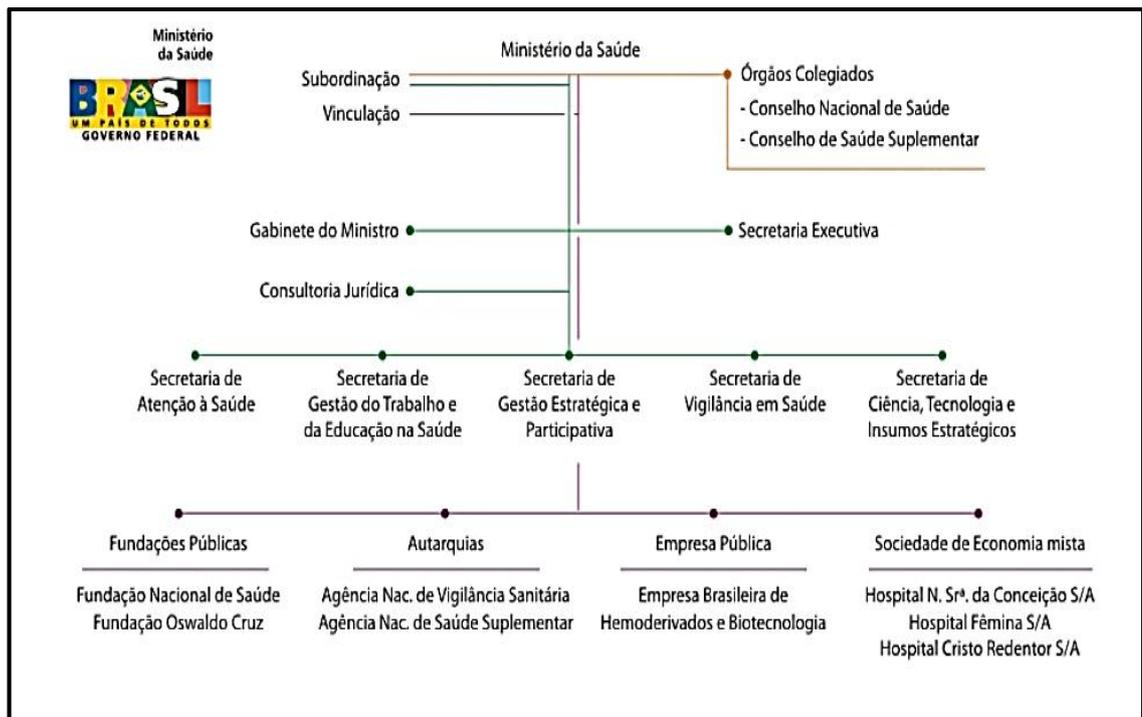
Fonte: site do MTE (2015)

As Superintendências Regionais do Trabalho e Emprego são Unidades Descentralizadas (como mostra a Figura), que por sua vez contam com Gerências Regionais do Trabalho, que funcionam em diferentes regiões dos estados. Os auditores fiscais do trabalho são responsáveis pela fiscalização do cumprimento das legislações trabalhistas. A FUNDACENTRO é uma entidade vinculada ao MTE, mas não subordinada.

A Previdência Social cabe, entre outras funções, subsidiar a formulação e a proposição de diretrizes e normas relativas à interseção entre as ações de segurança e saúde no trabalho e as ações de fiscalização e reconhecimento dos benefícios previdenciários decorrentes dos riscos ambientais do trabalho. E através do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), realizar ações de reabilitação profissional e avaliar a incapacidade laborativa para fins de concessão de benefícios previdenciários.

Ao Ministério da Saúde couberam as ações que o SUS previa desde a década de 1990, atenção integral à saúde dos trabalhadores, envolvendo a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, o fortalecimento da vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho, a assistência integral à saúde dos trabalhadores, reabilitação física e psicossocial. O MS possui uma Secretaria de Vigilância em Saúde, responsável pela VISAT.

Figura 7 - Organograma do Ministério da Saúde



Fonte: Site do Ministério da Saúde (2016).

A PPNSST se materializa no Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PLANSAT), que possui oito objetivos e respectivas estratégias, sempre trabalhando de forma intersetorial e responsabilizando os três Ministérios.

Quadro 2 - Objetivos do Plano Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST)

1º Inclusão de Todos os Trabalhadores Brasileiros no Sistema Nacional de Promoção e Proteção da Segurança e Saúde no Trabalho – SST

2º Harmonização da Legislação Trabalhista, Sanitária, Previdenciária e outras que se relacionem com SST

3º Integração das ações governamentais de SST

4º Adoção de Medidas Especiais para Atividades Laborais submetidas a alto Risco de

| | |
|----|--|
| | Doenças e Acidentes de Trabalho |
| 5º | Estruturação de Uma Rede Integrada de Informações Em SST |
| 6º | Implementação de Sistemas de Gestão de SST nos Setores Público e Privado |
| 7º | Capacitação e Educação Continuada em SST |
| 8º | Criação de uma Agenda Integrada de Estudos e Pesquisas em SST |

Fonte: Elaboração Própria

Analisando o processo de constituição das duas Políticas, PNSTT e PNSST, desde as primeiras ações em saúde do trabalhador, percebe-se que esta avança em pelo menos dois momentos no Brasil. No período do movimento de democratização e Reforma Sanitária, que garantiu a saúde como direito e dever do Estado e, no início dos anos 2000, com a instituição das Políticas Nacionais.

A forma como a Saúde do Trabalhador foi concebida neste primeiro momento foi decisiva para a construção de uma Política Pública de Saúde do Trabalhador.

O entendimento de que saúde dos trabalhadores extrapola os limites da saúde ocupacional possibilita conceitua-la como resultante de um conjunto de fatores de ordem política, social e econômica. Em síntese, saúde dos trabalhadores significa: **Condições dignas de vida; pleno emprego; trabalho estável e bem remunerado; oportunidade de lazer; organização livre, autônoma e representativa de classe; informação sobre todos os dados que digam respeito aos direitos.** (ANAIS DA I CNST, 1986 – grifo meu).

No entanto, do diagnóstico realizado pelos trabalhadores na I CNST em 1986 à realidade do século XXI, não se identifica mudanças substanciais.

As contradições de nossa sociedade expressam-se atualmente na coexistência de um alto nível de desenvolvimento econômico e baixo nível de vida, com alta incidência de doenças infecciosas e crônicas. **Quanto aos dados relativos à doença ocupacional e acidentes de trabalho, apesar dos altos índices, eles estão subestimados principalmente pela falta de diagnósticos e omissão na notificação. Esse quadro de saúde é agravado pela extensa jornada de trabalho, pela falta de estabilidade no emprego, pela inexistência de liberdade e autonomia sindicais, pela inexistência do cumprimento dos mais elementares direitos dos trabalhadores, pelos baixos salários, pela dupla jornada de trabalho da mulher e pela discriminação do trabalho feminino.** (ANAIS DA I CNST, 1986, p. 7 – grifo meu).

O período histórico que separa o diagnóstico realizado pelos trabalhadores em 1986 e os anos 2000 pode esclarecer a ausência de mudanças substanciais na realidade da saúde dos trabalhadores no Brasil.

Como visto no capítulo anterior, a década de 1990, ao contrário do que o movimento sindical e social esperava, foi marcada pelas medidas da Reestruturação produtiva do Capital e pelo Neoliberalismo, que afetou os trabalhadores em pelo menos três níveis: I) nas transformações no mundo do trabalho; II) na organização dos trabalhadores; e III) nas políticas sociais voltadas para seguridade social.

A política de saúde, incluindo a saúde do trabalhador, enquanto política de seguridade social teve sua base afetada pela desregulamentação do Estado.

[...] Nesse contexto, é exigida a desregulamentação do Estado e a volta do mercado como regulador da economia e da sociedade. Esse giro Neoliberal está implicado o corte de gastos sociais, o desmonte das políticas públicas, o incentivo à mercantilização e à privatização da Saúde, e a “desuniversalização” das políticas com focalização dos recursos nas populações mais pobres. (CORREIA, 2005, p. 66).

Nesse momento, havia claramente dois projetos para saúde pública, o garantido pela Constituição Federal de 1988 e outro orientado para o mercado, ajustado ao Neoliberalismo. O impasse foi negativamente resolvido, dentro da correlação de forças, permitiram-se os ajustes na política de saúde conquistada depois de duas décadas de reivindicações.

Algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contra reforma propunha separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico. (BRAVO, 2000, p. 14).

A institucionalização das Políticas de Saúde (PNSTT) e de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), nos anos 2000, pode ser considerada como avanço significativo na proteção da força de trabalho no Brasil, uma vez que possuem princípios, objetivos e estratégias bem definidas e contam com formulação tripartite e execução intersetorial.

Entretanto, na análise da PNSTT e da PNSST, identificam-se dificuldades na implementação e operacionalização de tais políticas na realidade efetiva do município de Parauapebas, particularmente, no que concerne ao cumprimento da lei trabalhista, a fiscalização do MTE, a intersetorialidade entre as Políticas de Saúde e Previdência Social, aos recursos financeiros destinados ao CEREST Regional e no comprometimento do poder público municipal.

2.3 SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR: ENTRE A PROTEÇÃO E O CONTROLE/EXPLORAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO

Como visto nos itens anteriores, o Brasil possui uma robusta legislação sobre proteção a saúde do trabalhador, seja pelas Convenções da OIT ratificadas pelo país, seja pela Constituição Federal de 1988, Lei 8.080/90, Normas Operacionais Básicas (NOB), Portarias e Decretos, ou no âmbito da segurança e saúde no trabalho através da CLT e Normas Regulamentadoras. Mas na avaliação dos sujeitos da pesquisa que operam diretamente com esse marco legal, existe uma dificuldade de operacionalização na prática efetiva.

Sabe-se que a OIT estabelece normatizações internacionais. Esta Organização reúne os 185 países em Genebra, na Suíça, e deliberam sobre diversos assuntos, entre eles saúde e segurança do trabalhador. Logo, as normatizações depois de discutidas e ratificadas pelos países deverão se transformar em lei. No entanto, para o representante da OIT, entrevistado na pesquisa²⁶:

Quando um país ratifica, aprova uma convenção da OIT isto vira lei. O Brasil é um país que tem uma legislação de segurança do trabalho muito aprimorada, é uma legislação forte. **O problema é o cumprimento dela.** (Representante da OIT, 2015 - grifo meu).

Além de não cumpri-la na região de Carajás, as empresas, com o consentimento do Estado, violam os direitos dos trabalhadores. Indagado sobre as principais violações trabalhistas na região de Carajás, o Juiz do trabalho que atualmente trabalha no Tribunal Regional do Trabalho – TRT de Marabá, mas que também atuou três anos no TRT de Parauapebas, responde:

Olha, a primeira delas desrespeito a disposição do tempo. O tempo do trabalhador, tempo de vida e o tempo de vida pessoal, fruição pessoal é o tempo de vida dedicado ao trabalho. O trabalho tem que ser algo que se complementa a vida pessoal. Você trabalha pra viver e não vive para trabalhar essa é uma violação básica. **A forma como se organizou o trabalho na região viola frontalmente a Constituição Federal.** Imprimiu a proporção do ritmo alucinante. Carajás não para a noite, final de semana, dia de santo, dia de natal, final de ano. Você pode andar por lá e Carajás está funcionando, as pessoas trabalhando. E pra esse ritmo a constituição abriu uma exceção: Tudo bem, você quer trabalhar nesse ritmo? Ok! **mas a jornada tem que ser de 6 horas, porque ninguém aguenta trabalhar nesse ritmo durante muito tempo. Essa jornada nunca foi respeitada, isso é um problema básico. Consequência disso, doenças! Os**

²⁶ Entrevista com roteiro semiestruturado gravada em áudio nas dependências da Câmara de Vereadores do município de Marabá, durante evento I Audiência Pública para Construção da Política e Plano para ações de Erradicação ao Trabalho Escravo, realizada no dia 26 de novembro de 2015.

funcionários mais antigos estão todos doentes.” (Juiz do Trabalho – 8ª Região)²⁷.

A título de ilustração, diferente do que é legislado, os trabalhadores vinculados à transnacional Vale S/A, da área da mineração, confirmam a tese do Juiz Federal do Trabalho, e relatam que excedem em muito a carga horária de 8 horas, que aliada ao trabalho em regime de turnos deteriora a saúde do trabalhador.

Eu denunciei num jornalzinho nosso em 2014 que a Vale tava criando uma fábrica de doentes, porque o trabalhador que trabalha, 12, 14, 15 horas todos os dias e às vezes, pior ainda, tem o chamado turnão, que que é esse turnão? Tem uma manutenção numa determinada linha e ela precisa entregar aquela linha de manutenção em tantos dias, vim de um turno de 12 horas, eu pego lá 6h da manhã e entrego às 18h pra outra equipe, se eu pego lá 6h da manhã, eu saí de casa 4h da manhã, retorno, eu saio de lá 18h30 no máximo lá, eu chego em casa 20 horas, eu chego tomo um banho, janto e durmo, porque 4h da manhã eu tenho que tá em pé de novo, isso, cinco, dez, doze dias seguidos sem parar. **Quando tem o chamado turnão, manutenção específica pra determinado tipo de equipamento ou linha, você fica dez, doze dias com um turno de doze horas e isso é um crime.** (Trabalhador da Vale 2)²⁸.

O homem que troca turno, por exemplo, tem vários tipos de trabalho né? Tem uns trabalhos que são penoso, e trabalho na mineração quase tudo é penoso, e trabalho que se troca turno, mesmo que não seja na mineração, seja num hospital cuidando de doente, estressado ganhando um salário miserável, dando aula numa escola com um monte de criança aí de forma precária, ganhando pouco ou com instalações que não são climatizadas, isso é um trabalho penoso. **Então um trabalho desses, a pessoa com 20 anos tinha que tá aposentada, porque a pessoa que troca turno dentro de uma mina dessas daí, com 15 anos ele não presta pra nada mais não. Eu trabalhei 20 anos trocando turno, eu tenho sequela até hoje, eu pra dormir é um maior trabalho, tenho que tomar remédio pra dormir e assim é a maioria dos trabalhadores.** (Trabalhador da Vale 3)²⁹.

Ressalta-se que o advento do trabalho noturno e organizado por turnos é herança da Revolução Industrial. Engels (2013), ao analisar a situação da classe trabalhadora na Inglaterra, revela que as jornadas longas de trabalho buscavam obter o máximo de retorno possível sobre o capital investido.

Em algumas fabricas, havia dois grupos de operários para operá-las continuamente: um grupo trabalhava doze horas ao dia e outro doze horas

²⁷ Entrevista realizada como Juiz do Trabalho, nas dependências da Câmara de Vereadores do município de Marabá, durante evento I Audiência Pública para Construção da Política e Plano para ações de Erradicação ao Trabalho Escravo, realizada no dia 26 de novembro de 2015.

²⁸ Entrevista realizada no dia 07 de novembro de 2015 em um espaço institucional da Prefeitura de Parauapebas.

²⁹ Entrevista realizada no dia 06 de novembro de 2015, nas dependências do Sindicato Metabase.

à noite. Não é difícil imaginar as consequências dessa supressão de repouso noturno. Que nenhum sono diurno pode substituir, sobre o estado físico das crianças, e mesmo dos jovens e dos adultos – **dela resultou, inevitavelmente, uma supraexcitação nervosa e um esgotamento do corpo, que se acresceram ao enfraquecimento físico preexistente.** (ENGELS, 2013, p. 189 – grifo meu).

Neste caso, o objetivo continua o mesmo para o capitalista e as consequências para os trabalhadores também, com a diferença de que o Estado avançou na criação de um arcabouço jurídico para a proteção da força de trabalho. No entanto, observou-se que apesar das normatizações, a força de trabalho na mineração, com exceção do trabalho infantil, ainda padece com os mesmos problemas dos trabalhadores contemporâneos da Revolução Industrial na Inglaterra.

Em relação ao horário de almoço, necessidade humana básica e direito do trabalhador inscrito no Art. 71 da CLT: “Em qualquer trabalho contínuo, cuja duração exceda de seis horas, é obrigatória a concessão de um intervalo para repouso ou alimentação, o qual será, no mínimo, de uma hora”, este também é violado.

Era turno. Mas só que turno também onde... um turno onde você não tinha horário de almoço, né. Você almoçava, jantava, às vezes, marmitex na área mesmo. Isso não é condição de... boa de trabalho, né. E também eu... a gente saía... saía depois do horário. Ainda não tinha hora extra. Não tinha nada. Era pra passar... o ônibus passar pra apanhar a gente, por exemplo, quinze e vinte e ía passar dezesseis, dezesseis e meia do turno de seis às quinze. Era assim. Complicado os horários de saída. (Trabalhador da Vale 1)³⁰.

Eu já saí de casa, mais de 12 horas de trabalho... o cara fala assim, ah mas tem a hora do almoço! Tem, mas não é uma hora de almoço, não é um intervalo de uma hora de almoço, você pega o ônibus pra levar pro refeitório e você vai gastar pelo menos meia hora com o traslado, meia hora, você enfrenta talvez se tiver uma fila pequenininha, três, quatro minutos de fila, você tem em média, 20 minutos pra você sentar fazer a refeição e pegar o ônibus de volta, ou seja, se for levar em consideração, de fato não existe uma hora pra refeição, pra você sentar, fazer a refeição, tomar uma água e respirar por 10, 15 minutinhos e pegar o carro de volta, não existe! (Trabalhador da Vale 2).

Porém, os discursos do Juiz Federal do Trabalho e dos trabalhadores seguem na contramão em relação ao discurso da transnacional Vale S/A, que, como ator social privado da região, foi convidada para participar da pesquisa, mas optou por abster-se. A realidade relatada pelos atores acima parece não constar nos Relatórios Internacionais de

³⁰ Entrevista realizada no dia 25 de janeiro de 2016, nas dependências de um espaço institucional da Prefeitura de Parauapebas.

Sustentabilidade 2014 e 2015, ao contrário, as “ações” em segurança e saúde no trabalho, principalmente referentes aos valores como “A Vida em primeiro lugar”, são exaltadas como forma de propagandear aos mercados internacionais que a empresa merece continuar recebendo os investimentos financeiros. Os Relatórios divulgados anualmente funcionam como “vitrine” para venda de seus produtos, como uma estratégia de Marketing, logo ela precisa convencer o comprador de que a transnacional respeita a segurança e saúde dos trabalhadores envolvidos na produção.

“A vida em primeiro lugar” é um valor que permeia toda a atuação da Vale – empenhada em alcançar Zero Dano por meio de investimentos contínuos no desenvolvimento de soluções para prevenir lesões e doenças, na padronização de procedimentos, no gerenciamento de riscos e no reforço ao **Cuidado Ativo Genuíno – conceito que engloba cuidar de si, cuidar do outro e deixar que os outros cuidem de você.** (VALE S/A, 2016, p. 50 – grifo meu).

Foco em saúde para construir e manter um ambiente de trabalho saudável e seguro, trabalhadores e gestores devem conduzir um processo contínuo de melhoria, protegendo e promovendo a saúde, a segurança e o bem-estar de todos, considerando o ambiente físico do trabalho, o aspecto psicossocial e a comunidade onde estão inseridos. As ações nesses âmbitos incluem campanhas e programas de saúde cujo objetivo é ajudar os empregados a identificar os riscos potenciais de saúde e segurança e encorajá-los a mudar seu estilo de vida, com exercícios físicos, boa alimentação, monitoramento da saúde e ações preventivas no dia a dia (trânsito, manutenções residenciais etc.). (VALE S/A, 2016, p. 51).

Em 2015, também foi lançado o Guia para Programas de **Prevenção de Fadiga, que aborda a fadiga relacionada à sonolência e à monotonia** e estabelece diretrizes e orientações para elaboração, implementação e monitoramento do programa (VALE S/A, 2015).

O slogan “A vida em primeiro lugar” foi duramente criticado por um trabalhador durante sua exposição da definição de segurança e saúde no trabalho.

Como seria? Saúde e segurança? O que a Vale prega, o que a vale fala: segurança e saúde. A vida em primeiro lugar. Mas só que isso e só papel é só Balela. Na prática isso não existe. Então, pra mim saúde e segurança teria que tá em primeiro lugar. Produção seria segundo, terceiro. Primeiro lugar, saúde e a segurança. Mas só que dentro da Vale não funciona. É só mesmo marketing. (Trabalhador Vale 1).

O Marco Legal construído no Brasil, em especial, as normas da CLT, em seu capítulo V, prevê a atuação de órgãos de segurança e de saúde do trabalho nas empresas, sendo as próprias empresas responsáveis por manter serviços especializados em segurança e em medicina do trabalho. Além dos serviços de medicina do trabalho, será obrigatória a criação

de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA) nos locais de trabalho, a CIPA é composta por representantes da empresa e dos empregados. Ora, a normativa obriga a existência, mas a existência, por si só, não garante a atuação voltada para os trabalhadores, como se identifica nas falas dos trabalhadores abaixo:

Não... tinha... Setor de segurança tem! O setor de segurança, né. Tem os técnicos de segurança. Tem... A prática eu acho fraca. Porque técnico de segurança tem que tá mais atuante na área. Técnico de segurança quase num... não é porque ele não ia na área . Até que ele ia. **Mas ele só fazia ouvir. A função dele, dos técnicos de segurança, dentro da Vale, a maioria dos técnicos de segurança a função deles e só ouvir.** Fiscalizar não tem como! Não é que não tem como. É a... como é que se diz.... A opressão que eles têm. **Se o cara fiscalizar muito, se o cara apressar muito ele num.... a Vale num vai... a primeira coisa é tirar ele.** Agora os que ainda ... os técnico de segurança que eram treinados pela CIPA, pelo sindicato, alguma coisa, o cara ainda fala alguma coisa. Agora os outros que não são, a função é só ouvir, só de ouvinte. Não tem atuação nenhuma. A atuação deles é essa. (Trabalhador da Vale 1)

Os médicos da medicina do trabalho receitam medicamento pra dores. O cara chega lá com o resultado do exame, ressonância e oh doutor, não aguento tanta dor, prescreve lá o medicamento e esse medicamento é a base de quê? Morfina, tem na sua substância, morfina...Olha você toma na hora de dormir e o cara toma na hora de dormir, tomou apagou, levanta no outro dia como um adolescente, não sente nada vai trabalhar, chega no final do dia, chega em casa tá morrendo de dor novamente. (Trabalhador da Vale 2).

Entende-se que o Programa de Prevenção de Fadiga relacionada à sonolência e à monotonia no trabalho e a atuação da Medicina do Trabalho propagandeados pela empresa e, disfarçados como medidas de segurança e saúde no trabalho, nada mais são do que formas sofisticadas de controle e exploração da força de trabalho. Vale ressaltar que uma das facetas da ideologia taylorista-fordista era justificar o maior controle sobre o trabalho através da teoria da “indolência natural e sistemática do trabalhador”, o que a reestruturação produtiva e o toyotismo irão travestir, de forma mais aprimorada, como ações de segurança e saúde do trabalhador entre outras coisas.

De um lado, o conjunto de normativas do Estado voltado para a proteção da saúde dos trabalhadores não é aplicado na região, como esclareceu os representantes da OIT, da Justiça do Trabalho e os trabalhadores. De outro lado, a empresa cumpre rigorosamente as novas medidas de controle e exploração da força de trabalho, buscando a maximização dos lucros sob uma forma dissimulada de segurança e saúde do trabalhador.

Desse modo, constata-se o que Alves (2007)³¹ denomina de processo de *Precarização do Trabalho*.

Por outro lado, o conceito de precarização diz respeito a um modo de reposição sócio-histórica da precariedade. Se a precariedade é uma condição, a precarização é um processo que possui uma irremediável dimensão histórica determinada pela luta de classes e pela correlação de forças políticas entre capital e trabalho. (ALVES, 2007, p.114).

Sendo a Precarização processo determinável pela luta de classes e pela correlação de forças políticas entre capital e trabalho, esta se apresentou de várias formas durante o desenvolvimento da sociedade burguesa. No desenvolvimento do capitalismo global, por exemplo, a precarização assume formas complexas, tanto em sua dimensão objetiva, como subjetiva.

[...] Ora, a precarização do trabalho expõe a condição de precariedade latente. O processo de precarização do trabalho, que aparece sob o neologismo da flexibilização do trabalho, **impõe-se não apenas por meio da perda de direitos e do aumento da exploração da força de trabalho, por meio do alto grau de extração de sobretrabalho de contingentes operários e empregados da produção social.** A precarização do trabalho se explicita por meio através do crescente contingente de trabalhadores desempregados supérfluos à produção do capital. [...] Entretanto, a exacerbação da redundância da força de trabalho assumiu tal proporção que passou a assumir uma nova função sistêmica: os novos miseráveis da ordem burguesa são servos da produção do imaginário da barbárie social, elementos sociais tão indispensáveis para a tessitura dos consentimentos espúrios de operários e empregados. (ALVES, 2007, p. 126-127).

A partir da análise da estrutura e conjuntura política econômica realizada do primeiro capítulo; da forma histórica como a saúde do trabalhador foi tratada pelo Estado brasileiro, analisada no item 2.3; e agora com as constatações sobre a exacerbação da exploração da força de trabalho através da ampliação das jornadas de trabalho, supressão do horário do almoço, estratégias sofisticadas de controle e perda dos direitos trabalhistas, defende-se a tese do autor que coloca o Estado Neoliberal como “elemento político constitutivo da lógica da precarização do trabalho que hoje se impõe à reprodutibilidade capitalista” (ALVES, 2007, p. 149).

³¹ Alves (2007) considera *Precariedade e Precarização* como “atributos ontológicos das individualidades sociais que se constituem na sociedade burguesa”. Mas distingue a primeira como condição e a segunda como processo. Sendo a Precariedade uma condição sócio-estrutural que caracteriza o trabalho vivo e a força de trabalho como mercadoria, atingindo aqueles que são despossuídos do controle dos meios de produção das condições objetivas e subjetivas da vida social.

2.3.1 O Eixo Fiscalização na PNSST: a realidade da Gerência Regional do Trabalho e Emprego em Marabá

A fiscalização dos ambientes de trabalho é um dos componentes estruturante da PNSST, sob responsabilidade do Ministério do Trabalho e Emprego e direção da Secretaria de Inspeção do Trabalho. Este órgão fixa metas de fiscalização para as superintendências e gerências do trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego.

No caso do estado do Pará, devido à dimensão territorial, além da Superintendência em Belém, existe quatro Gerências Regionais do Trabalho, localizadas nos municípios de Castanhal, Altamira, Santarém e Marabá. Esta última é responsável pelas fiscalizações dos ambientes de trabalho no município de Parauapebas.

Entretanto, para o representante da OIT, os problemas com segurança e saúde do trabalhador na região de Carajás estão relacionados à falta de fiscalização, em especial, dos fiscais do trabalho.

Então o que vemos em regiões como esta, assim como outras regiões, **um país que não tem a presença de uma fiscalização, não é que ela não exista, é porque às vezes essas regiões são tão grandes e tão longínquas que você não consegue fazer essa fiscalização de uma maneira eficaz. Falta os fiscais do trabalho, falta estrutura, falta pessoal, falta recursos pra que eles consigam fazer a fiscalização do jeito que ela deve ser feita. A lei existe, mas não é fiscalizado de maneira apropriada.** Isso faz com que localidades que se encontram principalmente nessa fronteira de expansão da Amazônia acabam tendo problemas de segurança do trabalhador de maneira grave, assim como outras violações como trabalho escravo, exploração sexual, trabalho infantil. Isso tudo é um problema que deva ser visto de maneira integral, não só em um termo específico, mas como sendo um problema do mundo do trabalho que deve ser endereçado nessa região. (Representante da OIT no Brasil).

Os auditores fiscais do trabalho não fiscalizam apenas questões relacionadas à segurança e saúde do trabalhador, fiscalizam também as questões de informalidade do trabalho, jornada de trabalho, salário, fundo de garantia e os demais direitos trabalhistas. No entanto, a programação de fiscalizações, enviada pela Secretaria de Inspeção do Trabalho do MTE, parece não priorizar as fiscalizações em segurança e saúde do trabalhador.

O que a gente vê não é muito a prioridade na questão da parcela da segurança, o que a gente vê prioridade é informalidade, vê o trabalhador com carteira assinada, questão de levantamento de SPS **que vai gerar uma receita também pro Estado, então essa parte de saúde e segurança não gera receita.** (Auditor fiscal do Trabalho, 2015 – grifo meu).

A receita, da qual o auditor se refere, está relacionada às multas pagas pelas empresas quando descumprem a legislação trabalhista. Quando uma empresa descumpra uma norma referente à formalização do trabalho, por exemplo, esta empresa será autuada e pagará multa. Contudo, nos casos em que se encontram irregularidades nas condições de segurança e saúde do trabalhador, a empresa recebe prazos para se adequar. Assim, a fiscalização no âmbito da SST tem um caráter mais educativo e corretivo do que punitivo. Para o mesmo auditor fiscal, as fiscalizações em SST são deixadas de lado, em prol das questões estritamente trabalhistas.

Exatamente é um investimento que você vai ver, não é assim um ou dois anos, é a longo prazo, já a informalidade - essa é uma coisa mais imediata, então como o Governo é imediatista agente geralmente a parcela de segurança você vai ver o retorno mais a longo prazo: redução de acidentes, redução de pagamentos de benefícios. Infelizmente o Governo não tem essa mentalidade, então a parte de saúde e segurança é muito deixada de lado, tanto que a maioria dos cursos que agente tem, tem alguns de saúde e segurança, mas a parte trabalhista é muito mais forte (Auditor fiscal do Trabalho, 2015).

Sobre as fiscalizações dos ambientes de trabalho no município de Parauapebas, o auditor relata, com pouca clareza, que ocorreu uma fiscalização, no ano de 2015, nos locais de trabalho do empreendimento S11D, da transnacional Vale S/A em Canaã dos Carajás. Para o auditor, a empresa se esforça para atender a legislação.

Então lá basicamente a Vale né, na questão de segurança tem o plano de saúde da Vale pelo menos dá a impressão que eles passam pra gente o que esse comprometimento existe até mesmo o pessoal fiscalizado terceirizado da Vale são constantemente cobrado e induzido a andar na linha nessa parte da segurança, mas essas questões de principalmente de notificação de acidente de trabalho é uma realidade que se apresenta no país todo, independente da empresa, algumas mais outras menos. A Vale pelo menos ela, à medida do possível se esforça para tentar é obedecer às leis, mas acho que nenhuma empresa no Brasil e ela também não é diferente, vai conseguir é estar 100% nessa área de segurança e saúde do trabalho. (Auditor Fiscal do Trabalho, 2015).

No que diz respeito às condições objetivas para a realização das fiscalizações, foi identificado que a Gerência Regional do Trabalho não possui os equipamentos necessários para realização de fiscalizações em SST, como os aparelhos essenciais de medição de segurança do trabalho, como o decibelímetro que mede o nível de ruído.

É bem precário aqui a maioria dos recursos que a agente tem não vem do Ministério do Trabalho, vem do Ministério Público, o Ministério Público geralmente doa é: notebook, ar condicionado, cadeiras, papel, maioria da estrutura, a maioria dos recursos que a gente tem vem do Ministério Público agente tem uma parceria com eles, então geralmente é o Ministério Público que doa os recursos. Vem uma parte do Ministério do Trabalho

principalmente de Belém, mas é insuficiente para atender, pra dar uma estrutura razoável - a maioria vem do Ministério Público. (Auditor fiscal do Trabalho, 2015).

2.3.2 A Intersetorialidade em xeque: a inexistente comunicação entre as Políticas de Saúde e Previdência Social

Apesar dos esforços em executar uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador de forma intersetorial, ainda não é possível identificar na prática efetiva, a comunicação institucional entre a Política de Saúde voltada para Vigilância em Saúde do Trabalhador e a Política de Previdência Social voltada para os benefícios acidentários. As Tabelas adiante mostram os dados informados sobre os acidentes de trabalho no município de Parauapebas, Pará³².

Tabela 3 - Estatísticas de acidentes do trabalho dos seis municípios do Pará com maiores registros - 2012/2013

CAPÍTULO 58 - ESTATÍSTICAS MUNICIPAIS

58.1 - Estatísticas municipais de acidentes do trabalho, por situação do registro e motivo - 2012/2013

| Município | Total | | Com CAT Registrada | | | | | | | | Sem Registro de CAT | | Óbito | |
|-------------|---------------|---------------|--------------------|--------------|--------------|--------------|----------------|--------------|--------------------|------------|---------------------|--------------|-----------|-----------|
| | | | Total | | Típico | | Motivo Trajeto | | Doença do Trabalho | | 2012 | 2013 | 2012 | 2013 |
| | 2012 | 2013 | 2012 | 2013 | 2012 | 2013 | 2012 | 2013 | 2012 | 2013 | | | | |
| Pará | 12.530 | 12.149 | 9.544 | 9.344 | 7.828 | 7.580 | 1.575 | 1.619 | 141 | 145 | 2.986 | 2.805 | 89 | 68 |
| Ananindeua | 662 | 640 | 494 | 514 | 391 | 382 | 87 | 123 | 16 | 9 | 168 | 126 | 2 | 2 |
| Belém | 3.131 | 3.197 | 2.402 | 2.525 | 1.869 | 1.986 | 457 | 473 | 76 | 66 | 729 | 672 | 17 | 13 |
| Marabá | 609 | 696 | 400 | 487 | 321 | 402 | 74 | 82 | 5 | 3 | 209 | 209 | 2 | 3 |
| Parauapebas | 1.311 | 1.136 | 805 | 652 | 712 | 550 | 85 | 96 | 8 | 6 | 506 | 484 | 7 | 5 |
| Santarém | 547 | 519 | 358 | 383 | 285 | 304 | 69 | 73 | 4 | 6 | 189 | 136 | - | 1 |
| Tailândia. | 751 | 425 | 751 | 425 | 631 | 407 | 119 | 17 | 1 | 1 | - | - | 3 | - |

Fonte: Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho, ano 2013. (Adaptada pela autora).

Tabela 4 - Acidentes do trabalho notificados pela vigilância em saúde da SEMSA – Parauapebas (2013 a 19 de abril de 2016)

| Mês da notificação | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | TOTAL |
|--------------------|------|------|------|------|-------|
|--------------------|------|------|------|------|-------|

³² Através de Ofício enviado a Coordenação de Vigilância em Saúde (VISA) da Secretaria Municipal de Saúde de Parauapebas, os dados referentes às notificações de acidentes de trabalho foram fornecidos a pesquisadora.

| | | | | | |
|--------------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|
| Janeiro | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Fevereiro | 7 | 2 | 2 | 0 | 11 |
| Março | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| Abril | 4 | 0 | 0 | - | 4 |
| Maio | 0 | 0 | 0 | - | 0 |
| Junho | 3 | 1 | 1 | - | 5 |
| Julho | 4 | 1 | 0 | - | 5 |
| Agosto | 2 | 2 | 1 | - | 5 |
| Setembro | 2 | 4 | 0 | - | 6 |
| Outubro | 3 | 3 | 1 | - | 7 |
| Novembro | 2 | 1 | 0 | - | 3 |
| Dezembro | 0 | 0 | 0 | - | 0 |
| TOTAL | 28 | 17 | 5 | 1 | 51 |

Fonte: VISA/ SMS Parauapebas

Tabela 5 - Acidentes do trabalho envolvendo material biológico notificados pela vigilância em saúde da SEMSA – Parauapebas (2013 a 19 de abril de 2016)

| MÊS DA NOTIFICAÇÃO | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | TOTAL |
|--------------------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|
| Janeiro | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Fevereiro | 1 | 2 | 2 | 1 | 6 |
| Março | 0 | 4 | 3 | 1 | 8 |
| Abril | 1 | 2 | 1 | - | 4 |
| Maio | 0 | 1 | 1 | - | 2 |
| Junho | 1 | 0 | 1 | - | 2 |
| Julho | 1 | 1 | 0 | - | 2 |
| Agosto | 1 | 1 | 3 | - | 5 |
| Setembro | 1 | 2 | 0 | - | 3 |
| Outubro | 1 | 1 | 0 | - | 2 |
| Novembro | 1 | 0 | 0 | - | 1 |
| Dezembro | 1 | 1 | 1 | - | 3 |
| TOTAL | 9 | 15 | 13 | 3 | 40 |

Fonte: VISA/ SMS Parauapebas

A Tabela 3 trata dos dados divulgados pelo Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho (AEAT) produzido pelo Ministério da Previdência Social com base nas informações da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) que possuem origem nos registros dos benefícios de natureza acidentária concedidos pelo INSS nos anos de 2012 e 2013. Esta Tabela 3 adaptada traz os seis municípios do Pará com maior número de registros de acidentes de trabalho e, na comparação dos dados das Tabelas 3 e 4, é possível afirmar que existe uma subnotificação de acidentes de trabalho na região de Carajás, especialmente, no município de

Parauapebas, que ostenta o segundo lugar entre os municípios com o maior número de acidentes de trabalho no estado do Pará.

Em Parauapebas, nota-se um quantitativo de acidentes de trabalho mil vezes menor comparado à tabela fornecida pelo Ministério da Previdência Social. O instrumento utilizado pela política de saúde para registro dos acidentes de trabalho chama-se Ficha de Notificação de Acidente de Trabalho. Segundo a Portaria Nº 777/GM de 28 de abril de 2014, são agravos de notificação compulsória: acidente de trabalho fatal; acidentes de trabalho com mutilações; acidente com exposição a material biológico; acidentes do trabalho em crianças e adolescentes; dermatoses ocupacionais; intoxicações exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados); lesões por esforços repetitivos (LER), distúrbios osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT); pneumoconiose; perda auditiva induzida por ruído (PAIR); transtornos mentais relacionados ao trabalho e câncer relacionado ao trabalho.

Considerando por um lado, que esses agravos à saúde do trabalhador devem ser notificados compulsoriamente pelos serviços de saúde público e privado que atender o trabalhador através de Ficha de Notificação específica e, considerando por outro lado, as estatísticas fornecidas pelo setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Parauapebas, entende-se que os dados fornecidos pela SEMSA, além levar a um grande equívoco quando informam que o município de Parauapebas em quatro anos teve apenas 51 acidentes de trabalho graves e 40 acidentes de trabalho com material biológico, demonstra a baixa capacidade da vigilância em saúde do trabalhador, em nível local, em cumprir os objetivos relacionados à notificação de agravos à saúde do trabalhador, traçados pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do SUS. Segue o comparativo dos dados.

Quadro 3 - Comparativo entre os dados da Previdência Social e os dados da VISA de Parauapebas fornecidos ao sistema do Ministério da Saúde sobre acidentes de trabalho

| Dados da Previdência Social sobre acidentes de trabalho no município de Parauapebas – PA | Dados da VISA Parauapebas fornecidos Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde referentes a acidentes de trabalho no município de Parauapebas - PA |
|---|--|
| Ano 2012: 1. 311 | Ano 2012: Não fornecido |
| Ano 2013: 1. 136 | Ano 2013: 37 |
| Ano 2014: 477 | Ano 2014: 32 |
| Ano 2015: Ainda não divulgado pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social | Ano 2015: 18 |

Fonte: Elaboração Própria

Mais importante do que demonstrar a baixa capacidade de notificação dos acidentes de trabalho nos serviços SUS em Parauapebas – que pode estar relacionada, por exemplo, à falta de capacitação e/ou sensibilização para os profissionais de saúde notificarem os A.T –, este dado demonstra que não há comunicação entre as políticas.

Tais informações reforçam o pensamento de Coutinho (2015), ao dizer que as estatísticas oficiais de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, no Brasil, são estabelecidas desde o final da década de 1960 pela Previdência Social, por intermédio do sistema CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho). Portanto, trata-se de um sistema de coleta de informações para efeito de processamento de benefícios, mas que autora avalia não ter capacidade de desencadear ações de vigilância em saúde.

Este sistema que existe há quase 50 anos não dialoga com os sistemas de informação em saúde. Mesmo porque, só recentemente, o SUS principiou a inclusão em seu rol de agravos de notificação compulsória alguns relacionados ao trabalho (BRASIL, 2004; 2011; 2014). E, mesmo assim, o nível de notificação é baixíssimo, comparado ao sistema CAT, ainda que ao contrário deste, todos os trabalhadores brasileiros sejam alvo de notificação perante o SUS. (COUTINHO, 2015, p. 17-18).

2.3.3 CEREST Regional – Marabá: insuficiência de recursos e inconsistência no fornecimento de informações oficiais sobre suas ações

O CEREST Regional Itacaiúnas/Tocantins localizado na cidade de Marabá, é ligado a Secretaria Municipal de Saúde de Marabá e ao Ministério da Saúde e, possui a responsabilidade de assistir através das ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde, os trabalhadores urbanos e rurais dos 22 municípios da região de abrangência: Dom Eliseu, Marabá, Itupiranga, Nova Ipuxuna, São João do Araguaia, São Domingos do Araguaia, São Geraldo do Araguaia, Brejo Grande do Araguaia, Palestina do Pará, Piçarra, Rodon do Pará, Abel Figueiredo, Bom Jesus do Tocantins, Parauapebas, Curionópolis, Canaã dos Carajás, Eldorado dos Carajás, Tucuruí, Breu Branco, Novo Repartimento, Goianésia e Jacundá.

O CEREST Regional de Marabá foi criado no ano de 2003 e atualmente³³ trabalha com uma equipe de 14 funcionários entre trabalhadores de nível superior e médio, sendo duas psicólogas, uma terapeuta ocupacional (especialista em reumatologia e doenças do trabalho), uma assistente social, uma pedagoga, um médico (clínico geral), uma enfermeira, dois técnicos em segurança do trabalho, um técnico de enfermagem, um técnico administrativo, uma auxiliar de serviços gerais e um motorista.

Quanto às ações realizadas ou programadas para o município de Parauapebas, o CEREST informou que não existem ações para este município, visto que a equipe tem se voltado apenas para ações no próprio município de Marabá. Os recursos humanos são insuficientes para assistir os trabalhadores dos 22 municípios de abrangência. Apenas existia uma programação para o ano de 2016 que pretendia capacitar profissionais dos 22 municípios, que poderiam trabalhar como multiplicadores em suas respectivas cidades. Sobre as ações realizadas no município de Marabá, o CEREST relatou que participava de eventos, em especial, das Semanas Internas de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPAT). Para este serviço, o principal desafio se encontra na sensibilização de empregadores e empregados em relação à saúde do trabalhador.

O CEREST Regional de Marabá recebe financiamento federal e, a partir dos dados referentes ao ano de 2014³⁴, fornecidos pelo município de Marabá ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)³⁵, observa-se que o repasse federal é realizado mensalmente. No entanto, ao analisar a Tabela referente às *Despesas e Movimentação Financeira*³⁶, não se identifica gastos durante o ano de 2014.

A Portaria GM/MS N° 2.437/05, que dispõe sobre a ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), prevê que os

³³ As informações foram concedidas durante visita a sede do CEREST Regional de Marabá, no dia 10 de dezembro de 2015. O participante da pesquisa optou por não realizar entrevista gravada em áudio, apesar da garantia dos cuidados éticos em pesquisa com seres humanos. Durante a visita, observou-se que o espaço estava esvaziado de pessoas, não havia usuários em atendimento ou em espera, apenas os profissionais e coordenador, este último convocou uma profissional com mais tempo de serviço no CEREST para participar da entrevista.

³⁴ O município de Marabá ainda não disponibilizou os dados referentes ao ano de 2015 e 2016.

³⁵ Os dados contidos no SIOPS têm natureza declaratória e buscam manter compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas pelos estados e municípios, além de conformidade com a codificação de classificação de receitas e despesas, definidas pela Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (STN/MF). As informações prestadas são provenientes do setor responsável pela contabilidade do ente federado. Tais informações são inseridas e transmitidas eletronicamente para o banco de dados do sistema, através da internet, gerando indicadores de forma automática. O município de Marabá forneceu os dados apenas até o ano de 2014.

³⁶ A tabela na íntegra pode ser encontrada na área de Execução Financeira por Bloco do SIOPS.

CEREST Regionais recebam valores equivalentes a R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) mensais para manutenção do serviço.

§ 1º Os recursos deverão ser repassados do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde ou para o Fundo Municipal de Saúde, conforme o caso, em conta específica, e serão aplicados pela Secretaria de Saúde e fiscalizados pelo Conselho de Saúde e pela CIST correspondentes.

§ 2º Os recursos destinam-se ao custeio de todas e quaisquer ações do CEREST, inclusive pagamento de pessoal, de acordo com as normas vigentes.

§ 3º A destinação dos recursos deverá constar nos Planos de Saúde nacional, estaduais e municipais, conforme o disposto no § 2º do artigo 2º desta Portaria.

Obedecendo esta lógica, observa-se na Tabela 6, abaixo, que os repasses federais (1) para o CEREST foram realizados até o 4ª bimestre e foram sendo acumulados juntamente com os juros das operações de crédito e com os recursos próprios (4) dos municípios. Nota-se que o repasse federal foi suspenso a partir do 5º bimestre, sendo somados a partir daí somente as receitas advindas das operações de crédito e dos recursos próprios.

Tabela 6 - Receita do CEREST Regional de Marabá – Ano 2014

| Bloco de Financiamento | Receitas | | | | | |
|---|------------------------------|--------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|--------------|
| | Transferências fundo a fundo | | | Oper. Crédito/ Rend./ Outros | Recursos Próprios (4) | Total (5) |
| | Federal (1) | Estadual (2) | Outros Municípios (3) | | | |
| 1º Bimestre | | | | | | |
| CEREST - Centro de Ref. em Saúde do Trabalhador | 60.000,00 | 0,00 | 0,00 | 15.885,36 | 0,00 | 75.885,36 |
| 2º Bimestre | | | | | | |
| CEREST - Centro de Ref. em Saúde do Trabalhador | 120.000,00 | 0,00 | 0,00 | 15.906,24 | 0,00 | 135.906,24 |
| 3º Bimestre | | | | | | |
| CEREST - Centro de Ref. em Saúde do Trabalhador | 180.000,00 | 0,00 | 0,00 | 18.080,14 | 247.919,86 | 446.000,00 |
| 4º Bimestre | | | | | | |
| CEREST - Centro de Ref. em Saúde do Trabalhador | 210.000,00 | 0,00 | 0,00 | 19.807,00 | 1.402.320,02 | 1.632.127,02 |
| 5º Bimestre | | | | | | |
| CEREST - Centro de Ref. em Saúde do Trabalhador | 210.000,00 | 0,00 | 0,00 | 20.391,68 | 0,00 | 230.391,68 |
| 6º Bimestre | | | | | | |
| CEREST - Centro de Ref. em Saúde do Trabalhador | 210.000,00 | 0,00 | 0,00 | 111.963,18 | 764.355,35 | 1.086.318,53 |

Fonte: SIOPS

Não foi possível esclarecer o comportamento das Receitas e das Despesas do CEREST Marabá junto ao gestor municipal, mas sabe-se que “decorridos noventa (90) dias sem alimentação do sistema, serão suspensos os repasses financeiros estabelecidos no artigo 9 desta Portaria.” (Portaria N. 2.437/05). Os procedimentos realizados pelo CEREST Marabá devem ser cadastrados e notificados ao Ministério da Saúde.

A partir do cruzamento de dados entre a plataforma do SIOPS e do banco de dados do DATASUS, que registra as notificações mensais referentes à realização dos procedimentos SUS³⁷, confirmou-se que o município de Marabá, sede do CEREST Regional de Carajás, no ano de 2014, não informou realização de procedimentos e saúde do trabalhador nos meses de janeiro, fevereiro, março, abril, maio e junho consecutivamente, iniciando os registros no mês de julho, mas não de forma regular, sendo registrados posteriormente nos meses de setembro, outubro e novembro, como mostra a Tabela 7 a seguir:

Tabela 7 - Procedimentos em saúde do trabalhador registrados pelo município de Marabá - Ano 2014

| Ano 2014 | Procedimentos 0102 | Procedimentos 0301 |
|------------------|--|--|
| | - Vigilância da Situação de Saúde dos Trabalhadores; - Atividade Educativa em Saúde do Trabalhador -Inspeção Sanitária em Saúde do Trabalhador | - Consulta Médica em Saúde do Trabalhador - Acompanhamento de Paciente Portador de Agravos Relacionados ao Trabalho - Acompanhamento de Paciente Portador de Sequelas Relacionadas ao Trabalho |
| Janeiro | 0 | 0 |
| Fevereiro | 0 | 0 |
| Março | 0 | 0 |
| Abril | 0 | 0 |
| Maió | 0 | 0 |
| Junho | 0 | 0 |
| Julho | 10 | 55 |
| Agosto | 0 | 0 |
| Setembro | 05 | 49 |
| Outubro | 105 | 34 |

³⁷ Os registros são realizados com base na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – SUS.

| | | |
|-----------------|----|----|
| Novembro | 02 | 10 |
| Dezembro | 0 | 0 |

Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da base de dados DATASUS, 2016.

Neste mesmo ano, o município de Parauapebas, no mês de novembro, registrou três procedimentos 0301, referente a consultas, atendimentos e acompanhamentos de pacientes portadores de agravos relacionados ao trabalho, mas não se identifica por qual serviço foi realizado os procedimentos.

A alimentação dos sistemas de informações em saúde, além de ser requisito para os repasses federais para os CEREST, é uma das formas de monitorar e avaliar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, bem como a atuação da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (RENAST), mas como observado no cruzamento de dados, o CEREST Marabá ou não realiza o fornecimento dos procedimentos realizados aos sistemas ou, simplesmente, o serviço não realiza os procedimentos de forma regular.

3.2.4 A inoperante vigilância em saúde do trabalhador no Município de Parauapebas e o lugar da Política de Saúde do Trabalhador no Plano Municipal de Saúde

Além dos CEREST, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) contaria com a 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. De acordo com a portaria da RENAST, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deveriam adotar as providências necessárias para a implementação de ações em Saúde do Trabalhador, em todos os níveis da atenção da rede pública de saúde, dentre elas, as ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador. A PNSST também detalha as responsabilidades dos municípios.

Diante das 14 responsabilidades que compete aos gestores municipais, inscritas no Art. 13 (Capítulo IV) da PNSTT, afirma-se, com base em análise dos documentos e dados, entrevistas e visitas realizadas a SEMSA, que o gestor do município de Parauapebas consegue se responsabilizar, parcialmente, por apenas uma responsabilidade:

X- implementar, na Rede de Atenção à Saúde do SUS, e na rede privada, a notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, assim como o registro dos dados pertinentes à saúde do trabalhador no conjunto dos sistemas de informação em saúde, alimentando regularmente os

sistemas de informações em seu âmbito de atuação, estabelecendo rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados gerados no Município, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

A notificação compulsória dos agravos à saúde ligados ao trabalho é realizada através do preenchimento das Fichas de Notificação que são disponibilizadas nos serviços de saúde e na própria vigilância epidemiológica da SEMSA (os dados derivados das notificações compulsórias constam nas Tabelas 4 e 5, item 2.3.2).

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) do município de Parauapebas possui um setor chamado de Saúde do Trabalhador, que funciona na Vigilância em Saúde do município, juntamente com a Vigilância Sanitária e Epidemiológica. O departamento de saúde do trabalhador é coordenado por um profissional da área da educação e, no momento da visita, não possuía funcionários, apenas a coordenadora, que explicou que não poderia conceder entrevista, pois não há uma política de saúde do trabalhador no município. A mesma informou que solicitou a agência do INSS Parauapebas o quantitativo de trabalhadores afastados por acidente ou doenças do trabalho, todavia, não houve retorno. Indagou-se se o departamento havia solicitado auxílio do CEREST Regional de Marabá, mas a coordenação desconhecia o serviço.

Conforme a presidente do CMS de Parauapebas, o financiamento para ações de vigilância em saúde do trabalhador é repassado ao município e vem atrelado ao financiamento da vigilância em saúde, que é constituída pelas vigilâncias epidemiológica e ambiental e pela vigilância sanitária.

Presidente: Na verdade, assim... é... Saúde do trabalhador, ela está contida dentro, quando eu falo dentro do, do serviço público, né. Ela está contida dentro da vigilância em saúde, que é distribuído em vigilâncias ambiental, vigilância sanitária, é... vigilância epidemiológica. Então lá dentro está a saúde do trabalhador é... então ela tem a verba dela, tem. Pela vigilância, tá, tem uma verba.

Conselheiro: Mas que nunca foi estartada. Por questão política nunca foi implantada.

Presidente: Não, não. Porque, porque falta projetos, entendeu? Falta projeto. Falta você colocar esse projeto em ação, é... Então isso nunca foi, nunca tivemos isso, né. O máximo que conseguimos foi parar no questionário e ele não andou mais.

Segundo Portaria Nº 3. 252/05, os recursos do Bloco de Vigilância em Saúde serão repassados de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos

Estaduais e Municipais de Saúde, em três parcelas anuais, nos meses de janeiro, maio e setembro. Sendo a utilização destes recursos vetada para outros fins.

A partir de levantamento realizado no banco de dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), tornou-se possível analisar as receitas e despesas do município de Parauapebas com a vigilância epidemiológica e ambiental, pasta da qual a vigilância em saúde do trabalhador recebe seu financiamento. Importa salientar que os dados são informados pelos municípios, a gestão de Parauapebas informou dados sobre os seis bimestres do ano de 2015. Através das tabelas³⁸, é possível identificar os repasses federais e estaduais.

Tabela 8 - Receitas da vigilância epidemiológica e ambiental do município de Parauapebas - Ano 2015

| Bloco de Financiamento | Receitas | | | | | |
|--|------------------------------|-------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|---------------------|
| | Transferências fundo a fundo | | | Oper. Crédito/ Rend./ Outros | Recursos Próprios (4) | Total (5) |
| | Federal (1) | Estadual (2) | Outros Municípios (3) | | | |
| 1º Bimestre | | | | | | |
| Vigilância em Saúde | 799.268,58 | 195.566,52 | 0,00 | 0,00 | 2.292.936,95 | 3.287.772,05 |
| Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde | 762.240,89 | 29.050,23 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 791.291,12 |
| Vigilância Sanitária | 37.027,69 | 166.516,29 | 0,00 | 0,00 | 129.789,98 | 333.333,96 |
| Outros Programas Financ por Transf Fundo a Fundo (6) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2.163.146,97 | 2.163.146,97 |
| 2º Bimestre | | | | | | |
| Vigilância em Saúde | 631.647,97 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 200.000,00 | 831.647,97 |
| Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde | 622.123,08 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 622.123,08 |
| Vigilância Sanitária | 9.524,89 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 200.000,00 | 209.524,89 |
| Outros Programas Financ por Transf Fundo a Fundo (6) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 3º Bimestre | | | | | | |
| Vigilância em Saúde | 948.553,99 | 235.067,66 | 0,00 | 0,00 | 2.222.793,51 | 3.406.415,16 |
| Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde | 902.358,70 | 29.050,23 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 931.408,93 |
| Vigilância Sanitária | 46.195,29 | 206.017,43 | 0,00 | 0,00 | 2.222.793,51 | 2.475.006,23 |
| Outros Programas Financ por Transf Fundo a Fundo (6) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 4º Bimestre | | | | | | |

³⁸ A tabela foi adaptada para mostrar apenas o orçamento da Vigilância em Saúde, mas a tabela do SIOPS fornece dados sobre os três níveis de complexidade da rede de atenção a saúde.

| | | | | | | |
|--|---------------------|-------------------|-------------|-------------|---------------------|---------------------|
| Vigilância em Saúde | 1.518.192,83 | 108.100,80 | 0,00 | 0,00 | 4.757.692,89 | 6.383.986,52 |
| Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde | 1.261.060,29 | 29.050,23 | 0,00 | 0,00 | 4.757.692,89 | 6.047.803,41 |
| Vigilância Sanitária | 55.362,89 | 79.050,57 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 134.413,46 |
| Outros Programas Financ por Transf Fundo a Fundo (6) | 201.769,65 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 201.769,65 |

5º Bimestre

| | | | | | | |
|--|---------------------|-------------------|-------------|-------------|-------------------|---------------------|
| Vigilância em Saúde | 1.980.939,67 | 151.542,40 | 0,00 | 0,00 | 310.556,59 | 2.443.038,66 |
| Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde | 1.401.178,10 | 29.050,23 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.430.228,33 |
| Vigilância Sanitária | 73.698,09 | 122.492,17 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 196.190,26 |
| Outros Programas Financ por Transf Fundo a Fundo (6) | 506.063,48 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 310.556,59 | 816.620,07 |

6º Bimestre

| | | | | | | |
|--|---------------------|-------------------|-------------|-------------|----------------------|----------------------|
| Vigilância em Saúde | 2.140.969,08 | 198.972,75 | 0,00 | 0,00 | 10.889.185,45 | 13.229.127,28 |
| Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde | 1.552.039,91 | 29.050,23 | 0,00 | 0,00 | 2.298.095,31 | 3.879.185,45 |
| Vigilância Sanitária | 82.865,69 | 169.922,52 | 0,00 | 0,00 | 819.271,68 | 1.072.059,89 |
| Outros Programas Financ por Transf Fundo a Fundo (6) | 506.063,48 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 7.771.818,46 | 8.277.881,94 |

Fonte: SIOPS

A partir da mesma metodologia de cruzamento de dados entre a plataforma do SIOPS e do DATASUS, observou-se que o município de Parauapebas, no ano de 2015, não registrou nenhum dos procedimentos de Vigilância da Situação de Saúde dos Trabalhadores, Atividade Educativa em Saúde do Trabalhador ou Inspeção Sanitária em Saúde do Trabalhador. As informações confirmam as teses dos conselheiros municipais de saúde e podem explicar o motivo da coordenação municipal de vigilância em saúde do trabalhador não aceitar a realização de entrevista para a pesquisa.

Os dados confirmam que o município de Parauapebas recebe recursos federais e estaduais para executar as ações de vigilância em saúde do trabalhador previstas na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, mas não realiza nenhum dos procedimentos previstos pela Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS.

Segundo a Portaria que ampliou a RENAST, “As ações em Saúde do Trabalhador deverão estar inseridas expressamente nos Planos de Saúde nacional, estaduais, distrital e municipais e nas respectivas Programações Anuais”. O Plano Municipal de Saúde de

Parauapebas (2014-2017), fornecido pelo CMS, apresenta apenas uma proposta e uma meta relacionada à saúde do trabalhador.

PROPOSTA Nº 11: Que a SEMSA/CMS implementem a política da saúde do trabalhador no município solicitando o auxílio ao CEREST Regional. (p. 55).

META 57: Ampliar o número de municípios com serviço de saúde notificando doenças ou agravos relacionados ao trabalho de 7 em 2013 para 16 em 2017. (p. 67).³⁹

De acordo com a avaliação do conselheiro, representante do segmento dos trabalhadores, é histórica a negligência com a política de saúde do trabalhador no município de Parauapebas: “Acho que generalizando, nenhuma gestão que passou implantou uma política efetiva de saúde do trabalhador. É histórico isso”.

Diante das constatações da ausência de fiscalização por parte dos órgãos do MTE, da inexistente comunicação entre as três políticas, da baixa capacidade de operacionalização do CEREST Regional, da inoperante Vigilância municipal em saúde do trabalhador e do lugar insignificante dado à política de saúde do trabalhador no Plano Municipal de Saúde, conclui-se que os três níveis de gestão da política de SST no Brasil apresentam dificuldades de implementar os objetivos traçados pelo Plano Nacional de Segurança de Saúde do Trabalhador e os objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Entretanto, entende-se que a conjuntura política econômica forjada pelo Neoliberalismo e pela reestruturação produtiva do capital, que reconfigura o Estado e restringe os gastos com as políticas públicas sociais não é suficiente para explicar a inoperância das políticas de segurança e saúde do trabalhador na região de Carajás e no município de Parauapebas. Portanto, necessitou-se trilhar o caminho de volta e analisar outros determinantes que, aliados à conjuntura política econômica na contemporaneidade, podem explicar a desproteção da força de trabalho neste município.

³⁹ A meta consta na Tabela denominada DIRETRIZ 2 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde, do Plano Municipal de Saúde (2014-2017), mas a escrita quanto “número de municípios” está equivocada, uma vez que se trata de um Plano Municipal e não Estadual.

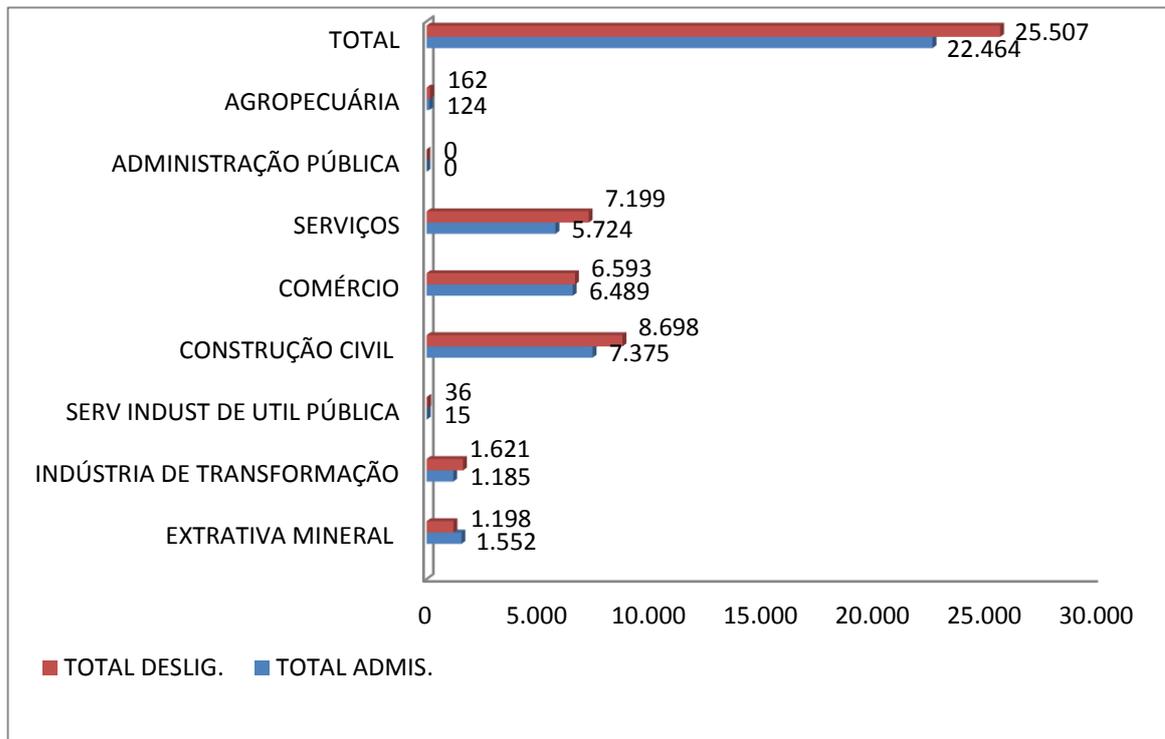
3 OUTROS ELEMENTOS PARA ENTENDER A (DES) PROTEÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM PARAUPEBAS

O objeto de pesquisa deste trabalho se revelou um fenômeno multicausal que necessita ser analisado também com base na realidade local. O município de Parauapebas apesar de constituir a região de Carajás, possui particularidades que o diferencia de todos os outros municípios desta Região. A seguir, apresenta-se elementos da realidade do município que corroboram também para a conjuntura desfavorável das políticas públicas de proteção da força de trabalho.

3.1 O “EXÉRCITO INDUSTRIAL DE RESERVA” EM PARAUPEBAS

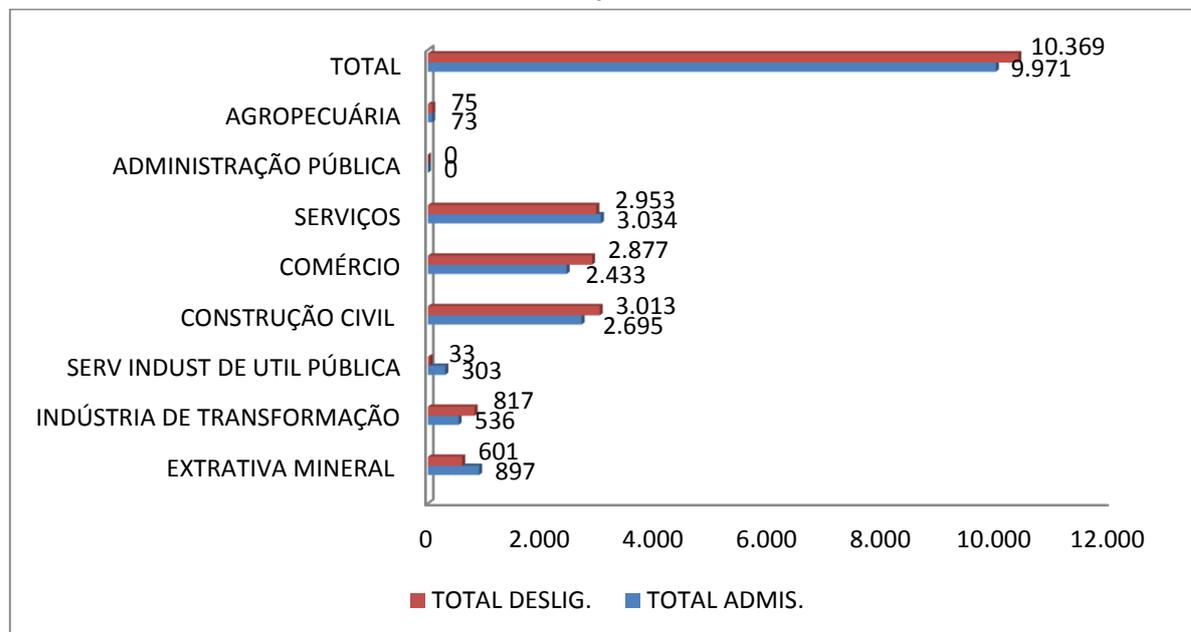
O município de Parauapebas já foi recordista em geração de emprego. Segundo as estatísticas do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), o município de Parauapebas, de 2007 a 2012 sempre apresentou saldos positivos entre admissões e desligamentos. Entretanto, a partir de 2013, começa-se a verificar saldos negativos em todos os setores da economia. Em 2015, ainda conforme os dados do CAGED, com exceção do setor da extração mineral, todos os outros setores apresentaram saldo negativo, tendência que se repete no primeiro semestre de 2016, como mostram os gráficos a seguir.

Gráfico 6 - Evolução do emprego por setor de atividade econômica em Parauapebas - Ano 2015



Fonte: MTE - Cadastro Geral de Empregados e Desempregados

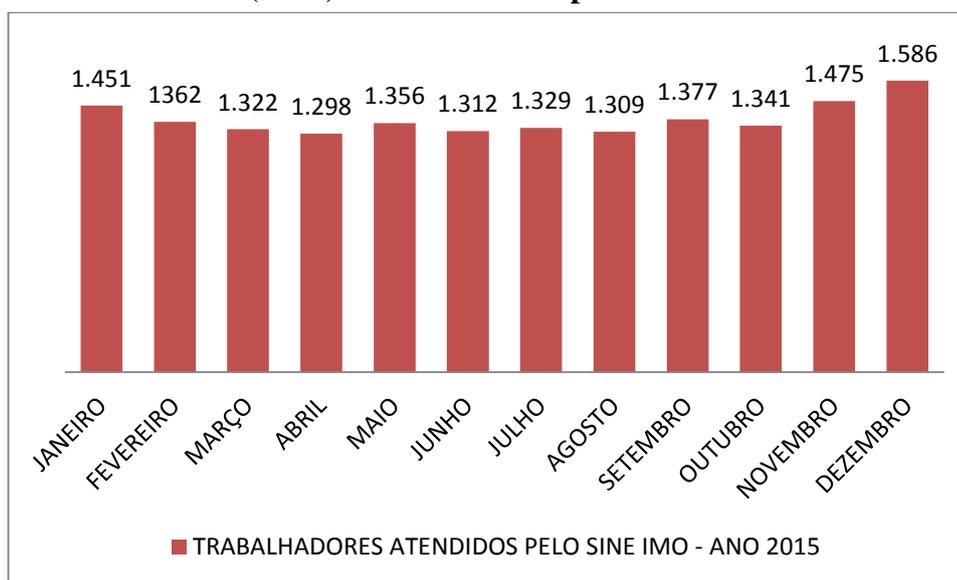
Gráfico 7 - Evolução do emprego por setor de atividade econômica em Parauapebas – Janeiro a julho/ 2016



Fonte: MTE - Cadastro Geral de Empregados e Desempregados

Os dados oficiais são confirmados quando se analisa o comportamento da agência do Sistema Nacional de Emprego (SINE) em Parauapebas⁴⁰. O quantitativo de trabalhadores que buscaram o serviço de Intermediação de Mão de Obra (IMO) em 2015 segue um padrão crescente, com exceção de alguns meses. O mesmo ocorre com o número de trabalhadores que buscaram o serviço para solicitar o seguro desemprego, no ano de 2014. O SINE recebeu um total de 12.311 trabalhadores recém-desempregados que buscavam acessar o direito previdenciário, e em agosto de 2015, 9.213 trabalhadores já haviam solicitado.

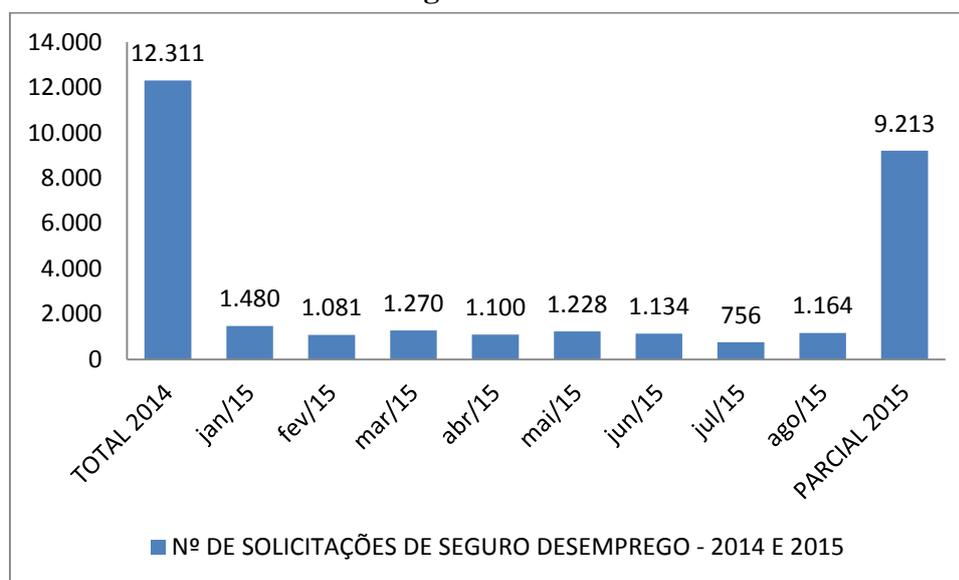
Gráfico 8 - Número de trabalhadores atendidos pelo serviço de intermediação de mão de obra (IMO) do SINE Parauapebas – Ano 2015



Fonte: Agência SINE Parauapebas, 2015

⁴⁰ Durante pesquisa exploratória realizada no ano de 2015, o gestor do SINE Parauapebas forneceu a pesquisadora as estatísticas do serviço através de documentos impressos.

Gráfico 9 - Número de solicitações de seguro desemprego no município de Parauapebas – 2014 a agosto de 2015



Fonte: Agência SINE Parauapebas, 2015

Como visto, o desemprego, em particular, no município de Parauapebas, é um fenômeno cuja aparência é sinalizada pelas estatísticas oficiais. Desta maneira, a compreensão deste fenômeno e o discurso feito sobre ele se tornou fundamental para analisar a reação dos beneficiários das políticas frente aos problemas de segurança e saúde do trabalhador.

Ressalta-se que o desemprego, em sua forma estrutural, é mais um produto das transformações do capitalismo global, elucidadas nos capítulos anteriores, mas acrescentasse que para além dos rebatimentos na esfera objetiva do trabalho, o desemprego e as novas relações flexíveis de trabalho incidem diretamente na subjetividade do trabalho, que quando capturada⁴¹ perde a capacidade de responder, inclusive, as violações dos direitos sociais trabalhistas. Logo, a violação do direito à saúde do trabalhador por parte das empresas poderá ser aceita pelos trabalhadores, pois “os locais de trabalho reestruturados tendem a reconstituir (ou re-ordenar) as novas formas de consentimento espúrio” (ALVES, 2010, p. 13).

A título de ilustração, a ampliação intensificação da jornada de trabalho e o não cumprimento das leis trabalhistas vistas no item 2.3 são consentidos pelos trabalhadores a partir do momento que seu emprego fica ameaçado. O medo do desemprego cresce ainda mais em tempos de “enxugamento” das empresas.

⁴¹ “É importante destacar que, ao dizermos ‘captura’ da subjetividade, colocamos ‘captura’ entre aspas para salientar o caráter problemático (e virtual) da operação de ‘captura’, ou seja, a captura não ocorre, de fato, como o termo poderia supor. Estamos lidando com uma operação de produção de consentimento ou unidade orgânica entre pensamento e ação que não se desenvolve de modo perene, sem resistências e lutas cotidianas.” (ALVES, 2010, p. 13).

Pesquisadora: Você tem ideia de quanto foi o enxugamento?

Trabalhador Vale 3: Olha, o sindicato não divulga, a empresa tão pouco, mas a última informação de alguém do sindicato, do mês de janeiro ao mês de maio de 2015 tinha sido 630 trabalhadores demitidos, que passou pelo sindicato, isso dos no intervalo dos trabalhadores que tem acima de um ano na empresa, quem tem a base de um ano não vai passar pelo sindicato, não é necessário passar pelo sindicato é feito no RH mesmo a homologação. Então aqui não é diferente, a vale reduziu a quantidade de trabalhadores, e ela tá fazendo uma coisa que é muito grave... Você é contra o trainee, o estagiário? Não, mas sou contra a maneira como a empresa usa o trainee e o estagiário, como mão de obra barata, que ela qualifica? Qualifica! ao longo do tempo qualifica, mas a ideia é substituir os trabalhadores que trabalham há 20, 25 anos, 30 anos de empresa, que tá produzindo, ele tem os seus vícios, mas tá produzindo, ela demite aquele trabalhador que tá com um salário entre 3.000 a 4.000 mil reais digamos, e ela pega e contrata um trabalhador com um salário de 1.500 reais, por um contrato determinado, que se ele se esforçar, se ele se matar, pra renovar ele pode também, ser efetivado.

A mão de obra excedente na região, que cresce conforme as estatísticas acima, incide em pelo menos dois aspectos na vida dos trabalhadores. Para os trabalhadores inseridos no mercado de trabalho causa a sensação de instabilidade, pois caso não aceitem as condições de trabalho inadequadas e incompatíveis com as leis, o empregador poderá, sem dificuldades, substituí-los recorrendo ao “exército industrial de reserva” disponível na região. Para os trabalhadores desempregados, a mão-de-obra excedente causa o rebaixamento ou relaxamento das exigências com as condições de trabalho, ou como afirma Marx (2013), estes estarão sempre prontos para serem explorados.

[...] se uma população trabalhadora excedente é produto necessário da acumulação ou do desenvolvimento da riqueza no sistema capitalista, ela se torna por sua vez a alavanca da acumulação capitalista, e mesmo condição de existência do modo de produção capitalista. Ela constitui um exército industrial de reserva disponível, que pertence ao capital de maneira tão absoluta como se fosse criado e mantido por ele. Ela proporciona o material humano a serviço das necessidades variáveis de expansão do capital e **sempre pronto para ser explorado, independentemente dos limites do verdadeiro incremento da população.** (MARX, 2013, p. 733-734 – grifo meu)

Nesse sentido, a questão de segurança e saúde do trabalhador não se configura como prioridade para os capitalistas, em especial, para o capital transnacional representado pela Empresa Vale S/A e as empresas prestadoras de serviços. Em casos de acidentes e adoecimentos do trabalho, é mais vantajoso trocar o trabalhador doente por outro saudável do que investir de fato em segurança e saúde do trabalhador.

3.2 SAÚDE PÚBLICA VS SAÚDE SUPLEMENTAR EM PARAUAPEBAS

Todos os trabalhadores da mineração, empregados diretamente pela empresa transnacional Vale S/A ou pelas empresas prestadoras de serviços da transnacional recebem o benefício chamado de assistência médica, que consiste na contratação de um plano de saúde privado para atender o empregador e seus dependentes.

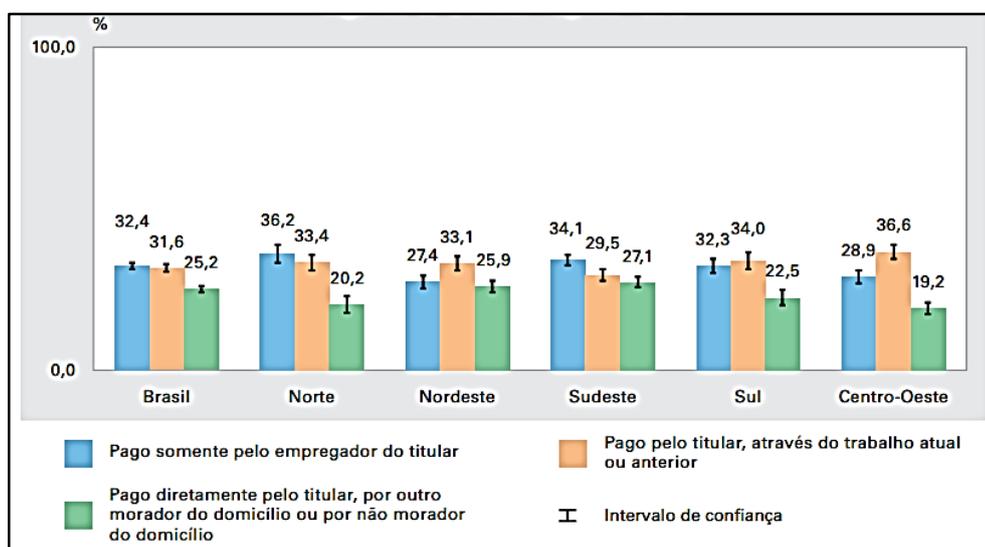
O pacote de remuneração e benefícios disponível aos empregados está alinhado à estratégia de atração, retenção e engajamento. A totalidade (100%) dos profissionais tem direito a assistência médica e seguro de vida, e a maior parte recebe ainda seguro contra acidentes pessoais, previdência privada, auxílio-transporte, formação educacional, refeição no trabalho, auxílio-alimentação e programa de assistência ao empregado. (RELATÓRIO DE SUSTENTABILIDADE VALES/A, 2015).

Os planos de saúde privados são organizados e ofertados pela Saúde Suplementar, representada segmentos das autogestões, medicinas de grupo, seguradoras e cooperativas, sendo regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Saúde suplementar, *fem. Sin.* Assistência suplementar da saúde. No âmbito das atribuições da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), refere-se à atividade que envolve a operação de planos privados de assistência à saúde sob regulação do Poder Público. Notas: i) Conforme artigo 197 da Constituição Federal de 1988. ii) Conforme marco regulatório: Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998 e Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000. (BRASIL, ANS, 2009, p. 70).

Este tipo de assistência médica, através de plano de saúde pago integralmente ou parcialmente pelo empregador, vem crescendo no Brasil. Segundo pesquisa suplementar da Pesquisa Nacional Por Amostras de Domicílio (PNAD, 1998), cerca de 60% dos planos de saúde no País eram pagos pelo empregador do titular, sendo que (13,2%) pagos de forma integral e (46,0%) de forma parcial. Em 2013, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, na população com plano de saúde, (32,4%) dos planos eram pagos exclusivamente pelo empregador do titular. A Região Norte possui o maior percentual de pessoas com plano de saúde, médico ou odontológico pago exclusivamente pelo empregador e as Regiões Nordeste e Centro-Oeste, observaram-se as menores proporções deste indicador: 27,4% e 28,9%, respectivamente.

Gráfico 10 - Percentual dos planos de saúde, médico ou odontológico, pagos somente pelo empregador do titular, pelo titular, outro morador do domicílio ou por não morador do domicílio



Fonte: IBGE (2015, p. 33)

Por meio dos dados fornecidos pelo Sistema de Informações de Beneficiários (SIB)⁴², Sistema de Cadastro de Operadoras (CADOP)⁴³ e Sistema de Registro de Produtos (RPS)⁴⁴, disponíveis na Plataforma DATASUS, foi possível conhecer o quantitativo de pessoas que adquiriram planos de saúde no município de Parauapebas, desde o ano de 2013. Segundo a caracterização da ANS (2016), os planos são classificados em *Individual ou familiar* (cobertura prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar), *Coletivo empresarial* (cobertura prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária), *Coletivo por adesão* (cobertura prestada à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial) e a classificação *Não informado*, trata-se da contratação de planos com vigência anterior à Lei nº 9.656/98 que não foi informado ao SIB pelas operadoras.

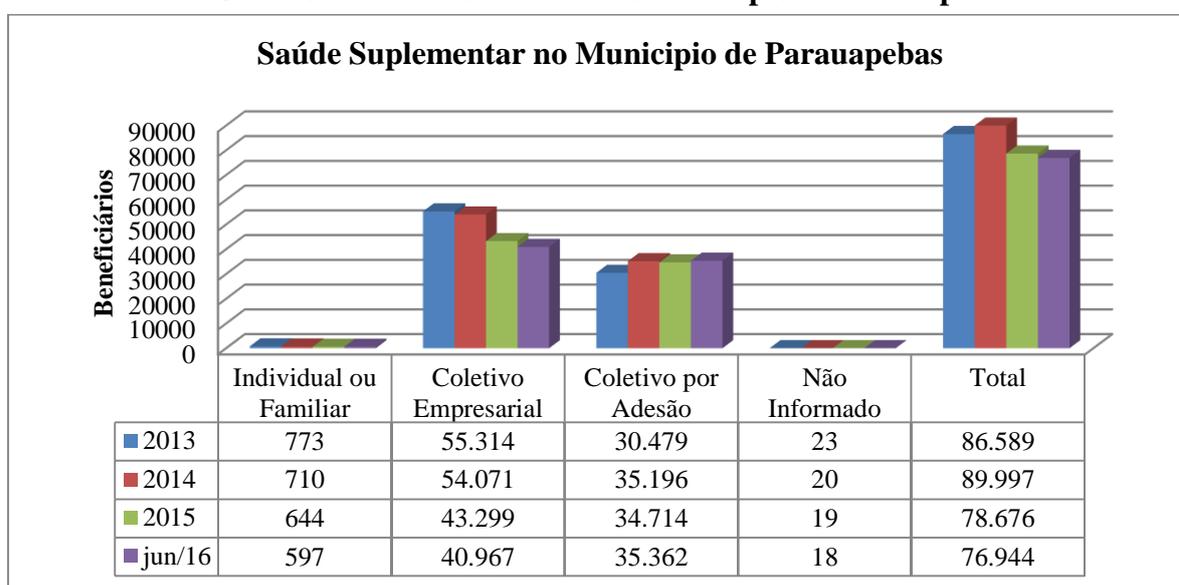
⁴² Sistema pelo qual as operadoras de planos privados de saúde enviam, mensalmente, para a ANS dados de vínculos de beneficiários aos planos, incluindo a movimentação de inclusão, alteração e cancelamento desses vínculos. Um beneficiário pode possuir mais de um plano e assim constar no sistema tantas vezes quantos forem os vínculos que possuir com planos privados de assistência à saúde.

⁴³ Sistema de cadastramento e controle dos registros das operadoras de planos privados de saúde. Contém dados sobre as operadoras, tais como: registro, CNPJ, endereço, natureza, classificação, modalidade, representantes, administradores, composição de capital e tipos de taxas.

⁴⁴ Sistema de cadastramento de registro de planos privados de assistência à saúde. Contém dados de todos os planos privados de saúde registrados na ANS, inclusive os estabelecimentos de saúde que compõem suas redes credenciadas. A partir do ano de 2007, o RPS contém dados do Sistema de Cadastro de Planos Antigos (SCPA).

No Gráfico 11 abaixo, referente à contratação dos planos de saúde em Parauapebas, destaca-se o quantitativo dos beneficiários cobertos por plano de saúde *Coletivo Empresarial*. Considerando que população estimada pela Vigilância em Saúde do município em 2013 era de 263.843 habitantes, conclui-se que, neste ano, cerca de 21% da população era atendida por plano de saúde *Coletivo Empresarial*, ou seja, 32% da população recebia cobertura de alguns dos planos oferecidos pela Saúde Suplementar. Este quantitativo vem decrescendo nos anos de 2014, 2015 e no primeiro trimestre de 2016.

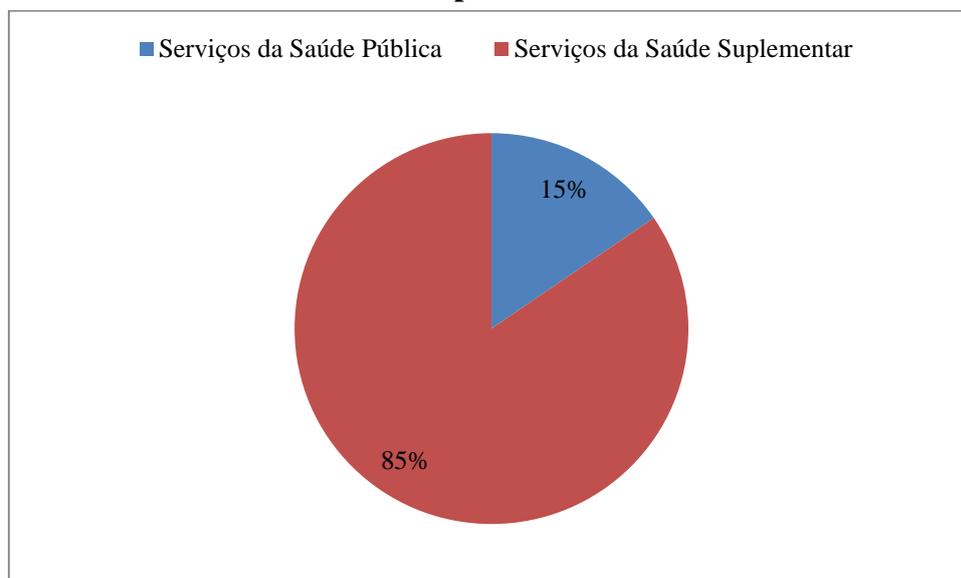
Gráfico 11 - Planos de saúde no município de Parauapebas



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados fornecidos pela base de dados DATASUS (2016).

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2016), o município de Parauapebas possui 201 estabelecimentos de saúde, sendo 31 deles mantidos pela Prefeitura de Parauapebas e 170 mantidos pelos grupos de Saúde Suplementar da região.

Gráfico 12 - Percentual dos serviços de saúde pública e suplementar no município de Parauapebas



Fonte: Elaboração Própria a partir dos dados do CNES (2016)

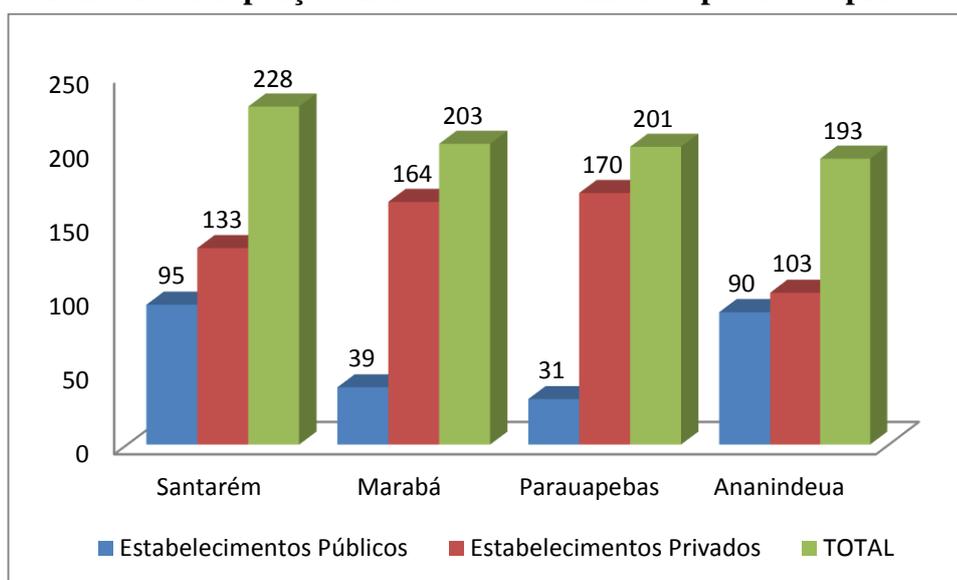
Dos cinco municípios do Pará com os maiores números de estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES (2016), Marabá e Parauapebas apresentam quase a mesma proporção. Não foi possível identificar os estabelecimentos de saúde de Belém devido à variedade de mantenedores como o município, estado, forças armadas, autarquias etc. Nos demais municípios, os mantenedores são os municípios ou a iniciativa privada.

Tabela 9 - Os cinco municípios do Pará com mais estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES

| Município | Estabelecimentos Públicos | Estabelecimentos Privados | TOTAL |
|---------------|---------------------------|---------------------------|-------|
| 1 Belém | - | - | 1.907 |
| 2 Santarém | 95 | 133 | 228 |
| 3 Marabá | 39 | 164 | 203 |
| 4 Parauapebas | 31 | 170 | 201 |
| 5 Ananindeua | 90 ⁴⁵ | 103 | 193 |

Fonte: Elaboração Própria com base nos dados fornecidos pelo CNES, 2016

⁴⁵ Na área geográfica do município de Ananindeua, funcionam serviços de saúde mantidos pelo Centro de Reeducação Feminino - SUSIPE (1 serviço) e pelo Instituto Evandro Chagas (11 serviços).

Gráfico 13 - Proporção entre os estabelecimentos públicos e privados

Fonte: Elaboração Própria com base nos dados fornecidos pelo CNES, 2016

A inserção de uma empresa transnacional na região atraiu para o município dezenas de serviços de Saúde Ocupacional e Medicina do Trabalho que constituem atualmente uma Rede extensa de Saúde Suplementar voltada para a “saúde dos trabalhadores” e cujos serviços são contratados pela Vale S/A e por suas empresas prestadoras de serviços. Do lado da Rede de Saúde pública do município, estão os serviços da atenção básica e da média e alta complexidade que se constituem em espaços privilegiados para execução dos objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, mas que, segundo a coordenação municipal da saúde do trabalhador e dos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde, não trabalham com ações em saúde do trabalhador. A seguir, elencam-se os serviços de saúde mantidos pela Prefeitura de Parauapebas.

Tabela 10 - Serviços de saúde do município de Paraúpebas

| Mantidos | | |
|-----------------|---|------------------------------------|
| CNES | Nome Fantasia | Razão Social |
| 6039073 | CENTRO DE SAUDE CIDADE NOVA | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 6260632 | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE SEMSA | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 2614324 | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DO BAIRRO LIBERDADE | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 5408032 | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DO BAIRRO CASAS POPULARES | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 7226799 | COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 2614332 | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA PALMARES I | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 2614340 | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA PALMARES II | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 2615746 | HOSPITAL MUNICIPAL DR TEOFILO SOARES DE ALMEIDA FILHO | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 2614383 | POSTO DE SAUDE DA VILINHA | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 7163363 | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA JARDIM CANADA | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 3717917 | CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO CTA | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 7067186 | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DO BAIRRO DA PAZ | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 7067194 | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DO BAIRRO LIBERDADE II | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 5021820 | CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL CAPS II | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 7818041 | UNIDADE BASICA DE SAUDE TROPICAL I | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 2614375 | POSTO DE SAUDE APA | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 7197632 | LABORATORIO MUNICIPAL DE PARAUPEBAS | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 7560109 | BASE DESCENTRALIZADA DO SAMU PARAUPEBAS | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 2660393 | UNIDADE BASICA DE SAUDE DO CEDERE I | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 2614294 | CENTRO DE SAUDE RIO VERDE | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 2673851 | ESF DO BAIRRO NOVO BRASIL | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 2614367 | POSTO DE SAUDE DA VILA SANSAO | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 2673843 | CENTRO DE SAUDE DO BAIRRO ALTAMIRA | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 2614359 | POSTO DE SAUDE RIO BRANCO | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 2614316 | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA FORTALEZA | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 2614308 | CENTRO DE SAUDE DO BAIRRO GUANABARA | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 7371586 | POLICLINICA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 3860035 | CLINICA DE FISIOTERAPIA DE PARAUPEBAS | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 7904894 | UPA CIDADE JARDIM | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 7975341 | UNIDADE BASICA DE SAUDE BAIRRO DOS MINERIOS | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| 9053824 | UNIDADE MOVEL DE SUPORTE AVANÇADO SAMU PARAUPEBAS OTS6163 | PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS |
| TOTAL | | 31 |

Fonte: DATASUS (2016).

A Atenção Primária em Saúde (APS), composta pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidades de Saúde da família (USF), por exemplo, é para PNST espaço estratégico para conhecer e analisar o perfil produtivo e da situação dos trabalhadores, para ampliar e fortalecer a articulação intersetorial e para o estímulo à participação dos trabalhadores e da comunidade. No entanto, na cidade de Paraúpebas, a APS, além de ser insuficiente para atender uma população estimada em 263.843 habitantes, não realiza nenhuma ação prevista pela PNSTT.

Ainda no âmbito dessa discussão, recorda-se que o ano de 2015 começou agitado para economia e a política no Brasil, para além do anúncio dos ajustes fiscais do governo federal e das alterações nas condições do seguro-desemprego e pensões, um fato não ganhou o mesmo

destaque, apesar de possuir a mesma gravidade. Tratava-se da aprovação pela presidência da república da Medida Provisória nº. 656/2014 que alterou partes importantes da Lei nº. 8.080/1990. O Diário Oficial da União publicou no dia 20 de janeiro de 2015, que o Artigo 142 da Lei supracitada passava a vigorar com as seguintes alterações: onde estava escrito Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência a saúde [...], passou a vigorar como “Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde”. (DOU, 01/2015, p. 08). Dentre as possibilidades que a Lei permite ao investimento estrangeiro, estão os hospitais gerais, inclusive filantrópicos, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada.

Sabe-se que a discussão sobre investimento do capital estrangeiro na saúde esteve presente em vários períodos da história do Brasil. Como abordado no capítulo 2, vimos que desde o período da formulação da Constituição Federal Brasileira de 1988 existe uma disputa entre dois projetos para área da saúde, o projeto privatista, logo a favor dos investimentos do capital estrangeiro e o projeto da reforma sanitária, a favor do acesso universal ao Sistema Único de Saúde (SUS).

No bojo das discussões da aprovação ou não da MP 656/2014, vários movimentos sociais da área da saúde, entidades, sindicatos e conselhos de classe emitiram notas de repúdio a aprovação da MP e cobravam o veto presidencial. Que não veio. Em meio aos cortes de gastos no Ministério da Saúde e a aprovação da entrada do capital estrangeiro, constata-se que o projeto privatista ganha cada dia mais espaço.

3.3 O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARAUAPEBAS E O (DES) CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR

No que tange à atuação do CMS⁴⁶ frente a negligência com a pauta da saúde do trabalhador, o conselheiro e a presidente justificam que há falta de interesse das entidades que representam os trabalhadores. Sobre a criação da Comissão Intersetorial de Saúde do

⁴⁶ Segundo a Resolução nº. 333 de 4 de Novembro de 2003, cabe aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, em outras competências: I- Implementar a mobilização e articulação contínua da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o Controle Social de Saúde; [...] XIV- Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União.

Trabalhador (CIST) dentro do CMS, a presidente relata que durante uma Conferência de Saúde o Conselho foi cobrado a criação de uma CIST e, que regionalmente se avalia que o sul e sudeste do estado do Pará estão aquém do que poderiam fazer em relação à saúde do trabalhador.

Presidente: E também falta de conhecimento, né, porque nós fomos em uma conferência de, de saúde do trabalhador e em Belém o pessoal de lá também cobrou que existe aqui, que aqui deveria existir uma força bem maior da, em prol da saúde do trabalhador e nós não temos, né. Então, acho que isso está, está, é sim, é referente a consciência, né, e é de comum acordo do estado de que a gente aqui na região sul e sudeste a gente tá muito aquém, né, de está se trabalhando alguma coisa em prol da saúde do trabalhador.

O movimento pela Reforma Sanitária brasileira, abordado no capítulo 2, defendeu a inclusão da participação da comunidade como uma das diretrizes para a organização do sistema público de saúde. Considera-se que a adoção desta diretriz pela Constituição Federal de 1988 se tornou uma das mais importantes inovações da história das políticas públicas no Brasil. Propiciou a criação de diversos mecanismos de articulação entre esferas de governo e de participação e Controle Social sobre as políticas públicas.

Ressalta-se que o Controle Social, defendido pela Reforma Sanitária, esteve sempre ligado à ideia da descentralização político-administrativa dos serviços e ações de Saúde, pois com o processo decisório descentralizado para as esferas estadual e municipal, enxergava-se claramente a oportunidade de se inserir na estrutura de poder, uma nova modalidade de gestão e participação popular.

Há duas instâncias de Controle Social no âmbito da política de saúde, as Conferências de Saúde, transitórias de caráter deliberativo e propositivo, e os Conselhos de saúde, de caráter permanente e deliberativo foram instituídos pelas Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990, que estabeleceram como requisito obrigatório para o repasse de recursos para os municípios, a existência do Conselho de saúde, do fundo de Saúde, do plano de Saúde e dos relatórios de gestão.

Nesse sentido, enfatiza-se a importância do Conselho Municipal de Saúde de Parauapebas na disputa pelos gastos estatais para execução das ações previstas pela PNSTT e PNSST, pois se acredita no potencial deste dispositivo para defender os interesses dos trabalhadores. Neste ponto, concorda-se com Correia (2005, p. 41):

Analisando-se a categoria 'Controle Social' a partir do referencial de Gramsci, pode-se afirmar que este é contraditório, pode ser de uma classe ou de outra, pois, como momento do Estado, a sociedade civil é um espaço de luta de classes pela disputa do poder. É a partir da sua concepção de Estado

ampliado- com função de manter o consenso além da sua função coercitiva-, quando incorpora as demandas das classes subalternas, a depender da correlação de forças existentes na sociedade civil. Na perspectiva das classes subalternas, o Controle Social visa à atuação de setores organizados na sociedade civil que as representam, na gestão das políticas públicas que permita controlá-las para que atendam, cada vez mais, às demandas e aos interesses dessas classes. **Portanto, o Controle Social envolve a capacidade que as classes subalternas, em luta na sociedade civil, têm de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses delas, tendo em vista a construção de sua hegemonia.** (grifo meu).

Bidarra (2006) avalia que os Conselhos gestores podem ser ao mesmo tempo, arenas para a representação e para disputas entre propostas totalmente diferenciadas, mas também podem acabar se constituindo como espaços para a preservação do tipo da gestão política que melhor corresponda aos interesses dos gestores. Desse modo, pondera-se que CMS de Parauapebas, pela atuação tímida em relação à pauta da saúde dos trabalhadores está se constituindo mais em espaço para preservação da política do gestor municipal do que em espaço privilegiado de defesa dos interesses da classe trabalhadora.

Identifica-se que os Conselhos municipais não podem ser considerados como o principal instrumento de gestão das políticas públicas nem como o único canal efetivamente democrático, pois, como elucidam Junior, Ribeiro e Azevedo (2004), deve-se considerar que no sistema de governo, há uma espécie de combinação entre democracia representativa – eleições diretas e universais para o Executivo - e a democracia direta, os Conselhos e outros instrumentos de participação dos trabalhadores.

3.4 A ATUAÇÃO DOS SINDICATOS DE TRABALHADORES NO DEBATE POLÍTICO SOBRE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR: O CASO DO SINDICATO METABASE

Vale ressaltar a atuação dos sindicatos e das centrais únicas de trabalhadores nas construções e disputas políticas sobre a questão da saúde do trabalhador realizadas nas Conferências e nos Conselhos de Saúde.

No município de Parauapebas, conforme informações do Conselho Municipal de Saúde (CMS)⁴⁷, com exceção do Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Parauapebas (SINSEPAR), nenhum outro sindicato de trabalhadores compõe o Conselho ou

⁴⁷ Entrevista realizada em 13 de janeiro de 2016 na sede do CMS, com a participação da presidente do CMS e do representante do segmento dos trabalhadores da saúde.

se inscreveram para participar das Conferências Municipais. Indagados sobre a participação dos sindicatos de trabalhadores ligados à mineração, os conselheiros reforçaram que não há participação, “o METABASE, essas coisas, nunca nem se escreveram numa Conferência de Saúde”.

O Metabase é o Sindicato dos Trabalhadores na Indústria da Extração e Beneficiamento do Ferro e Metais Básicos de Marabá, Parauapebas, Curionópolis e Eldorado dos Carajás – PA, o maior sindicato de trabalhadores da região, com um pouco mais de três mil trabalhadores associados atualmente, de acordo com os dados informados por seu presidente⁴⁸.

O sindicato menciona que possui como um dos seus objetivos garantir a saúde e segurança dos trabalhadores, além de outros objetivos.

A nossa constituição, a nossa CLT no artigo 522 diz que o papel do sindicato é ajudar o estado a fiscalizar o direito do trabalhador e nós temos plena consciência e fazemos, ajudamos a fiscalizar o direito do trabalhador. Isso se refere em garantia de posto de trabalho, em garantia de trabalhar com saúde e segurança, de ter direito a participação no lucro da produção, nós já conseguimos aqui, trabalhador que em certo momento recebeu até mais de seis salários. (Representante METABASE - Carajás).

O Metabase Carajás possui uma diretoria de Segurança e Saúde do Trabalhador e as questões referentes à saúde do trabalhador são geralmente negociadas através de acordos coletivos.

Representante Metabase: Acordo coletivo você faz ele de 0 a 2 anos né? Então venceu um agora, no mês 11, nos tamo discutindo outro. É dia 10 e 11 lá no coisa, nós tamo discutindo, Todo esse acordo aqui, garantia de emprego, assistência médica, regime de livre escolha **Pesquisador:** Isso aí tudo é acordo? **Representante Metabase:** Tudo é o acordo! **Pesquisador:** E tem algum a outra pauta nova? **Representante Metabase:** Não, por enquanto é só isso aqui. Despesa com armação de óculos... A empresa reembolsa 50% das despesas com armação de óculos, observando o limite máximo de 2.800 e pouco... E aí vai... Despesa com vacina 40% reembolsa, reembolso de despesas médicas, dependentes, pessoas com deficiência, um monte de coisa... Os exames, aí vai...

Observa-se que para o sindicato a garantia da saúde dos trabalhadores está atrelada diretamente à manutenção e renovação dos acordos coletivos com a empresa. A dimensão de saúde do trabalhador, enquanto direito universal e dever do Estado, é reduzida a barganha de co-financiamento de despesas médicas.

⁴⁸ Entrevista realizada no dia 06 de novembro de 2015, com o representante do Metabase, na sede do próprio sindicato.

O sindicato tem acesso aos Planos de Controle Médico da Saúde Ocupacional do Trabalhador (PCMSO) e as Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT), entretanto, o presidente relata que a maioria dos casos relacionados à saúde do trabalhador, ou melhor, à ausência da saúde, acabam nas varas da Justiça do Trabalho, é onde assessoria jurídica do Metabase poderá ser solicitada pelo trabalhador. Sobre o PCMSO, o presidente explica:

É o plano de saúde médica ocupacional, é saber os agentes químicos, é o mapeamento de riscos, saber os agentes químicos, físicos e biológicos que o trabalhador está exposto, isso aí o sindicato tem que saber...Qual o nível de fumos metálicos, qual o nível de .. presente na poeira do minério, quais os riscos, a periculosidade quem trabalha com combustível explosivos, isso aí, LTCAT nós temos acesso. Então essa questão de doença é muito relativa né? O camarada entende que adoeceu no trabalho, a empresa diz que não, acaba indo pra justiça. (Representante Metabase Carajás).

Com base no levantamento realizado sobre as pautas prioritárias para o sindicato Metabase através de análise das edições do Jornal “O Ferruginho”, órgão oficial de comunicação do sindicato, foram analisadas as edições 1147, 1149, 1150 e 1151, além dos materiais da campanha de filiação, todas as matérias do ano corrente, identificou-se as seguintes pautas: Participação nos Lucros e Resultados (PLR), que aparece em todas as edições; Desemprego; Adicional de periculosidade e Programação de Greve para cobrar recompensa financeira por mais um recorde de produção. Contudo, não se identificou pautas sobre a segurança e saúde do trabalhador, a pauta que mais se aproximou desta temática se referia a cobrança de adicional de periculosidade, no valor de 30 % do salário nominal retroativos de cinco anos para 170 (cento e setenta) trabalhadores operadores de perfuratriz, mecânicos, soldadores e caldeireiros que realizam a manutenção em equipamentos na mina Salobo, da empresa transnacional Vale S/A.

Ressalta-se que a formulação e a gestão da Política Nacional de Segurança e Saúde seguem a lógica tripartite, logo, os sindicatos, a “base”, são representados por suas Centrais Sindicais, “cabeças”, que nas reuniões da Comissão Tripartite discutem e disputam pautas referentes as Normas Regulamentadoras (NR), execução e reavaliação da PNSST.

Avalia-se que somente é possível analisar a atuação do sindicato frente à demanda da segurança e saúde dos trabalhadores dentro da conjuntura política econômica delineada no primeiro capítulo. Para Alves (2007), o século XX revelou os limites das instituições defensivas do trabalho, como os sindicatos.

As mudanças no processo produtivo introduzidas pelo novo complexo de reestruturação produtiva (a terceirização, just in time/ kaban, implementação de novas

tecnologias, realocização geográfica de diversas empresas) repercutiram em demissões em massa, na modificação da estrutura dos trabalhadores industriais, ocasionando uma fragmentação da classe trabalhadora. (ALVES, 2000).

É, nesse quadro, que os sindicatos neocorporativistas surgem: eles são frutos de mudanças políticas e ideológicas ocorridas nos sindicatos de classe – o que repercute, segundo Alves (2000), em políticas sindicais de colaboração com o capital.

Durante entrevista com o representante do sindicato Metabase, o mesmo afirmou que a entidade prioriza as negociações em prol do trabalhador, mas se houver necessidade de deflagrar greve, a categoria assim fará. No entanto, a última greve significativa da categoria, que mereceu a lembrança do entrevistado, aconteceu na década de 1990, como relata o sindicalista.

Pesquisador: E como o Sr descreveria a relação do sindicato com a Vale?

Representante Metabase: Dependendo da maré. Agora mesmo tá muito ruim, desde o começo do ano a gente vem fazendo movimento pesado, denunciando as demissões, já fizemos paralisações, a gente chega bota o carro na porta da mina, para e diz, oh Vale não dá pra trabalhar assim, então negocia... negociou libera apartaria...Então essa relação é de acordo com a maré. A gente conversa, eu aprendi, tem um ditado que diz: pelo santo se beija as pedras, não é verdade? então, você já viram gente se ajoelhar numa calçada quente pra beijar um santo, acender uma vela? **Pois é tem o ditado, pelo santo se beija as pedras, então a gente tem que conversar, pelos trabalhadores você tem que sentar com o patrão, conversar, discutir o melhor pro trabalhador.** Eu não tô aqui pra quebrar a Vale, explodir ela, fechar a mina, não, pra engessar ela não. Precisa de investidor, precisa da Vale, precisa da Anglo América, precisa de quem sabe minerar para pra tirar minério e nós vendermos. Então nós vamos conversar e buscar o melhor para os trabalhadores [...] . Vamos conversar, vamos fazer greve se tiver que fazer, igual fizemos em 1990, ficamos 10 dias parados, contra as nossas perdas salariais na época pelo plano Collor, então na hora de fazer greve nós fazemos, protesto, manifestação, vamos fazer, mas nós vamos sentar pra conversar também. Somo um sindicato filiado a CUT - Central Única dos Trabalhadores-, vamos conversar na hora certa.

A partir do governo Collor, as tendências neocorporativas de participação/negociação passaram a prosperar no sindicalismo brasileiro, a começar pela crise de perspectiva política da CUT, decorrente da nova conjuntura político-ideológica no país: a política econômica recessiva, a crise do socialismo e a ofensiva ideológica do neoliberalismo, em escala internacional, atingiram, em cheio, a organização e a luta sindical no Brasil (ALVES, 2000). O sindicato Metabase Carajás sofreu as repercussões das mudanças no processo produtivo orquestrado pela Reestruturação produtiva e para garantir sua sobrevivência, tornou-se um sindicato neocorporativista.

Gomes (2015), durante pesquisa sobre a ação sindical e a questão socioambiental no Complexo Mineiro de Carajás (PA), relata que o Metabase participou em 2013 no debate promovido na Conferência das Cidades, etapa municipal, referente ao tratamento de resíduos urbanos e do Plano Diretor de Parauapebas e, na mesma época estavam sondando ocupar espaços nos Conselhos Municipais de Saúde e de Educação. Mas, segundo a análise de Gomes, não estava no horizonte da diretoria participar como membro permanente, e sim como colaborador, pois acreditam que se envolver com questões do desenvolvimento do município pode acabar “desvirtuando o objetivo nosso” (discurso do assessor sindical do Metabase, 2013).

A partir deste discurso, entende-se que para o Metabase discutir e cobrar a implementação da política pública de segurança e saúde do trabalhador no município de Parauapebas não é importante, pois acreditam que questões “macro” podem desvirtuar o objetivo da entidade. Mais uma característica que comprova que este sindicato perdeu seu caráter de classe.

Desta maneira, acredita-se que assim como a forma de atuação dos sindicatos de trabalhadores corroborou na década de 1980 para o movimento que cobrou uma política de saúde do trabalhador alternativa as ações pré-existentes, hoje, pela pouca atuação, estes mesmos sindicatos consente com a inoperância das políticas de SST.

3.5 A CONTRA CORRENTE: OS MOVIMENTOS SOCIAIS DA REGIÃO DE CARAJÁS QUE CRITICAM A ATUAÇÃO DA VALE S/A

O Problema dos acidentes de trabalho e adoecimentos dos trabalhadores da mineração tomou grandes proporções a ponto de se criar uma identidade coletiva na região de Carajás. A Associação dos Trabalhadores Vitimados por Doenças do Trabalho do Sudeste do Pará (ATVDT), diante da necessidade de organização de trabalhadores afetados pelas atividades minerárias desenvolvidas pela Vale S/A, especialmente em relação à doenças ocupacionais e acidentes do trabalho, surgiu no ano de 2006, na cidade de Parauapebas – PA, e se apresentava inicialmente como o Movimento dos Trabalhadores Lesionados e, posteriormente, em 2010, já com personalidade jurídica, como ATVDT.

A Associação tem como objetivo a “proteção dos trabalhadores já vitimados, a implementação de ações e políticas para a proteção dos trabalhadores ainda saudáveis,

intervenção em políticas de melhoria de condições de trabalho e redução de jornada, bem como apoio jurídico e psicossocial aos associados.” (Projeto da ATVDT).

Segundo informações contidas no Projeto “Direito a vida para além das minas” de autoria da ATVDT, após terem sido verificados que a Vale S/A e o Sindicato Metabase celebravam Acordos Coletivos de Trabalho com cláusulas que discriminam, prejudicam e retiram direitos adquiridos pelos trabalhadores afastados em razão de doença ou acidente de trabalho, a Associação passou a questionar juridicamente a validade de determinadas cláusulas das negociações coletivas, obtendo sucesso em algumas demandas.

Os associados da ATVDT ficaram conhecidos na região por conseguirem na justiça o direito a moradia no Núcleo Urbano de Carajás, enquanto estivessem afastados do trabalho e recebendo auxílio previdenciário. Esta Associação tem o apoio de outros movimentos sociais da região como a Comissão Pastoral da Terra (CPT), Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), Movimento Nacional pela Soberania Popular frente à Mineração (MAN) e Justiça nos Trilhos (JNT).

Ainda no âmbito dos movimentos sociais que questionam atuação da transnacional Vale S/A na região, destaca-se a Articulação Internacional dos Atingidos pela Vale, grupo de sindicalistas, ambientalistas, ONGs, associações de base comunitária, grupos religiosos e acadêmicos de oito países, que desde 2010 denunciam as violações cometidas por esta corporação multinacional.

Esta Articulação Internacional produziu o “Relatório de Insustentabilidade – 2015”, cujo objetivo é contrapor as informações dos Relatórios de Sustentabilidade divulgados anualmente pela empresa Vale S/A. Os autores do Relatório se apresentam da seguinte forma:

Somos comunidades inteiras que vivem no entorno da exploração sem limites de minérios. Somos sindicalistas que, a cada dia, testemunham a deterioração das condições de trabalho e as mortes causadas por acidentes continuarem, a despeito da luta que empreendemos. Somos quilombolas, indígenas, pescadores, ribeirinhos que querem apenas continuar vivendo do nosso jeito de ser.

Somos famílias inteiras forçadas a viver nas casas sujas pela fuligem das siderurgias, com as paredes rachadas pela passagem dos trens carregados de minérios, que, por sua vez, matam nossas crianças. Somos mulheres que adoecem pela sobrecarga emocional e de trabalho que se avolumam pelas tarefas historicamente realizadas por nós: cuidar dos doentes, dos idosos, das crianças com bronquite, alergias, dermatites, etc. (Relatório de Insustentabilidade, 2015, p. 12).

O objetivo do Relatório de Insustentabilidade é “evidenciar que o verdadeiro objetivo da Vale é capturar para si os valores do mundo através do controle territorial e da exploração sem limites buscando o lucro.” O Relatório se utiliza do recurso linguístico da ironia para descrever a missão e valores da empresa.

Quadro 4 - Relatório de Sustentabilidade Vale S/A 2015 vs Relatório de Insustentabilidade 2015

| | Relatório de Sustentabilidade da Empresa Vale S/A- 2015 | Relatório de Insustentabilidade 2015 |
|----------------|--|--|
| MISSÃO | Transformar recursos naturais em prosperidade e desenvolvimento sustentável. | Atuar a nível global para transformar recursos naturais em catalizadores de lucros, continuamente crescentes, para os acionistas, desconsiderando os direitos e expectativas dos trabalhadores, comunidades, populações tradicionais e gerações futuras a uma vida digna. |
| VISÃO | Ser a empresa de recursos naturais global número um em criação de valor de longo prazo, com excelência, paixão pelas pessoas e pelo planeta. | Lucrar, acima de tudo e todos, extraindo o máximo de recursos naturais, com os menores custos possíveis, a partir da desobstrução de qualquer entrave: legislação trabalhista e ambiental e direitos humanos. |
| VALORES | <ul style="list-style-type: none"> • A vida em primeiro lugar • Valorizar quem faz a nossa empresa • Cuidar do nosso planeta • Agir de forma correta • Crescer e evoluir juntos | <ul style="list-style-type: none"> • Atitude arrogante • Acumulação global • Desrespeito à legislação trabalhista e ambiental, tanto brasileira como internacional • Graves violações aos direitos humanos • Legado de severa destruição ambiental, cultural e social • Sustentabilidade para os lucros e não para as pessoas. |

Fonte: Elaboração Própria

O Relatório de Insustentabilidade socializa informações reveladoras sobre a negligência da empresa no que diz respeito à segurança e saúde do trabalhador. Segundo o Relatório, a Vale S.A. responde por diversos processos judiciais, tanto no Brasil como no exterior.

Em 2013, por exemplo, ela foi condenada pela Justiça do Trabalho do Maranhão a pagar uma indenização, de R\$ 18,9 milhões por danos morais, coletivos movida pelo

Ministério Público do Trabalho por desrespeitar diversas normas de meio ambiente e segurança do trabalho, o que ocasionou a morte de cinco funcionários na capital maranhense.

Não é apenas o judiciário brasileiro que tem identificado falhas elementares e total descaso da empresa com a vida dos trabalhadores. Na província canadense de Ontário, o governo entrou com uma ação na Justiça imputando nove acusações de violações da lei de saúde e segurança ocupacional da província pelo óbito de dois trabalhadores na Mina de Níquel Stobie, em Sudbury.

Em seu Relatório de Sustentabilidade, de 2013, são mencionados alguns acidentes ocorridos dentro das áreas de operações da empresa. Contudo, a Vale S/A não se responsabiliza pelos acidentes e nem pelas sete mortes ocorridas.

Apesar de registrar as mortes de trabalhadores por acidentes do trabalho, a Vale S/A ainda não divulga no seu relatório as mortes por atropelamento em suas ferrovias. Conforme a Agência Nacional de Transportes Terrestres, no ano de 2013, foram 105 vítimas em acidentes graves com mortes ou lesões graves nas quatro ferrovias operadas integral ou parcialmente pela Vale (Relatório de Insustentabilidade, 2015).

O trabalho realizado por esses movimentos sociais articulados internacionalmente, bem como pela Associação dos Trabalhadores Vitimados por Doença do Trabalho, Comissão Pastoral da Terra (CPT), Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), Movimento Nacional pela Soberania Popular frente a Mineração (MAN) e Justiça nos Trilhos (JNT), ao mesmo tempo evidencia as violações de direitos humanos e trabalhistas praticadas pela Vale S/A, mas deixa demarcado a posição de enfrentamento frente ao poder desta transnacional na região.

Nem todas as ações de enfrentamento contra a empresa Vale S/A se realizam de forma coletiva. O trabalhador, ex-funcionário da empresa, Marcos Santos, organizou um protesto solitário e silencioso na Portaria da Serra dos Carajás. O mesmo cobrava seu direito ao tratamento de saúde para os agravos decorrentes de um acidente de trabalho ocorrido enquanto era funcionário da mineradora. A notícia foi divulgada no mês de março de 2016 e circulou no maior canal de notícias do município de Parauapebas.

EX-FUNCIONÁRIO DA VALE QUE SE ACIDENTOU NA EMPRESA FAZ MANIFESTAÇÃO EM PARAUPEBAS

28/03/2016



Durante a manhã desta segunda-feira (28), quem passava pelas proximidades da Portaria de Acesso às Minas de Carajás, se deparou com uma manifestação pacífica de um ex-funcionário da Mineradora Vale que se acidentou na época em que trabalhava na empresa e alega que a multinacional o abandonou após o acidente.

Munido de um balde cheio de lama, com cordas amarradas nos pés e com uma fita preta em sua boca, Marcos Santos segurava em suas mãos um cartaz que estava escrito: “Eu quero tratamento”.

O manifestante alega que a empresa multinacional Vale não deu assistência necessária para que os problemas de saúde adquiridos após um acidente que aconteceu durante seu horário de trabalho, e agora ele continua enfermo e em busca de tratamentos delicados.



Outro lado

Sobre o caso envolvendo o ex-empregado Marcos Santos, a Vale esclarece, em nota enviada à equipe de reportagens do Portal Pebinha de Açúcar, que ele foi socorrido imediatamente após ter sofrido o acidente em 2012 e encaminhado ao hospital, onde passou por atendimento médico e realização de exames, que não revelaram problemas. Três dias depois, ao queixar-se de dores, ele foi internado e submetido a novos exames de imagem que também não identificaram fraturas, luxações ou lesões ligamentares. Na mesma semana, a Vale informou que a vítima foi transferida para Belo Horizonte e que após novos exames também não indicaram lesão.

Em 2012, Marcos Santos conseguiu benefício previdenciário pelo INSS. O empregado permaneceu afastado do trabalho pelo INSS durante três anos, de 2012 a 2015. Em todo esse período, como determina as normas, o empregado não foi acionado em nenhum momento para retorno ao trabalho. Neste período, ele recebeu todo suporte e acompanhamento da empresa como, fornecimento de medicamentos, psicoterapia; fisioterapia; visitas domiciliares do serviço social da empresa, além de transporte para tratamento e perícias do INSS.

Em agosto de 2015, Marcos Santos teve o seu contrato de trabalho rescindido e, no momento, o processo tramita na Justiça do Trabalho. A empresa aguarda a decisão judicial.

(Fonte:<http://pebinhadeacucar.com.br/ex-funcionario-da-vale-que-se-acidentou-na-empresa-fazmanifestacao-em-parauapebas/>).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo sobre as políticas de segurança e saúde do trabalhador no Brasil, aponta-se que o objetivo de tais políticas era a manutenção da força de trabalho, seja através da existência da Medicina do Trabalho nas empresas, seja por meio da obrigatoriedade do setor de Saúde Ocupacional ou da criação de um Serviço Especial de Saúde Pública, voltado para apoio médico-sanitário às regiões de produção de materiais estratégicos para as relações internacionais do país.

Mas, um fato histórico chama atenção pela capacidade da classe trabalhadora alterar, mesmo que por pouco tempo, essa lógica de conceber a força de trabalho. Os trabalhadores organizados em sindicatos e centrais únicas inseridos no movimento de Reforma Sanitária brasileiro conseguiram instituir o conceito de saúde do trabalhador da forma contra hegemônica possível para aquele momento histórico. Dali em diante, a saúde do trabalhador se tornou direito universal e dever do Estado, garantido constitucionalmente. O Estado nacional, por sua vez, criou um marco legal com as definições de saúde do trabalhador propostas pelo movimento e delegou ao Sistema Único de Saúde a operacionalização das ações.

No entanto, a década de 1990 trouxe outro panorama para os anseios do movimento sanitário. Os governos adotaram o Neoliberalismo, modelo político que fortaleceu o projeto privatista para a saúde e desbancou o projeto da Reforma Sanitária, retardando a implantação da política nacional de saúde do trabalhador.

As concepções (ainda não ações) contra hegemônicas de saúde do trabalhador retornam a pauta política do país no governo Lula (em especial, em 2004), mas agora atreladas às orientações internacionais da OIT, em que a gestão tripartite da política se mostrou potencialmente favorável para iniciar a disputa por uma política pública voltada para a saúde dos trabalhadores de forma preventiva e com promoção da saúde.

Dividiram-se as responsabilidades entre os Ministérios da Saúde, Trabalho e Renda e Previdência Social, criou-se os serviços, os programas, os planos. Mas o financiamento das políticas continuou seguindo a lógica do Neoliberalismo de redução dos gastos estatais.

A pesquisa constatou que esta lógica continua sendo adotada. A fiscalização dos ambientes de trabalho, por exemplo, responsabilidade do Ministério do Trabalho e Emprego, agora Ministério do Trabalho e Previdência Social, não é realizada no município de Parauapebas. Os auditores fiscais do trabalho da Gerência Regional de Marabá afirmam não

possuir recursos e estrutura física para fiscalizar os municípios sob sua jurisdição; os auditores não possuem equipamentos básicos para fiscalizar ambientes de trabalho no que tange às condições de segurança e saúde do trabalhador; a agenda de fiscalizações enviada pela Secretaria Nacional de Inspeção do Trabalho e pela Superintendência do Trabalho em Belém não priorizam as ações referentes à segurança e saúde no trabalho, pois não geram receitas.

No campo da saúde pública, o discurso continua o mesmo, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST Marabá, não realiza ações no município de Parauapebas, apenas no município sede, Marabá, sob a justificativa de não possuir recursos financeiros e humanos para atender os 22 municípios sob sua responsabilidade. Ressalta-se que o CEREST Marabá recebe o financiamento federal garantido em lei, mas não foi possível observar os gastos e nem a realização de procedimentos no ano de 2014, presume-se que o repasse foi suspenso em decorrência do não fornecimento dos sistemas em saúde. O quadro leva a algumas conclusões da operacionalização deste serviço: i) recurso financeiro insuficiente para atender 22 municípios; ii) baixa capacidade de prestar conta dos recursos federais; e iii) dificuldades no fornecimento de informações aos sistemas do SUS que visam o monitoramento e avaliação da política.

Ainda no campo da saúde, mas em nível municipal, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora não foi implementada até o momento. Apesar de existir coordenação de vigilância em Saúde do Trabalhador, não se encontrou nenhuma ação/procedimento notificada aos sistemas de informações em saúde. Ressalta-se que a única notificação que vem sendo realizada pelo setor de Vigilância em Saúde do município é a notificação de acidentes de trabalho ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), estas notificações são realizadas sob pena de as Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Ambiental perderem os recursos federais, pois, caso o município deixe de alimentar o SINAN, os recursos podem ser suspensos. Mas como se observou no item 3.2.2, as informações repassadas aos sistemas não representam a realidade dos acidentes de trabalho e adoecimentos no município, pelo contrário, se a gestão nacional da política de saúde utilizar os dados fornecidos pelo município para monitoramento da política a nível municipal, certamente irá chegar a uma avaliação equivocada.

O Plano Municipal de Saúde, em especial, a parte que estabelece a única meta para política de saúde do trabalhador, parece que foi copiado do Plano Estadual de Saúde, uma vez que pretende ampliar o número de municípios com serviços de saúde notificando doenças ou agravos relacionados ao trabalho de 11 em 2013 para 16 em 2017. Ora, como pode o

município de Parauapebas interferir nos serviços dos outros municípios? A única meta referente à saúde do trabalhador foi mal elaborada ou reproduzida literalmente do Plano Estadual de Saúde.

Diante do quadro municipal conclui-se: i) o município de Parauapebas apesar de possuir 28 anos de história atrelada a extração mineral, nunca implementou uma política de saúde do trabalhador voltada para os trabalhadores da mineração e nem para a população de forma geral; ii) apesar de possuir recursos próprios vultuosos e receber repasse federal para realização de ações de vigilância em saúde do trabalhador não as executa, a política de SST não faz parte da agenda prioritária do governo municipal; iii) diante da não implementação da PNSTT, o município de Parauapebas não é exigido pela gestão estadual ou nacional da Política.

Por um lado, fica evidente que as transformações ocorridas na era do capitalismo global, com o desenvolvimento do Neoliberalismo no país e adoção de elementos da reestruturação produtiva do capital pelas empresas brasileiras determinaram o formato e atual das políticas públicas e sociais, inclusive, as de proteção à segurança e saúde dos trabalhadores.

Por outro lado, os trabalhadores ligados direto ou indiretamente à mineração são atendidos pela extensa rede de saúde suplementar da região, pois possuem planos de saúde particular pagos integralmente ou parcialmente pelo empregador, negociados em acordos coletivos de categoria, portanto, moeda de troca na negociação com os empregadores. As instâncias de Controle Social e os sindicatos de trabalhadores que poderiam questionar esta conjuntura desfavorável para saúde do trabalhador no município foram atingidos pelos fenômenos políticos já mencionados, portanto, atenuaram sua capacidade, pelo menos momentaneamente, de disputar os gastos estatais em saúde do trabalhador.

Diante dos resultados revelados pelo trabalho de pesquisa, conclui-se que a força de trabalho, em especial, no município de Parauapebas-PA, apesar da existência de arcabouço jurídico e aparato de políticas públicas de proteção, permanece desprotegida em todos os aspectos que os cerca: na instabilidade do emprego, na relação salarial, nas condições de trabalho e, principalmente, na segurança e saúde do trabalhador.

Contraditoriamente, a pesquisa que buscava informações sobre a implementação das políticas públicas de segurança e saúde do trabalhador encontrou mais dados sobre intensificação da exploração e controle da força de trabalho do que de promoção da saúde destes trabalhadores.

Entretanto, ressalta-se que o projeto de reforma sanitária permanece em movimento no Brasil, ainda que haja perdas e a sensação de que o Estado Neoliberal e seu projeto privatista sempre saiam vitoriosos, as disputas nunca cessaram. A pauta da saúde dos trabalhadores inaugurada na década de 1980, nunca deixou de ser debatida pelos trabalhadores da saúde, movimentos sociais, Centros de Formação, em especial, a FioCruz etc. Mas para uma disputa qualificada, deve-se reconhecer, primeiramente, as limitações estruturais para que as políticas de segurança e saúde do trabalhador não operarem de forma satisfatória.

Como elucidado no trabalho, o Estado Capitalista torna-se responsável pelas políticas de segurança e saúde do trabalhador a partir do momento que o trabalhador, por ausência de saúde, prejudica o bom funcionamento da produção capitalista. O Estado como bom guardião das relações capitalistas de produção passa assumir as políticas públicas de proteção da força de trabalho.

Analisando a situação concreta do município de Parauapebas, a ausência de saúde dos trabalhadores empregados nunca será problema para o Estado enquanto houver um enorme contingente de trabalhadores desempregados na região. Uma vez que, com a quantidade de mão-de-obra sobrando é mais vantajoso para o capitalista trocar uma mercadoria com defeito, literalmente, pois o homem é mercadoria, por outra nova, que inclusive, aceitará todas as condições impostas pelo empregador. Nesse sentido, o Estado não será cobrado pelos capitalistas pela implementação de uma política pública efetiva de segurança e saúde do trabalhador, mas poderá ser cobrado pelos trabalhadores.

No entanto, verifica-se que em Parauapebas esta cobrança não existe, apesar de aglutinar milhares de trabalhadores empregados e desempregados, o município não se sente pressionado em implementar as políticas nacionais de segurança e saúde do trabalhador e, ao mesmo tempo, não é fiscalizado pelos representantes dos trabalhadores no Conselho Municipal de Saúde. Os sindicatos de trabalhadores, por seu turno, se ausentam das discussões sobre os rumos da saúde no município, o Metabase, por exemplo, justifica o não envolvimento com os problemas do município por acreditar que isto pode descaracterizar o objetivo do sindicato.

Considerando por um lado, o cenário de restrição de gastos com as políticas sociais, forjado pelo Projeto Neoliberal no Brasil, que criou políticas de segurança e saúde do trabalhador com financiamento insuficiente, como o caso da Gerência Regional do Trabalho em Marabá e do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST Marabá. E por outro lado, a realidade observada no município de Parauapebas em relação à organização dos

trabalhadores, o (des) controle social em saúde do trabalhador e a extensa rede de saúde suplementar na região, entende-se o porquê a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) vem sendo adiada neste município.

A contra corrente simbolizada pelos movimentos sociais que se opõe a atuação da transnacional Vale S/A faz lembrar que o consenso criado em volta desta empresa foi rompido naquela região. A divulgação das negligências relacionadas à segurança e saúde dos seus trabalhadores e a violação de direitos humanos e trabalhistas praticadas por essa empresa desmascara a verdadeira face dessa organização e abre espaço para que mais trabalhadores se identifiquem com a pauta da saúde do trabalhador na região.

Reserva-se também a este momento as considerações sobre o desenvolvimento do trabalho de pesquisa em si. Abre-se agora espaço para as considerações sobre o trabalho de pesquisa em si, sobre o processo pelo qual sujeito e objeto estavam entrelaçados como dois amantes.

O trabalho de pesquisa foi desenvolvido em pelo menos três territórios e em incontáveis “itinerâncias” entre Parauapebas e Belém. Primeiro, registra-se que a escolha do objeto, que na verdade não é propriamente uma escolha, mas, uma imposição do objeto se deu em território parauapebense, e reservou aventuras e desventuras para a pesquisadora e seu grupo de pesquisa.

O ato de pesquisar, no primeiro momento, envolve aproximação e conhecimento do objeto que se quer estudar. No entanto, se o objeto e sujeito pesquisador nunca se cruzaram anteriormente, a não ser tangencialmente, o desafio se torna ainda maior, e este foi o caso deste trabalho de pesquisa. O campo da Saúde do Trabalhador apesar de constituir o campo da Saúde Pública e Coletiva, nunca foi tema se quer dos Seminários frequentados pela pesquisadora.

O laço mais forte que unia objeto de pesquisa e sujeito pesquisador estava na atuação desta última como assistente social na política de saúde, cujos atendimentos do serviço social, necessariamente, se voltam, entre outras coisas, para a situação de trabalho dos usuários e como esta determina as condições de saúde dos mesmos.

A partir da aproximação cada vez mais intensa com o objeto, que se deu através das dezenas de consultas realizadas nos bancos de dados das políticas, da observação atenta dos serviços visitados, da escuta acurada das falas dos participantes da pesquisa, da leitura de bibliografias, análises de documentos e do cansativo trabalho de pensar, foi possível acompanhar o desvelar do objeto e de todos os fenômenos intrínsecos a ele.

Depois de concluso o processo de captura do movimento da realidade estudada, era necessário pintar a tela. E neste trabalho de pintura/escrita dos resultados da pesquisa, descobriu-se que o sujeito pesquisador possuía dinâmica e tempo próprio para pintar, com diferentes nuances de cor, as formas que se revelaram no trabalho de pesquisa. Ressalta-se que a tela somente foi concluída depois da compreensão de fato da totalidade do objeto.

A felicidade de concluir este trabalho está muito mais ligada à sensação de saber que se começou a aprender a pesquisar do que a sensação do trabalho finalizado.

REFERÊNCIAS

ALVES, Giovanni. **Limites do sindicalismo: Marx, Engels e a crítica da economia política**. Bauru: Giovanni Alves, 2003.

_____. **Dimensões da Reestruturação Produtiva: ensaios de sociologia do trabalho**. 2 ed. Londrina: Práxis, 2007.

_____. **O novo e precário mundo do trabalho: Reestruturação produtiva e crise do sindicalismo**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2000.

_____. Do “Novo Sindicalismo” à “Concertação Social”: Ascensão (e Crise) do Sindicalismo no Brasil (1978-1998). **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, 15, p. 111-124, nov. 2000.

_____. **Neodesenvolvimentismo e Estado Neoliberal no Brasil**. Artigo publicado em 02 de Janeiro de 2013. Blog da Boitempo. Disponível em <<http://blogdaboitempo.com.br/2013/12/02/neodesenvolvimentismo-e-estado-neoliberal-no-brasil/>>. Acesso em: 23 Nov. 2013.

_____. **Neodesenvolvimentismo e precarização do trabalho no Brasil – Parte I**. Artigo publicado em 20 de Maio de 2013. Blog da Boitempo. Disponível em <<http://blogdaboitempo.com.br/2013/12/02/neodesenvolvimentismo-e-estado-neoliberal-no-brasil/>>. Acesso em: 23 Nov. 2013.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo. **Pós-liberalismo: as políticas sociais e o Estado Democrático**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

ANTUNES, Ricardo. **O Continente do Labor**. São Paulo: Boitempo, 2011.

BEHRING, Elaine Rosseti. Fundamentos de Política Social. **Abordagens da Política Social e da Cidadania**, módulo 3, 2000.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2011.

BIDARRA, Zelimar Soares. Conselhos gestores de políticas públicas: uma reflexão sobre os desafios para a construção dos espaços públicos. **Revista Serviço Social e Sociedade: Espaço público e Controle Social**, São Paulo, n. 88, p.42, nov. 2006.

BOSCHETTI, Ivanete. (Org.). **Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. América Latina, política social e pobreza: “novo modelo de desenvolvimento? In: SALVADOR, E. [et al.] (Org.) **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Centro de Documentação. Brasília, 1987.

BRASIL. **Consolidação das leis do trabalho e Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

_____. **Lei nº. 8. 080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.

_____. **Lei nº. 8. 142**, 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.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto Nº 7. 602, de 7 de novembro de 2011**. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm>. Acesso em: 22 Fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.823**, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 22 Fev.2016.

_____. **Decreto nº- 8.389**, de 7 de janeiro de 2015. Dispõe sobre a execução orçamentária dos órgãos, dos fundos e das entidades do Poder Executivo até a publicação da Lei Orçamentária de 2015. Diário Oficial da União. Nº 5, quinta-feira, 8 de janeiro de 2015. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Legislacao/Decretos/2015/150108_Decret_o_8389.pdf>. Acesso em: 4 Jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. 2. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Resolução Nº 333**, de 4 de novembro de 2003- CNS. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Glossário temático: saúde suplementar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar**. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Glossario_Tematico_Saude_Suplementar.pdf>

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios**. Saúde Brasil, 2008. Disponível em <<http://www.saudeetrabalho.com.br/download/sus-20anos.pdf>>. Acesso em: 9 Fev. 2016.

_____. **Diário Oficial da União de 20 de janeiro de 2015**. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOU/2015/01/20>>.

BRAVO, Maria Inês Souza. As políticas de Seguridade Social Saúde. In: CFESS/CEAD. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB-CEAD/CFESS, 2000.

BRAZ, Marcelo; NETTO, José P. **Economia Política: uma introdução crítica**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2012.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. O novo desenvolvimentismo e A ortodoxia convencional. **Revista São Paulo em Perspectiva**, v. 20, n. 3, p. 5-24, jul.-set. 2006. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/papers/2006/06.3.Novo_Desenvolv-SEADE.pdf>. Acesso em: 4 Jan. 2015.

CARVALHO, Guido Ivan de.; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90)**. 4 ed. São Paulo: Editora da Unicamp, 2006.

CASTELO, Rodrigo. O novo desenvolvimentismo e a decadência ideológica do pensamento econômico brasileiro. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 112, Out.-/Dez. 2012.

CHAUI, Marilena. Uma nova classe trabalhadora. In: SADER, Emir (Org.). **10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma**. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: FLACSO Brasil, 2013.

CHESNAIS, 1996

CORREIA, Maria Valéria C. **Desafios para o Controle Social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2005.

COUTINHO, Carlos N. **Contra a Corrente: ensaios sobre democracia e socialismo**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

CRUZ; COIMBRA; REIS. *In: Crise do capital, lutas sociais e políticas públicas* / Joana Aparecida Coutinho e Josefa Batista Lopes (organizadoras); Adelaide Coutinho...[et al.]. – São Paulo: Xamã, 2012.

ENGELS, Friedrich. **A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra**. Boitempo Editorial, São Paulo, 2013.

FILGUEIRAS, Luiz. O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico. **Neoliberalismo y sectores dominantes**, p. 179-206, 2006. Disponível em < <http://www.flexibilizacao.ufba.br/C05Filgueiras.pdf>>. Acesso em: 5 Jan. 2015.

FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FÓRUM BRASIL DO ORÇAMENTO. **Cadernos para Discussão: Superávit Primário**. Agosto de 2004. Disponível em < <http://www.ibase.br/pt/wp-content/uploads/2011/06/outros-super%C3%A1vit-prim%C3%A1rio.pdf>>. Acesso em 05 de Janeiro de 2015.

GOMES, Antônio M. Ação Sindical e a questão socioambiental no complexo mineral de Carajás (PA). In: RAMALHO, José R.; CARNEIRO, Marcelo S. **Ações Coletivas em Complexos Mínero-Metalúrgicos: a experiência na Amazônia e no Sudeste Brasileiro**. São Luís: EDUFMA, 2015.

GONÇALVES, Reinaldo. Novo Desenvolvimentismo e Liberalismo Enraizado. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 112, Out.-dez. 2012.

_____. Redução da desigualdade da renda no governo Lula: análise comparativa. In: SALVADOR, Evilásio et al. **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012

GRANEMANN, Sara. Estado e questão social em tempos de crise do capital. In: GOMES, Vera Lúcia; VIEIRA, Ana Cristina; NASCIMENTO, Maria Antônia. (Org.). **O Averso dos Direitos: Amazônia e Nordeste em Questão**. Recife. Editora Universitária da UFPE, 2012. p. 41 – 60.

_____. Previdência Social: da Comuna de Paris aos (falsos) privilégios dos trabalhadores. In: NAVARRO, Vera Lucia; LOURENÇO, Edvânia Ângelo de Souza (Org.). **O avesso do trabalho III: saúde do trabalho e questões contemporânea**. São Paulo: Outras Expressões, 2013.

IAMAMOTO, Marilda V. **Serviço social em tempo de capital fetiche: Capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2012. 22

_____. O Serviço Social na cena contemporânea. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CEFESS); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABPESS). **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília 2008. Disponível em: <http://www.cressmt.org.br/upload/arquivo/pos_graduacao_cfess_2010.pdf> Acesso em: 10 Ago. 2013.

_____. Os Espaços Sócio-Ocupacionais do Assistente Social. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CEFESS); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABPESS). **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília 2008. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/15556754/965251170/name/Texto_introdutorioMarilda_Iama_moto.pdf> Acesso em: 30 Out. 2013.

LACAZ, Francisco A. O campo saúde do trabalhador: Epistemologia, Desafios e Lacunas. In: NAVARRO, Vera Lucia; LOURENÇO, Edvânia Ângelo de Souza (Org.). **O avesso do trabalho III: saúde do trabalho e questões contemporânea**. São Paulo: Outras Expressões, 2013.

MANIFESTO DOS ECONOMISTAS PELO DESENVOLVIMENTO E PELA INCLUSÃO SOCIAL. Disponível em < <http://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Economia/Manifesto-dos-economistas-pelo-desenvolvimento-e-pela-inclusao-social/7/32180>>. Acesso em: 5 Jan. 2015.

MARX, Karl. **Manuscritos Econômico-Filosóficos**. São Paulo: Martin Claret, 2006.

_____. Teses sobre Feuerbach In: MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã**. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

_____. **O Capital: Crítica da economia política**. (Vol. I e 3). São Paulo: Boitempo Editorial, 2013.

MERHY, Emerson E. O capitalismo e a saúde pública. Editora Papyrus. São Paulo, 1987.

MESQUITA, Benjamim A. A atuação governamental, as forças de mercado e a inserção da Amazônia no ciclo das Commodities. In: COUTINHO, Joana Aparecida; LOPES, Josefa Batista (Org.). **Crise do capital, lutas sociais e políticas públicas**. São Paulo: Xamã, 2012.

MÉSZÁROS, István. **Para além do Capital**. Rumo a uma teoria da transição. São Paulo: Boitempo, 2002.

NETTO, José Paulo. Transformações Societárias e Serviço Social. Notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Serviço social & sociedade**. O Serviço Social no século XXI, ano XVII. n. 50, abr. 1996.

_____. NETTO, José. Introdução ao Estudo do Método em Marx. 1º Edição. Expressão Popular. São Paulo, 2011.

PAIM, Jairnilson S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, Sônia et al. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

PEREIRA, Potyara A. Utopias desenvolvimentistas e política social no Brasil. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 112, out.-dez. 2012.

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE. **2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

POCHMANN, Márcio. **Nova classe média?** O trabalho na base da pirâmide social brasileira. São Paulo: Boitempo, 2012.

_____. Políticas públicas e situação social na primeira década do século XXI. In: SADER, Emir (Org.). **10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma**. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: FLACSO Brasil, 2013.

RELATÓRIO DE INSUSTENTABILIDADE 2015. Disponível em <http://www.pacs.org.br/files/2015/04/Relatorio_pdf.pdf>

RODRIGUES, Marco Antônio S. **Sistema Único de Saúde (SUS) e “Controle Social”**: a experiência de um Conselho gestor em Belém-PA. Dissertação (de Mestrado), Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2007.

SADER, Emir (Org.). **10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma**. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: FLACSO Brasil, 2013.

SANTOS JUNIOR, Orlando A. dos; RIBEIRO, Cesar de Queiroz; AZEVEDO, Sergio de. **Governança Democrática e Poder Local**: a experiência dos Conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

TRINDADE, José Raimundo Barreto. **Dívida Pública e Teoria do Crédito em Marx**: elementos para a análise das finanças do estado capitalista. 2006. 253 p. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Econômico) – Curso de Pós-graduação em Economia, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná.

TRINDADE, José R B; OLIVEIRA, Wesley P; BORGES, Gedson T do N. O Ciclo Mineral e a Urgência de Políticas de Desenvolvimento Local: o caso do município de Parauapebas no sudeste do Estado do Pará. In: **Revista Políticas Públicas**. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFMA. v. 18, n. 2. 2014.

UGÁ, Vivian D. A Categoria “Pobreza” nas Formulações de Política Social do Banco Mundial. **Revista Sociol. Polít.**, Curitiba, 23, p. 55-62, nov.2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Pará – PPGSS UFPA, intitulada Segurança e Saúde do Trabalhador do Setor da Mineração na Região de Carajás-Parauapebas/PA, que tem como objetivo principal analisar a política pública de segurança e saúde do trabalhador na região de Carajás e os rebatimentos para a saúde dos trabalhadores da mineração. O tema escolhido se justifica pela necessidade de se estudar as ações públicas e privadas voltadas para a segurança e saúde do trabalhador em uma região com o perfil produtivo voltado para a mineração e, que apresenta as maiores estatísticas estaduais de acidentes de trabalho.

A pesquisa está sendo realizada pela discente do PPGSS UFPA, **Andréa Ferreira Lima da Silva**, matrícula nº 201417670001 sob a supervisão e orientação da professora **Dr^a. Adriana Azevedo Mathis**. Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma entrevista individual, gravada em áudio, com duração aproximada de 30 minutos, na qual você irá responder 19 perguntas pré-estabelecidas. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes preservados.

Esta pesquisa prevê leves riscos emocionais, uma vez que, os participantes podem se sentir desconfortável com o conteúdo das perguntas. Caso isso ocorra, a entrevista será interrompida, o participante receberá suporte emocional do pesquisador e, se necessário a entrevista será cancelada, podendo o participante ser desligado do estudo sem nenhum ônus.

O participante da pesquisa estará contribuindo para o campo de conhecimento na área de Segurança e Saúde do Trabalhador e poderá fornecer dados para os formuladores, executores, beneficiários e sociedade em geral sobre o funcionamento desta política pública.

Para participar da pesquisa é necessário que o candidato a participante esteja de acordo com este termo e tenha suas dúvidas sanadas sobre todos os aspectos pertinentes a pesquisa que lhe interessem e devam ser explicitados seguindo o rigor da legislação.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela pesquisadora principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução nº466/2012).

Eu, _____ recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

- ✓ Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;
- ✓ De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal;
- ✓ Da garantia que não serei identificado quanto a divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;
- ✓ Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido. Em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora Andréa Ferreira Lima da Silva - contato telefônico: (91) 98238-1001 e (94) 9978-2355 – email: andreaferreira72@yahoo.com.br – End: Rua São Luiz, Nº 352, Ap. 04. Bairro: Primavera – Parauapebas/PA.
- ✓ Também que, se houverem dúvidas quanto às questões éticas poderei entrar em contato com a Dra. Joana Valente Santana, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPA, pelo telefone (91) 3201-7716, endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO JOSÉ DA SILVEIRA. Rua Augusto Corrêa S/N – Setor Profissional – Instituto de Ciências Sociais Aplicadas (ICSA) 1º Andar. Email: ppgss@ufpa.br

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre Esclarecido (02 laudas), ficando outra via com a pesquisadora.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

Belém, _____ de _____ de 2016.