



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

**A INVISIBILIDADE SOCIAL DE TRABALHADORES E TRABALHADORAS  
INFORMAIS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) NO SUS**

JACIARA DOS SANTOS SILVA

JOÃO PESSOA-PB  
2025

JACIARA DOS SANTOS SILVA

**A INVISIBILIDADE SOCIAL DE TRABALHADORES E TRABALHADORAS  
INFORMAIS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) NO SUS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Sociologia. Linha de Pesquisa: Trabalho, Políticas Sociais e Desenvolvimento.

Orientador: Prof. Dr. Mauricio Rombaldi

JOÃO PESSOA-PB  
2025

Catalogação na publicação  
Seção de Catalogação e Classificação

S586i Silva, Jaciara dos Santos.

A invisibilidade social de trabalhadores e trabalhadoras informais na Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS / Jaciara dos Santos Silva. - João Pessoa, 2025.

314 f. : il.

Orientação: Mauricio Rombaldi.  
Tese (Doutorado) - UFPB/CCHLA.

1. Trabalho. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Trabalhadores informais. 4. Contrarreformas trabalhistas. I. Rombaldi, Mauricio. II. Título.

UFPB/BC

CDU 331(043)

Elaborado por RUSTON SAMMEVILLE ALEXANDRE MARQUES DA SILVA -  
CRB-15/0386



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

ATA Nº 27 / 2025 - PPGS (11.01.15.73)

Nº do Protocolo: NÃO PROTOCOLADO

João Pessoa-PB, 17 de Junho de 2025

**ATA DA REUNIÃO DA BANCA EXAMINADORA COMPOSTA PARA  
AVALIAR A(O) DISCENTE JACIARA DOS SANTOS SILVA**

Aos 17 dias do mês de junho de 2025, às 13:30 horas, por videoconferência, realizou-se a sessão pública de defesa de Tese, intitulada: "A INVISIBILIDADE SOCIAL DE TRABALHADORES E TRABALHADORAS INFORMAIS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) NO SUS", apresentada pela(o) discente **JACIARA DOS SANTOS SILVA**, estando a Comissão Examinadora composta pelos docentes: MAURÍCIO ROMBALDI (Orientação), ROBERTO VÉRAS DE OLIVEIRA PPGS/UFPB), DÉBORA LOPES DE OLIVEIRA (FSS/UERJ), THAÍS AUGUSTA CUNHA DE OLIVEIRA MÁXIMO (PPGPS/UFPB) e MÁRIO HENRIQUE GUEDES LADOSKY (PPGCS/UFCG). Dando início aos trabalhos, o Professor MAURÍCIO ROMBALDI, na qualidade de Presidente da Comissão, convidou os demais integrantes da Banca Examinadora para compor a mesa. Em seguida, foi concedida a palavra à (o) defendente para expor uma síntese de sua tese que, após, foi arguida pelos membros da comissão examinadora. Encerrados os trabalhos de arguição, os examinadores deram o parecer final sobre a tese, a qual foi atribuído o conceito de APROVADO. A seguir foi encerrada a reunião, devendo a Universidade Federal da Paraíba, após à(o) discente cumprir todas as etapas e exigências do PPGS, de acordo com a lei, expedir o respectivo Diploma de DOUTOR(A) em SOCIOLOGIA.

(Assinado digitalmente em 17/06/2025 16:30)  
MAURICIO ROMBALDI  
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR  
Matrícula: 2276902

(Assinado digitalmente em 17/06/2025 16:54)  
ROBERTO VERAS DE OLIVEIRA  
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR  
Matrícula: 1476411

(Assinado digitalmente em 18/06/2025 10:13)  
THAIS AUGUSTA CUNHA DE OLIVEIRA MAXIMO  
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR  
Matrícula: 2042859

Documento assinado digitalmente  
gov.br  
MARIO HENRIQUE GUEDES LADOSKY  
Data: 18/06/2025 19:28:45-0300  
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Documento assinado digitalmente  
gov.br  
DEBORA LOPES DE OLIVEIRA  
Data: 19/06/2025 06:26:55-0300  
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Processo Associado: 23074.037695/2025-14

Para verificar a autenticidade deste documento entre em <https://sipac.ufpb.br/documentos/> informando seu número: 27, ano: 2025, documento(espécie): ATA, data de emissão: 17/06/2025 e o código de verificação: 35fda91fa1

Aos meus pais (*in memoriam*), Maria e José Araújo, pelo amor e dedicação.  
Para sempre e por tudo.

## AGRADECIMENTOS

A construção desta tese foi tecida por desafios pessoais e investigativos, em um momento em que a sociabilidade do trabalho atravessava significativos acontecimentos, expressamente pela pandemia de Covid-19, iniciada em 2020, com consequências reais para a vida e a saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras. Mesmo diante de tantos desafios, sou muito grata...

À minha família, especialmente aos meus queridos irmãos Jairo e Jackson, pela presença e afeto. Aos meus sobrinhos, Henrique e Giovana, amores incondicionais, por me ensinarem, pelo carinho que tenho por vocês e pelas novas perspectivas em relação à vida. Às minhas tias maternas e primas e primos, pelo apoio constante na minha vida.

À minha amiga Lidiane, pelas palavras de carinho, incentivo e confiança, por estar incondicionalmente presente na minha vida. Você é minha inspiração.

Às minhas primas, Mayane, Oriana e Mayara, por todo carinho e afeto. Amo vocês!

À querida Maria Clara, por tornar momentos difíceis em momentos leves e alegres! Agradeço pelas trocas e cumplicidades.

À Thamires e Juscly. Parafraseando Angela Davis, quando a gente se movimenta, o universo se movimenta ao mesmo tempo. *Asè*.

À Filipe, pelo companheirismo, apoio e solicitude durante o processo de construção deste estudo.

Às amigas e amigos, Leonardo, Janaina, Kassandra, Vanessa, Leidiane, Renata, Geane, Carminha, Carmen, Anna Suely, Francinaldo, Renata Ligia, Fabiana e Ademir Jr., que me proporcionam a experiência, o afago e o prazer de compartilharmos os desafios da vida.

Às eternas amigas da graduação em Serviço Social, Sandrinha, Marcia, Tânia e Jorlania.

À querida Luciana Cantalice (*in memoriam*), que, em meio à elaboração desta tese, partiu tão precocemente. Lu, presente em nossos corações.

Aos colegas de trabalho no CEREST regional João Pessoa, em particular, ao diretor, Kleber José, compreensivos e companheiros nos momentos de maior desafio deste estudo.

Um agradecimento muito especial a meu orientador, Prof. Dr. Mauricio Rombaldi, por seu compromisso acadêmico e rigor intelectual, sempre prestados com leveza e dedicação. Grata pelas reflexões aqui presentes e por outras interlocuções que as antecedem no processo de doutoramento, que foram essenciais e estimulantes para a idealização desta tese.

À minha querida mestra e sempre orientadora, Profa. Dra. Bernadete de Lourdes Figueiredo de Almeida, que participa da minha vida desde a graduação em Serviço Social, apoiando, incentivando e compartilhando com muito afeto as minhas conquistas pessoais e profissionais.

Ao Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, além do seu reconhecimento teórico e de militância política, minha maior inspiração no campo da saúde do trabalhador. Meu carinho e admiração.

À banca examinadora, Profa. Dra. Débora Lopes de Oliveira, Profa. Dra. Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo, Prof. Dr. Roberto Vêras de Oliveira e Prof. Dr. Mário Henrique Guedes Ladosky, que gentilmente aceitaram participar desta tese. Certamente, os diálogos e sugestões aludidas trouxeram fecundas contribuições a este estudo.

Ao PPGS, representado pelo corpo docente e técnico administrativo. Em particular, aos(as) professores(as), os quais, em tempos de isolamento social em decorrência da pandemia de Covid-19, precisaram se adaptar às novas demandas pedagógicas do ensino remoto emergencial.

À UFPB. Gostaria de dizer que me considero uma pessoa extremamente privilegiada por ter cursado graduação, mestrado e doutorado nesta instituição. Viva a universidade pública, gratuita, laica e de qualidade.

Aos colegas do GE MultVisat, coordenado pelo Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, pelas constantes oportunidades de troca e aprendizado no campo da saúde do trabalhador. As reuniões semanais tornaram meu processo mais leve e ampliaram minha responsabilidade em construir uma pesquisa mais alinhada com a realidade, que se reflete de maneira semelhante na vida e no trabalho.

Ao Dr. Thiago Viegas, que há um ano, por meio dos nossos encontros, de forma humanizada, cuidado e palavras de incentivo foram essenciais para a finalização desta tese.

Aos participantes da pesquisa, pelas contribuições e socialização do saber que muito enriqueceram este estudo.

A todos nós, trabalhadoras e trabalhadores que resistem e lutam por um outro modo de vida que não a sujeição ao trabalho e a degradação do corpo e da mente.

Os poemas citados no decorrer da tese fazem parte do livro *Poemas para não perder*, de Golondrina Ferreira, trabalhadora e militante que escreve seus poemas em meio ao contexto de precarização e exploração do trabalho.

Aos Que Desanimam

Gostaria de te acordar com beijos  
e boas notícias  
— o sol saiu,  
os pássaros comemoram,  
as crianças brincam no pátio,  
vem visita de longe,  
ninguém mais vende seu trabalho,  
ninguém manda sem trabalhar.  
Mas o inimigo ainda é soberano,  
está por todos os lados  
e dentro de nós.

Nos submete  
e inverte todas as coisas:  
nosso suor vira seu produto,  
uma pequena parte vira o nosso preço  
e não conseguir ficar rico  
vira um fracasso individual.

...

O que era tempo vira trabalho,  
o que era nosso vira alheio,  
o que era história vira  
esquecimento.

Gostaria de te acordar com carícias  
e boas notícias,  
mas ainda há muito para ser feito.  
Estamos cansados, você diz,  
foram tantas derrota...  
somos poucos e estamos  
pior do que antes,  
o inimigo matou os que não pôde cooptar.

...

Nós, com todos os nossos defeitos,  
com nosso cansaço,  
com as marcas da derrota,  
com nossos mortos por vingar.  
Com toda a escuridão  
por cima dos ombros  
nos curvando,  
com a potência de derrubar toda ela  
ao levantar.

Golondrina Ferreira



## RESUMO

O avanço do capitalismo, sob ideais neoliberais, impõe desafios à regulação social pelo Estado e resulta em um processo histórico de contrarreformas que geram tensões crescentes sobre a força de trabalho e a organização dos trabalhadores. Nesse contexto, a emergência de distintas formas de trabalho precário e do desemprego estrutural tem efeitos significativos na saúde dos trabalhadores, especialmente dos informais, que se encontram à margem do sistema de proteção social e, assim, expostos a diversos riscos de adoecimento, acidentes e violências. Perante o exposto, o presente estudo tem como objetivo analisar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e sua interface com a informalidade do trabalho no estado da Paraíba, buscando compreender em que medida essa política é impactada pela crise do Estado e pela emergência de um novo padrão de regulação do trabalho. A pesquisa, de caráter qualitativo, adotou como estratégia metodológica a pesquisa bibliográfica, orientada nos marcos da tradição marxista, além da análise documental e da realização de entrevistas semiestruturadas com diretores dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) estadual e regionais da Paraíba, dirigentes sindicais e trabalhadores informais de diferentes ocupações: diarista, ambulante, pedreiro, entregador por aplicativo, costureira e esteticista. Os resultados da pesquisa indicam a fragilidade da regulação laboral, com a secundarização da PNSTT dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) e a invisibilização social dos trabalhadores informais nos serviços de atenção à saúde. Essa negligência se expressa na ausência de vigilância nos ambientes de trabalho informal e na ocultação de agravos à saúde relacionados ao trabalho. Essa combinação de fatores contribui para o aumento do adoecimento de trabalhadores, bem como para o crescimento do número de acidentes e mortes relacionadas ao trabalho. Diante desse cenário, torna-se urgente a formulação de estratégias para o fortalecimento do SUS e, consequentemente, do campo da saúde do trabalhador, garantindo um olhar ampliado e sistemático sobre as relações entre trabalho, condições de saúde e doenças dos usuários-trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

**Palavras-chave:** Trabalho. Informalidade. Saúde do Trabalhador. Contrarreformas do Estado.

## **ABSTRACT**

The advancement of capitalism, under neoliberal ideals, poses challenges to social regulation by the State and results in a historical process of counter-reforms that generate increasing tensions on the workforce and the organization of workers. In this context, the emergence of different forms of precarious work and structural unemployment has significant impacts on workers' health, especially informal workers, who are on the margins of the social protection system and, therefore, exposed to various risks of illness, accidents, and violence. Given this scenario, the present study aims to analyze the National Policy on Workers' Health (PNSTT) and its interface with labor informality in the state of Paraíba, seeking to understand to what extent this policy is affected by the State crisis and the emergence of a new pattern of labor regulation. The research, of a qualitative nature, adopted as a methodological strategy a bibliographic review, guided by the Marxist tradition, in addition to document analysis and semi-structured interviews with directors of the State and Regional Reference Centers for Workers' Health (CEREST) in Paraíba, union leaders, and informal workers from different occupations: housekeeper, street vendor, construction worker, app-based delivery worker, seamstress, and beautician. The research results indicate the fragility of labor regulation, with the PNSTT being deprioritized within the Unified Health System (SUS) and the invisibility of informal workers' health in healthcare services. This neglect is expressed in the lack of surveillance in informal work environments and the concealment of work-related health issues. This combination of factors contributes to the increase in worker illnesses as well as the rising number of work-related accidents and deaths. Given this scenario, it is urgent to formulate strategies to strengthen SUS and, consequently, the field of workers' health, ensuring a broad and systematic perspective on the relationships between work, health conditions, and diseases affecting worker-users of the Health Care Network (RAS).

**Key words:** Work. Informality. Worker Health. State Counter-Reforms.

## RESUMEN

El avance del capitalismo, bajo ideales neoliberales, impone desafíos a la regulación social por parte del Estado y resulta en un proceso histórico de contrarreformas que generan tensiones crecientes sobre la fuerza de trabajo y la organización de los trabajadores. En este contexto, la emergencia de distintas formas de trabajo precario y del desempleo estructural tiene impactos significativos en la salud de los trabajadores, especialmente de los informales, quienes se encuentran al margen del sistema de protección social y, por lo tanto, expuestos a diversos riesgos de enfermedades, accidentes y violencia. Ante este escenario, el presente estudio tiene como objetivo analizar la Política Nacional de Salud del Trabajador y la Trabajadora (PNSTT) y su relación con la informalidad laboral en el estado de Paraíba, buscando comprender en qué medida esta política se ve afectada por la crisis del Estado y la emergencia de un nuevo patrón de regulación del trabajo. La investigación, de carácter cualitativo, adoptó como estrategia metodológica la revisión bibliográfica, orientada en los marcos de la tradición marxista, además del análisis documental y la realización de entrevistas semiestructuradas con directores de los Centros de Referencia en Salud del Trabajador (CEREST) estatales y regionales de Paraíba, dirigentes sindicales y trabajadores informales de diferentes ocupaciones: trabajadora del hogar, vendedor ambulante, albañil, repartidor por aplicación, costurera y esteticista. Los resultados de la investigación indican la fragilidad de la regulación laboral, con la PNSTT siendo relegada dentro del Sistema Único de Salud (SUS) y la invisibilización de la salud de los trabajadores informales en los servicios de atención sanitaria. Esta negligencia se manifiesta en la falta de vigilancia en los entornos de trabajo informal y en la ocultación de los problemas de salud relacionados con el trabajo. Esta combinación de factores contribuye al aumento de enfermedades entre los trabajadores, así como al crecimiento del número de accidentes y muertes laborales. Ante este panorama, se hace urgente la formulación de estrategias para fortalecer el SUS y, en consecuencia, el ámbito de la salud del trabajador, garantizando una visión amplia y sistemática sobre las relaciones entre el trabajo, las condiciones de salud y las enfermedades de los trabajadores-usuarios de la Red de Atención en Salud (RAS).

**Palabras clave:** Trabajo. Informalidad. Salud del Trabajador. Contrarreformas del Estado.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

BIRD – Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados

CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho

CCS – Centro de Ciências da Saúde

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEBRAP – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CESIT – Estudos Sindicais e de Economia do Trabalho

CIEGES – Centro de Inteligência Estratégica da Gestão Estadual do SUS

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CGSAT – Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde do Trabalhador

CGTRAE – Coordenação-Geral de Fiscalização pela Erradicação do Trabalho Análogo ao de Escravizado e Tráfico de Pessoas

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

CISTT – Comissão Intersectorial em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNSTT – Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSAT – Coordenação de Saúde do Trabalhador

COSEMS-PB – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba

CRST – Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

DART – Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho

DIESSE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos

DIESAT – Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho

DORT – Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho

DVSAT – Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EC – Emenda Constitucional

FEDP – Fundações Estatais de Direito Privado

FENATRAD – Federação Nacional das Trabalhadoras Domésticas

FEST-PB – Fórum Estadual em Saúde do Trabalhador da Paraíba

FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

FGV – Fundação Getúlio Vargas

FIES – Fundo de Financiamento Estudantil

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FMI – Fundo Monetário Internacional

FNPETI – Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil

FUNDACENTRO – Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho

GES – Gerência de Educação na Saúde

GRO – Gerenciamento de Riscos Ocupacionais

HU – Hospital Universitário

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IHU – Instituto Humanitas Unisinos

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LDRT – Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho

LER – Lesão por Esforço Repetitivo

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MARE – Ministério de Administração e Reforma do Estado

MDB – Movimento Democrático Brasileiro

MT – Medicina do Trabalho

MM – Ministério das Mulheres

MOI – Movimento Operário Italiano

MPT – Ministério Público do Trabalho

MS – Ministério da Saúde

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

NAAST – Núcleo de Acolhimento e Assistência à Saúde do Trabalhador

NTEP – Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Panamericana da Saúde

OS – Organização Social

OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PAC – Pesquisa Anual de Comércio

PAIR – Perda Auditiva Induzida por Ruído

PBF – Programa Bolsa Família

PDRE – Plano Diretor da Reforma do Estado do Ministério da Administração e da Reforma do Estado

PEA – População Economicamente Ativa

PEC – Proposta de Emenda à Constituição

PIB – Produto Interno Bruto

PL – Partido Liberal

PMJP – Prefeitura Municipal de João Pessoa

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNI – Programa Nacional de Imunização

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PNSTT – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

PNVS – Política Nacional de Vigilância em Saúde

PPGS – Programa de Pós-Graduação em Sociologia

PT – Partido dos Trabalhadores

RAIS – Relação Anual de Informações Sociais

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RCL – Receita Corrente Líquida

RENASTT – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SINDAMBULANTES – Sindicato dos Ambulantes da Paraíba

SINECOM – Sindicato dos Empregados no Comércio da Grande João Pessoa

SINTRICOM JP – Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias da Construção Civil, Pesada, Montagem e do Mobiliário de Joao Pessoa e Região

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIS – Síntese de Indicadores Sociais

SO – Saúde Ocupacional

SST – Saúde e Segurança do Trabalho

STF – Supremo Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

SVSA – Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UnB – Universidade de Brasília

Unicamp – Universidade Estadual de Campinas

VPS – Vigilância Popular em Saúde

VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Participantes da Pesquisa	30
Tabela 2 – Caracterização de identificação dos trabalhadores informais	129
Tabela 3 – Sexo e grupos de idade	136
Tabela 4 – Notificação relacionadas ao trabalho (Sinan) conforme os agravos e doenças – Brasil, 2007-2022	218
Tabela 5 – Notificação relacionadas ao trabalho (Sinan) conforme as doenças e agravos – Paraíba, 2007-2022	219

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Modelos de Estado de Bem-Estar Social	51
Quadro 2 – Modelos de Sistemas de Proteção Social na América Latina	52
Quadro 3 – Cenário dos CEREST no estado da Paraíba, com respectivos municípios cobertos por cada Centro Exposição dos produtos comercializados no centro de João Pessoa/PB	97
Quadro 4 – Principais alterações na CLT promovidas pela contrarreforma trabalhista à saúde e a segurança dos trabalhadores	122
Quadro 5 – Exposição dos produtos comercializados no centro de João Pessoa/PB	158
Quadro 6 – Notícias sobre acidentes de trabalho ocorridos na Paraíba, 2023-2025	221
Quadro 7 – Queixas, doenças e agravos à saúde do trabalhador informal	225

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Óbitos por ano (Covid-19) – Brasil, 2025	82
Gráfico 2 – Taxa de informalidade da população ocupada, por UF's do Brasil (%) – 2º trimestre de 2024	113
Gráfico 3 – Proporção de pessoas com demanda não atendida de saúde (%) – Brasil	132
Gráfico 4 – Taxa de desocupação segundo sexo e cor/raça – Brasil, 2º trimestre de 2024	138
Gráfico 5 – Proporção de ocupados em trabalho desprotegido, segundo sexo e cor/raça – Brasil, 2º trimestre de 2024	138
Gráfico 6 – Pertença étnico-racial	142
Gráfico 7 – Nível de instrução	143
Gráfico 8 – Taxa de informalidade por escolaridade Brasil, 1º trimestre de 2022	144
Gráfico 9 – Proporção de pessoas com ensino superior completo segundo cor/raça – Brasil, 2º trimestre de 2012 a 2º trimestre de 2024	145
Gráfico 10 – Local de residência	146
Gráfico 11 – População total e em favelas e comunidades urbanas, por cor ou raça (%) – Brasil	149
Gráfico 12 – Taxa de informalidade por grupamentos de atividade – Brasil, 1º trimestre de 2014 e 2022	151
Gráfico 13 – Ocupação dos trabalhadores informais	152
Gráfico 14 – Tempo de trabalho na ocupação atual (n)	161
Gráfico 15 – Trabalho infantil (pessoas com 5 e 17 anos) – Brasil, 2024	164
Gráfico 16 – Média de horas trabalhadas	169
Gráfico 17 – Rendimento médio individual e familiar dos trabalhadores informais	171
Gráfico 18 – Rendimento médio do trabalho segundo cor/raça – Brasil, 2º trimestre de 2024	173

Gráfico 19 – Média de rendimento nominal mensal por posição na ocupação, sexo e raça, em reais – Brasil, 1º trimestre de 2022 (em R\$)	174
Gráfico 20 – Ocupação durante o período de carteira de trabalho assinada (n)	176
Gráfico 21 – Interesse na carteira de trabalho assinada	177
Gráfico 22 – Participação em organização coletiva e sindical	184
Gráfico 23 – Acidentes de trabalho por idade e sexo – Brasil, 2022	197
Gráfico 24 – Afastamentos Previdenciários relacionados aos agravos à saúde do trabalhador – Brasil, 2012-2022	199
Gráfico 25 – Despesa Previdenciária (INSS) - Auxílio-doença por Acidente do Trabalho (B91) – Brasil, 2012-2021	200
Gráfico 26 – Despesa Previdenciária (INSS) - Auxílio-doença por Acidente do Trabalho (B91) – Brasil, 2012-2021	201
Gráfico 27 – Contaminação por Covid-19	206
Gráfico 28 – Busca por atenção em saúde	237
Gráfico 29 – Instituições de saúde acessadas em decorrências das doenças e agravos à saúde (n)	238
Gráfico 30 – Reconhecimento das doenças e agravos à saúde com o trabalho (n)	242
Gráfico 31 – Investigação de Acidente de Trabalho, com notificações registradas no Sinan – Paraíba, 2023 (n)	243
Gráfico 32– Indicação para acessar os serviços do CEREST regional João Pessoa/PB (n)	245
Gráfico 33 – Contribuição atual a Previdência Social	250
Gráfico 34 – Preocupação com aposentadoria (n)	251

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma da seleção dos trabalhadores atendidos no CEREST regional João Pessoa, 2020-2023	32
Figura 2 – Áreas de abrangência dos CEREST – Brasil, 2024	95
Figura 3 – Áreas de abrangência dos CEREST – Paraíba, 2023	96
Figura 4 – Distribuição da população por cor ou raça (pessoas) – Brasil, 2024	131
Figura 5 – Regiões Metropolitanas da Paraíba, segundo o Censo Demográfico 2022	147
Figura 6 – Trabalhadores domésticos – Brasil, 2013-2022	153
Figura 7 – Mapa da cidade de João Pessoa/PB	157
Figura 8 – Distribuição dos municípios de acordo com a situação do indicador 13, na Paraíba de janeiro a agosto de 2024	166
Figura 9 – Congelamento da aplicação mínima em saúde	194
Figura 10 – Acidente de Trabalho, Eugênio Sigaud, 1944	197
Figura 11 – Distribuição geográfica dos Acidentes de Trabalho (CAT) – Brasil, 2022	204
Figura 12 – Distribuição espacial dos municípios que notificaram casos de Transtorno Mental relacionado ao trabalho de 2017 a 2023, Paraíba (n = 24 municípios)	230
Figura 13 – Notificações de Transtornos Mentais Relacionado ao Trabalho por sexo e faixa etária – Paraíba, 2017 a 2023	230
Figura 14 – Fluxo de Notificação de Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho	246

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	23
1. CRISE DO CAPITAL E O DESMONTE DO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL: NAS TRINCHEIRAS CONTRARREFORMISTAS DO ESTADO BRASILEIRO	38
1.1 A crise capitalista na cena atual	41
1.2 A arquitetura do Sistema de Proteção Social: da experiência <i>welfareana</i> à ofensiva neoliberal	48
1.3 O Sistema de Proteção Social Brasileiro: conquistas e retrocessos	56
1.4 O processo contrarreformista na política de saúde: o SUS sob ataque	66
1.5 A Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: novos e velhos dilemas?	84
2. INFORMALIDADE NO CONTEXTO DO TRABALHO CONTEMPORÂNEO E AS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE DOS TRABALHADORES E DAS TRABALHADORAS	106
2.1 Informalidade no Brasil: da precarização a espoliação dos direitos	108
2.2 O trabalho informal tem cor, gênero e classe: o mosaico da exploração	125
2.2.1 Indicadores de identificação: perfil dos trabalhadores informais	125
2.2.2 Indicadores referentes às condições de trabalho no contexto da informalidade	149
3. TRABALHAR, SINÔNIMO DE ADOECER, DE MORRER	190
3.1 <i>Hoje eu sei que foi o trabalho que me adoeceu</i> : o panorama das doenças e agravos à saúde dos trabalhadores no Brasil e no estado paraibano	194
3.2 As doenças e os agravos à saúde do trabalhador informal na região metropolitana de João Pessoa: o que revelam os dados?	223
3.3 À margem da proteção social: elementos que caracterizam a invisibilidade social dos trabalhadores informais na Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS	235

CONSIDERAÇÕES FINAIS	255
REFERÊNCIAS	265
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista com os Diretores dos CEREST estadual e regionais da Paraíba	294
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista com os Trabalhadores Informais	295
APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista com os Diretores Sindicais	297
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	298
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB	300
ANEXO B – Termo de Anuência para Pesquisa emitido pela Gerência de Educação na Saúde (GES) da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB	304
ANEXO C – Prontuário de Atendimento do CEREST regional João Pessoa	305
ANEXO D – Ficha de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)	313
ANEXO E – Ficha de Investigação de Acidente de Trabalho Grave	314



## INTRODUÇÃO



Segunda

As máquinas, mortas.  
Nós, vivos.  
Logo se inverte a coisa.

Golondrina Ferreira

A presente tese de doutorado é fruto de inquietações relacionadas à ausência do olhar sobre a saúde dos trabalhadores<sup>1</sup> informais ao longo da minha trajetória enquanto pesquisadora-docente e assistente social atuando no Sistema Único de Saúde (SUS), em particular, na Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), há doze anos. Durante esse período, foram manifestadas algumas preocupações, questionamentos e frustrações, nos distintos espaços coletivos da profissão e militância, quanto aos debates políticos e acadêmicos a respeito da invisibilidade social dos trabalhadores informais na Rede de Atenção à Saúde (RAS)<sup>2</sup> no SUS.

No modo de produção capitalista, o trabalho é determinado pelo processo de produção, em que os agravos à saúde<sup>3</sup> são oriundos de relações sociais em que o trabalhador se torna “apêndice da máquina” (Lara, 2011). Nesse movimento, a relação saúde-doença é resultante da interação dinâmica entre o trabalhador e sua atividade laboral. Ao abordar essa temática, considera-se que a análise da saúde do trabalhador se enquadra em um novo campo de saberes e práticas da saúde coletiva (Lacaz, 2007) que estuda e intervém nas relações entre trabalho e saúde, por meio da abordagem do processo de trabalho em uma dimensão técnico-social. Logo,

---

<sup>1</sup> O entendimento que versa sob o objeto de estudo revela a necessidade de afirmar um conceito de trabalho delineado por meio dos contornos estabelecidos pela divisão sociotécnica, sexual e étnico-racial do trabalho como parte e expressão do trabalho social. De tal forma, afirmamos uma perspectiva que dialoga de forma transversal com os determinantes de gênero, raça e sexo, concebendo aspectos diferentes que repercutem no processo de adoecimento de trabalhadoras e trabalhadores. Contudo, optaremos no curso da tese pelo uso da norma culta, linguagem padrão da língua portuguesa, fazendo uso do termo “trabalhadores” para representar os sujeitos acometidos pelos agravos e doenças relacionadas ao trabalho. Tal escolha não incorrerá, contudo, no risco teórico e epistemológico de ocultar as determinações de sexo, identidade de gênero e raça, no âmbito da análise da pesquisa e elaboração das categorias decorrentes do processo de estudo.

<sup>2</sup> A Portaria de Consolidação GM/MS nº 3 de 2017 (origem Portaria GM/MS nº 4279/2010) estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS. Define-se RAS como “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil/MS, 2022, p.14), cujo objetivo é “promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como, incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (*Ibidem*).

<sup>3</sup> O termo “agravos à saúde” utilizado neste estudo se refere aos adoecimentos, acidentes e doenças relacionados ao trabalho.

o trabalho, aqui considerado como um processo dinâmico, representa para o trabalhador a sua história individual e também coletiva (Mendes; Wunch, 2011).

É nesse contexto que se insere a proposta desta pesquisa: analisar o panorama situacional da PNSTT e a sua interface com a informalidade do trabalho, utilizando um recorte espacial do estado da Paraíba. O esforço despendido nessa investigação tem como base de apreensão a miríade de fenômenos à qual o trabalho informal e o processo saúde-doença estão interconectados. Em nossa percepção, essa interconexão está relacionada ao novo padrão de regulação do trabalho<sup>4</sup>, e dos processos contrarreformistas do Estado brasileiro, enquanto determinação hegemônica do capital financeiro, sob os impulsos do neoliberalismo, em sua nuance ultraneoliberal (Behring, 2023).

A hipótese norteadora deste estudo é que, embora a PNSTT tenha sido definida, estruturada e direcionada para o desenvolvimento da atenção à saúde integral de todos os trabalhadores e trabalhadoras, urbanos ou rurais, independentemente do modo de inserção e vínculo de trabalho (Brasil/MS, 2012), o seu escopo de atuação é predominantemente voltado ao trabalho formal. Apesar dos elementos estruturantes da formação social da economia brasileira, que se referem à constituição do trabalho livre e do mercado de trabalho (Carvalho, 2019), ao longo dos anos, isso resultou na incorporação de uma parcela significativa de trabalhadores a condições de superexploração<sup>5</sup> da força de trabalho.

No cenário histórico atual do capitalismo, as transformações mais significativas do trabalho incluem um aumento da informalidade, precarização e flexibilização das relações de trabalho (Antunes, 2022). Ao trazer à tona o debate sobre a informalidade no trabalho, entende-se que esse fenômeno e os agravos à saúde a ele associados se configuram expressões da questão social, concebida no âmago do desenvolvimento desigual do processo de trabalho no modo de produção capitalista. Como observa Netto (2006), as expressões da questão social estão

---

<sup>4</sup> De acordo com Klein (2017, p.78), o padrão de regulação do trabalho, com base nas características do capitalismo contemporâneo, busca fortalecer “[...] a autorregulação do mercado ao submeter o trabalhador a uma maior insegurança e ao ampliar a liberdade do empregador em determinar as condições de contratação, o uso da mão de obra e a remuneração do trabalho”.

<sup>5</sup> A categoria de superexploração do trabalho emerge dos estudos da Teoria Marxista da Dependência (TMD). No detalhamento categórico, Mathias Luce (2018, p.178) ressalta que “[...] a superexploração pode se dar mediante: (i) o pagamento da fora de trabalho abaixo do seu valor; (ii) o prolongamento da jornada além dos limites normais; e (iii) o aumento da intensidade além dos limites normais. Enquanto a primeira forma atenta mais diretamente contra o fundo de consumo do trabalhador, as duas outras tentam contra o fundo de vida. Existe, ainda, uma quarta forma, que, na verdade, é um desdobramento da primeira, que se expressa quando se exerce um hiato entre o elemento histórico-moral do valor da força de trabalho e a remuneração praticada. Em todas elas, o capital ou se apropria do fundo de consumo do trabalhador, deslocando-o para o fundo de acumulação; ou arrebatando anos futuros do trabalhador, apropriando-se de seu fundo de vida, o qual é também violado para alimentar a sanha da acumulação.

relacionadas às manifestações políticas, sociais e econômicas vinculadas às contradições originadas com o surgimento da classe operária e sua inserção no cenário político durante o processo de formação da sociedade capitalista. Está implícita, portanto, na acumulação do capital a contradição da riqueza social, que, embora erigida coletivamente, tem seu controle e usufruto realizados de forma individual. O autor sustenta que, por meio da análise marxiana, a questão social “está elementarmente determinada pelo traço próprio e peculiar da relação capital/trabalho – a exploração” (Netto, 2012, p. 206).

Embora não seja um fenômeno novo, a informalidade tem ganhado significados distintos e se expandido largamente na atualidade. Seus efeitos deletérios ecoam na vida dos trabalhadores – em especial, na sua saúde – por se encontrarem à margem do sistema de proteção social. É preciso sublinhar que as mudanças recentes do mundo do trabalho – os diferentes “modos de ser da informalidade” (Antunes, 2018) e o avanço do capital para esfera estatal ou pública – não podem ser pensadas de forma desvinculada do cenário macrossocietário. É crucial compreendê-las no interior da crise estrutural do capital (Mészáros, 2011), que, na contemporaneidade, revela sua “incapacidade civilizatória” como produção destrutiva para a vida social (Alves, 2019). Soma-se a isso o recrudescimento do neoliberalismo, com violentas formas de privatização e mercantilização de bens públicos coletivos (Behring, 2023).

Sob esses traços, a função do Estado é redimensionada. No Brasil, a imposição dos ajustes neoliberais sobre o Estado tem atuado de modo terminante após a aprovação da Constituição Federal de 1988, de “forma bombardeada e retalhada desde então” (*Ibidem*). A devastação vertiginosa que as diretrizes neoliberais têm operado no país se manifesta de maneira sistemática e agressiva por meio do golpe de 2016, com o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff (PT). Em especial, observa-se a instituição do regime fiscal, do governo Michel Temer (MDB), pautado nas orientações do projeto de governo “Uma ponte para o futuro”<sup>6</sup>. Os efeitos dessa medida ampliam largamente as políticas de austeridade, agravada pela investida ultraneoliberal durante o governo do seu sucessor, Jair Bolsonaro (PL). No bojo desses ajustes fiscais, está a defesa das contrarreformas do Estado.

---

<sup>6</sup> O documento lançado pelo Movimento Democrático Brasileiro (MDB) antes da deflagração do *impeachment* da presidenta Dilma “contém as diretrizes políticas para levar a cabo as regressões nos direitos sociais e trabalhistas [...] a Constituem algumas destas diretrizes a drástica redução do fundo público para o financiamento das políticas sociais públicas, especialmente as que compõem a Seguridade Social. Esta diretriz já tomou forma na aprovação aceleração da criação das melhores condições para a acumulação capitalista e a acentuação da blindagem do regime” (Duriguetto; Demier, 2017, p. 14-15).

Duas delas são principais: a da aprovação da Reforma Trabalhista, sancionada na Lei nº 13.467/2017, e a da Reforma Previdenciária, por meio da Emenda Constitucional (EC) nº 103, de 12 de novembro de 2019. Nessa seara de desmonte de direitos, destaca-se também a EC nº 95/2016, referida também como “PEC do fim do mundo”, a qual, como parte do receituário neoliberal, aprofundou o ajuste fiscal, congelando os investimentos em políticas públicas pelo período de vinte anos. Por conseguinte, inviabiliza-se o funcionamento das políticas sociais, além de “subordinar o orçamento público às finanças e a destruição de direitos sociais fundamentais” (Druck; Vieira, 2023, p. 322).

Essa série de prescrições contrarreformistas operam no sentido de descaracterizar e enfraquecer o financiamento do conjunto da Seguridade Social, com ataques à política de saúde, investidas de privatização do SUS e retrocessos nas demais políticas setoriais de saúde. Dentre essas, inclui-se a PNSTT, que passa a sofrer um processo de desarticulação e alijamento no interior da política de saúde. Acrescenta-se a esse cenário a redução e/ou ausência de fiscalizações protetoras do trabalho, bem como a exigência de medidas que buscam desregulamentar ou eliminar as legislações relativas a proteção à saúde e segurança dos trabalhadores.

Esse tensionamento do capital sobre o trabalho, ao submetê-lo a uma dinâmica corrosiva, tem produzido uma sociedade adoecida no e pelo trabalho. São ilustrativas, nesse sentido, as estimativas conjuntas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre os acidentes e adoecimentos laborais. Esses organismos reportam que, no mundo, quase dois milhões de trabalhadores morrem a cada ano em decorrência de agravos à saúde relacionados ao trabalho. A cada quatro horas, um trabalhador brasileiro morre em decorrência de acidente de trabalho, o que coloca o país na quarta posição do *ranking* mundial em mortalidade laboral, ficando atrás somente da China, Estados Unidos e Rússia (OIT, 2021).

Essas estatísticas mascaram um quadro ainda mais preocupante ao se considerar os acidentes e doenças que acometem os trabalhadores informais. Isso fica evidente ao considerar que, no Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a taxa de informalidade no país, no segundo trimestre de 2024, foi de 38,6% da população ocupada, ou 39 milhões de trabalhadores e trabalhadoras ausentes da rede de proteção dos direitos do trabalho. A realidade do estado da Paraíba não difere do contexto nacional: 50,3% dos paraibanos se encontram incluídos na informalidade (IBGE/Pnad Contínua Trimestral, 2024).

Além da gravidade e dimensões desses dados, a ocultação e a subnotificação<sup>7</sup> das doenças e agravos relacionados ao trabalho são uma característica estrutural do mercado de trabalho no Brasil. Se, no trabalho regulado, o não registro de acidentes e doenças com nexo laboral, é corrente, no trabalho informal, essa realidade é ainda maior. Por não serem regulados pelo Estado, os acidentes e adoecimentos ocorridos entre os trabalhadores informais não entram na base de dados da Previdência Social, mas nos sistemas de informação do Ministério da Saúde, a exemplo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), por meio da Ficha de Investigação<sup>8</sup>, e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)<sup>9</sup>. A notificação das Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (DART) nesses sistemas tem “[...] caráter estritamente epidemiológico e de vigilância em saúde do trabalhador, e a importância [...] se dá pelo papel de subsidiar as ações de vigilância, assim como auxiliar na construção de políticas públicas e na tomada de decisão pelos gestores da saúde” (Brasil/MS/CGSAT/DSAST/SVSA, 2024, s/p).

O não reconhecimento da categoria trabalho e do usuário-trabalhador nos serviços de saúde, assim como o subdiagnóstico, os erros na comunicação dos agravos à saúde, e mais recentemente, o impacto da pandemia de Covid-19<sup>10</sup> nas notificações de acidentes de trabalho no país, revelam-se entraves significativos para o acesso do trabalhador à saúde. Entre eles, está a incapacidade de um entendimento ampliado do processo saúde-doença e trabalho na rede pública de saúde. Ademais, ela impede que os instrumentos de informações do Ministério da Saúde e da Previdência Social consigam monitorar a morbimortalidade dos trabalhadores e os

---

<sup>7</sup> A notificação de agravos à saúde, conforme Portaria de Consolidação nº 04, de 28 de setembro de 2017, cujo Anexo 1 foi alterado há pouco mais de um ano, é de caráter compulsório e obrigatório para todos os profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao usuário-trabalhador, devendo ser realizada diante da suspeita ou confirmação de acidente ou doenças à saúde do trabalhador (Brasil/MS, 2023).

<sup>8</sup> O preenchimento da Ficha de Investigação “[...] deve ser realizado em casos de doenças ou agravos os quais a investigação da relação com o trabalho foi confirmada. Excetuam-se as intoxicações exógenas que podem ser notificadas, tanto para os casos suspeitos, quanto para os confirmados” (Brasil/MS/CGSAT/DSAST/SVSA, 2024).

<sup>9</sup> O Sinan tem como objetivo “[...] coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória” (Brasil/MS, 2006, p.06). Por sua vez, o SIM tem como finalidade unificar os “[...] mais de quarenta modelos de instrumentos utilizados, ao longo dos anos, para coletar dados sobre mortalidade no país. Possui variáveis que permitem, a partir da causa mortis atestada pelo médico, construir indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da gestão em saúde” (Brasil/MS, 2024, s/p)

<sup>10</sup> Inicialmente classificada em dezembro de 2019 como surto isolado na província de Wuhan, China, a novo vírus Sars-CoV-2, causador da Covid-19, ganhou proporções mundiais e mobilizou a OMS a decretar, em 30 de janeiro de 2020, Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), classificação para o mais alto nível de alerta da Organização (OPAS/OMS, 2024).

fatores de risco associados às doenças e agravos. A ausência de tais informações dificulta a elaboração do planejamento de ações de vigilância, promoção e intervenção sobre os ambientes e processos de trabalho (Brasil/MS/CGSAT/DSAST/SVSA, 2024).

Ancorada nas discussões acerca das transformações no mundo do trabalho e das ofensivas contrarreformistas do Estado, imperativas dos processos globais de acumulação do capital, que afetam direta e indiretamente a vida e a saúde dos trabalhadores, elencam-se as seguintes questões norteadoras da tese: como as determinações da crise estrutural do capital e do processo de contrarreformas do Estado brasileiro afetam o sistema de proteção social, em especial a política de saúde dos trabalhadores? Após mais de uma década em busca de consolidar a PNSTT como principal instrumento norteador para a promoção da saúde do trabalhador, podemos apontar os avanços e os retrocessos dessa construção? A PNSTT dispõe de estratégias para dar resposta ao atual fenômeno da informalidade, particularmente em vista do aumento de doenças e agravos relacionados ao trabalho? A saúde do trabalhador ainda se constitui pauta de interesse da ação sindical na atualidade?

Como desdobramento do objetivo central deste estudo, enumeram-se os seguintes objetivos específicos: a) identificar historicamente o desenvolvimento da PNSTT e da atuação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), bem como as estratégias estabelecidas frente ao novo padrão de regulação do trabalho; b) entender os limites e estratégias do campo da saúde do trabalhador diante das ofensivas contrarreformistas do Estado brasileiro; c) investigar como se acidentam e adoecem no e pelo trabalho os trabalhadores informais; d) compreender a relação entre a saúde dos trabalhadores e o debate sindical na atualidade.

A operacionalização deste estudo é firmada nos marcos da tradição marxista, que possibilita analisar historicamente as contradições inerentes a uma sociedade regida pela acumulação do capital e as formas de superexploração da força de trabalho, com impactos diretos na vida e na saúde dos trabalhadores. Para a sua elaboração, recorreu-se a abordagem qualitativa, com base na ferramenta de triangulação de métodos. A utilização da triangulação na pesquisa científica privilegia, como assinalam Marcondes e Brisola (2014), a construção do diálogo entre os dados empíricos, autores que abordam as categorias estudadas e a análise de conjuntura, em um contínuo processo dialético. A abordagem por triangulação também permite incorporar as múltiplas dimensões “[...] do contexto, da história, das relações, das representações [além do] emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação” (Minayo, 2005, p. 28-29).

Este estudo também realizou pesquisa bibliográfica e documental, composta de distintas etapas, articuladas entre si. A fase da pesquisa bibliográfica considerou a consulta direta a livros, artigos e periódicos científicos, em busca de uma aproximação teórico-metodológica às produções já existentes relacionadas ao objeto desta pesquisa. Nesse sentido, a definição do referencial bibliográfico ponderou três eixos centrais: o novo padrão de regulação do trabalho, as contrarreformas do Estado e o campo da saúde do trabalhador.

A fim de subsidiar a análise da atuação do Estado perante a desproteção social, as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores, a elaboração desta tese também incluiu o acesso a fontes de dados documentais produzidos por órgãos oficiais, a exemplo de Portarias, Notas Técnicas e Relatórios elaborados pelo Ministério da Saúde, Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde do Trabalhador (CGSAT), Sinan e de Prontuários de Atendimentos do CEREST regional João Pessoa. Além disso, foram utilizados dados e estatísticas publicizados pelo IBGE/Pnad, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Departamento Intersindical de Estudo Socioeconômico (Dieese), Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat) e do Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho<sup>11</sup>, por meio da Plataforma *SmartLab*.

Para a realização da pesquisa empírica, ocorrida entre os meses de maio a novembro de 2023, foi realizada a coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas junto aos grupos pesquisados, como ilustra a Tabela 1:

**Tabela 1 - Participantes da Pesquisa**

Participantes	n
Trabalhadores Informais	25
Diretores Sindicais	06
Diretores dos CEREST estadual e regionais da Paraíba	04
<b>Total</b>	<b>35</b>

Fonte: Elaboração própria (2024).

Além da entrevista semiestrutura, a pesquisa também recorreu à técnica de observação participante, com registro sistemático (diário de campo), prezando pelo rigor científico e pela

<sup>11</sup> O Observatório foi elaborado pelo Ministério Público do Trabalho (MPT) em parceria com OIT e a Faculdade de Saúde Pública da USP, com a finalidade de produzir e publicizar dados e informações para subsidiar políticas públicas de prevenção de acidentes e doenças relacionadas no trabalho.

ética profissional. Como observa Minayo (2001, p. 73), o “contato direto do pesquisador com o fenômeno observado” deve ocorrer sem um demasiado envolvimento entre as partes. Enfatiza-se que a inserção da pesquisadora enquanto profissional de Serviço Social que atua no CEREST é muito desafiadora. Por um lado, situa-se o livre acesso às informações e documentos pertinentes ao processo investigativo. Por outro, pelo fato de estar atuando no campo da saúde do trabalhador, mesmo em face a um ambiente aprazível e a uma relação de confiabilidade e respeito, em alguns momentos das entrevistas, os participantes da pesquisa consideraram essa ocasião como espaço para exteriorização de pensamentos pessoais. Como estratégia, fez-se necessário retomar os esclarecimentos a respeito da natureza e teor da pesquisa.

Perante os distintos participantes que compõem este estudo, apresenta-se a seguir o detalhamento para escolha dos sujeitos que integram a pesquisa de tese.

Com relação ao percurso histórico de institucionalização, desafios e perspectivas atuais do campo da saúde do trabalhador na Paraíba, foram entrevistados os 04 diretores dos CEREST estadual e regionais, localizados nos municípios de João Pessoa, Campina Grande e Patos<sup>12</sup>. Com o intuito de analisar o processo de precarização do trabalho e das doenças e agravos à saúde, foram entrevistados 25 trabalhadores informais das seguintes ocupações: diarista, ambulante, pedreiro, entregador por aplicativo, costureira e esteticista.

No sentido de organizar a condução das entrevistas com os trabalhadores informais, foram elaboradas as seguintes estratégias: inicialmente, realizou-se um estudo retrospectivo em torno do número de atendimentos realizados no Núcleo de Acolhimento e Assistência à Saúde do Trabalhador (NAAST), do CEREST regional João Pessoa, entre os meses de abril de 2020 a abril de 2023<sup>13</sup>, totalizando um universo de 826 trabalhadores<sup>14</sup>. Desses, 33 se configuraram como atendimentos de trabalhadores em situação de informalidade das seguintes ocupações: doméstica, diarista, pedreiro, ajudante de pedreiro, cabeleireira, cuidadora de idosos, artesanato,

---

<sup>12</sup> Realizado o contato por e-mail, a Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador, vinculada à Secretaria de Vigilância em Saúde, do Departamento de Vigilância em Saúde, Ambiental e Saúde do Trabalhador/Ministério da Saúde, para compor o quadro de participantes da pesquisa, mas não houve retorno.

<sup>13</sup> Ano de ingresso da pesquisadora no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

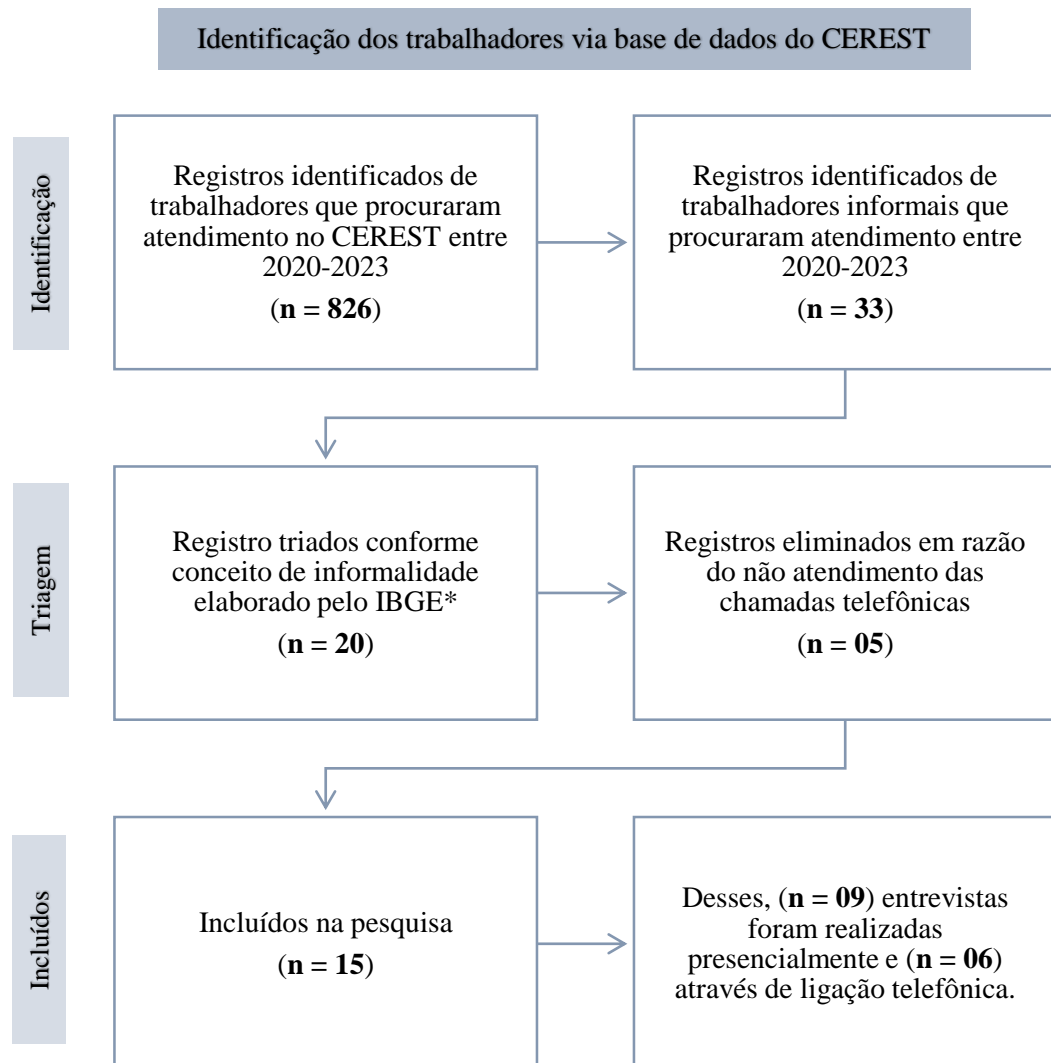
<sup>14</sup> É importante frisar que, durante os primeiros meses da pandemia de Covid-19, houve uma redução no número de atendimento de trabalhadores no CEREST em comparação ao ano anterior a pandemia. Destaca-se também que o universo de 826 trabalhadores corresponde ao primeiro atendimento com a equipe multiprofissional composta por assistente social, psicóloga, enfermeira e fisioterapeuta. Posteriormente, caso se confirme a relação com trabalho, o trabalhador é encaminhado (em outro momento) para o atendimento com o médico do trabalho. Dependendo da necessidade e entendimento do profissional, o trabalhador poderá comparecer outras vezes ao CEREST, configurando-se um novo atendimento.



eletricista, motorista, manicure e pedicure, costureira e esteticista (SMS/CEREST regional João Pessoa, 2023).

Essas informações estão detalhadas no fluxograma apresentado na Figura 1.

**Figura 1** - Fluxograma da seleção dos trabalhadores atendidos no CEREST regional João Pessoa, 2020-2023



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponibilizados pelo CEREST regional JP (2024).

\*Nota: Pessoas com vínculos de emprego sem registro (ou sem carteira de trabalho assinada); as pessoas que trabalham por conta própria e empregadores sem CNPJ; emprego doméstico sem registro e no trabalho em auxílio à família (Agência IBGE Notícias, 2019).

De posse da lista dos usuários-trabalhadores, selecionamos os seus respectivos prontuários de atendimento. Em seguida, com base nos dados de identificação presente nos prontuários, procedeu-se às ligações telefônicas, esclarecendo o teor e o conteúdo da pesquisa, além de efetuar agendamento para a realização da entrevista. Como apresentado na Figura 1,

09 entrevistas ocorrem presencialmente, após o atendimento-acolhimento do trabalhador no CEREST, e 06 por telefone, em virtude da dificuldade de deslocamento do trabalhador em comparecer ao serviço de saúde. As justificativas tecidas para o não comparecimento: possíveis transtornos na rotina cotidiana (pessoal e de trabalho) e despesas financeiras com o transporte.

A respeito da abordagem telefônica na investigação científica, Gil e Neto (2021) afirmam que essa modalidade constitui uma estratégia para a obtenção de dados que permite a comunicação interpessoal, enquanto alternativa razoável à entrevista face a face. Os autores ressaltam que essa modalidade é vantajosa, pois:

[...] permite seu agendamento no momento considerado o mais apropriado e também porque algumas pessoas se sentem mais à vontade não estando frente a frente com o entrevistador. Mas, por outro lado, impede que o entrevistador observe as características físicas e a expressão facial dos entrevistados, bem como as condições em que a entrevista foi realizada (Gil; Neto, 2021, p. 133).

Para dar celeridade à entrevista realizada por telefone, foram indagadas questões do roteiro de pesquisa da tese que não constavam no prontuário de atendimento do NAAST/CEREST<sup>15</sup>. Destaca-se também que, em ambas as situações – presencial e telefônica –, as entrevistas ocorreram em sala de atendimento no interior do CEREST regional João Pessoa. Em relação aos trabalhadores ambulantes, as entrevistas foram realizadas durante o horário comercial, nos próprios locais de trabalho, situados no entorno do Parque Solon de Lucena, localizado no centro comercial de João Pessoa/PB. As barracas com os produtos desses trabalhadores ficavam expostas nas calçadas das ruas à margem do intenso fluxo de pedestres. O acesso a esses trabalhadores ocorreu pela interlocução entre a pesquisadora e o diretor do Sindicato dos Ambulantes da Paraíba (SINDAMBULANTES).

Quanto às entrevistas com as entregadoras por aplicativos, o primeiro contato se deu em uma atividade realizada no Projeto de Extensão *Mobilização, saúde e segurança de trabalhadores que usam motocicleta na região metropolitana de João Pessoa*,<sup>16</sup> no qual a pesquisadora ministrou a Oficina sobre *Saúde da trabalhadora e direitos em tempos de trabalho plataformizado*. Em razão dessa atividade, a pesquisadora manteve contato com uma das entregadoras. Posteriormente, foi agendado as entrevistas, que ocorreram em espaço urbano, onde as entregadoras por aplicativo aguardavam chamada para entrega dos produtos. É

---

<sup>15</sup> O modelo de Prontuário de Atendimento se encontra no Anexo C desta tese.

<sup>16</sup> Projeto coordenado pelo professor Dr. Leonildo Santos do Nascimento Júnior, do Departamento de Fisioterapia, Campus I da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

importante destacar, que embora os trabalhadores ambulantes e as entregadoras por aplicativos não constem nos registros de atendimento do CEREST durante a realização do estudo retrospectivo, julga-se relevante a sua inclusão, em virtude desses trabalhadores estarem mais expostos rotineiramente aos riscos, acidentes, doenças e violências nos ambientes de trabalho.

Considerando que o controle social é um componente fundamental para a ampliação do campo saúde do trabalhador, conforme as normativas estabelecidas pelas Leis Orgânicas de Saúde (8.080/90 e 8.142/90), buscou-se compreender como a organização sindical enfrenta as novas demandas oriundas das mudanças no mundo do trabalho e como essas mudanças reverberam na saúde do trabalhador.

Para alcançar esse objetivo, foram entrevistados 06 dirigentes<sup>17</sup> dos seguintes sindicatos: Sindicato dos Bancários da Paraíba; Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias da Construção Civil, Pesada, Montagem e do Mobiliário de João Pessoa e Região (SINTRICOM JP)<sup>18</sup>; Sindicato dos Transportes de Cargas da Paraíba; Sindicato das Trabalhadoras e Trabalhadores Domésticos de João Pessoa e Região-PB; Sindicato dos Empregados no Comércio da Grande João Pessoa (SINECOM); e o SINDAMBULANTES. Tal escolha se justifica em virtude desses sindicatos – exceto o SINDAMBULANTES – manterem uma maior articulação e participação nos Cursos de formação continuada, a exemplo do Curso Básico de Formação de Agentes de Vigilância em Saúde do Trabalhador<sup>19</sup> e nas inspeções de VISAT realizadas pelo CEREST regional João Pessoa, tendo em vista a exposição e a incidência das doenças e agravos laborais pelos trabalhadores sindicalizados, a exemplo de: acidente de trabalho grave e/ou fatal; Lesão por Esforço Repetitivo/Distúrbio Osteomuscular relacionado ao trabalho (LER/DORT); intoxicação exógena; e, transtornos mentais relacionados ao trabalho. Ressalta-se que as entrevistas com os sindicalistas ocorreram nos respectivos sindicatos.

Diante do itinerário apresentado, convém ressaltar que todas as entrevistas foram gravadas e transcritas pela pesquisadora, com a devida autorização dos entrevistados, mediante

---

<sup>17</sup> A pesquisadora entrou em contato e agendou entrevista com a presidente da Associação dos Ambulantes e Trabalhadores em Geral da Paraíba (AMEG), com o representante da Secretaria de Saúde do Trabalhador, do Sindicato dos Trabalhadores em Telecomunicações do Estado da Paraíba (SINTTEL PB) e da Secretaria de Saúde do Trabalhador da CUT nacional e estadual. Porém, as entrevistas foram canceladas mediante mensagem de *WhatsApp* e/ou *e-mail*. Ademais, não conseguimos agendamento com os dirigentes dos sindicatos da indústria têxtil e calçadista da região metropolitana de João Pessoa/PB.

<sup>18</sup> Área de abrangência do sindicato: Alhandra, Bayeux, Caaporã, Cabedelo, Conde, Guarabira, Lucena, Mamanguape, Mari, Rio Tinto, Santa Rita, Sapé e Cruz do Espírito Santo e a cidade de João Pessoa, não apenas a construção civil, mas também o setor do mobiliário e da construção pesada.

<sup>19</sup> Sobre o Curso Básico de VISAT, será retomado no subcapítulo 1.5 desta tesa.

a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)<sup>20</sup>, sendo possível o registro fidedigno dos depoimentos. Outrossim, a condução das entrevistas seguiu em consonância com os roteiros previamente elaborados, que buscaram contemplar as categorias de análise para cada grupo pesquisado<sup>21</sup>.

Para os diretores dos CEREST estadual e regionais da Paraíba, questionou-se: 1) tempo de atuação na saúde do trabalhador e no CEREST; 2) desafios do campo da saúde do trabalhador frente ao novo padrão de regulação do trabalho; 3) estratégias e ações em saúde do trabalhador diante do aumento da informalidade; e 4) as condições saúde-doença-trabalho no contexto da pandemia de Covid-19.

Para os trabalhadores informais, questionou-se: 1) elaboração do perfil dos trabalhadores (identificação pessoal dividida por sexo, pertença étnico-racial, idade, estado civil, nível de instrução e local de moradia); 2) ocupação, condições de trabalho e rendimento; 3) queixas, doenças e agravos relacionados ao trabalho; e, 4) desproteção social e participação política. Para os dirigentes sindicais, questionou-se: 1) dados de identificação (ocupação, cargo exercido e tempo de atuação no sindicato); 2) desafios atuais do movimento sindical e o desmonte de direitos; e, 3) organização sindical e a luta pela saúde do trabalhador.

A pesquisa cumpriu os pressupostos e as normas éticas, presentes na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012 e da Resolução nº 510, de Abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, garantindo assim o respeito e a autonomia dos sujeitos na decisão pela participação no processo investigativo. Da mesma forma, é importante mencionar que o Projeto de Tese foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética, do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB)<sup>22</sup>. O Termo de Anuência<sup>23</sup> para realização da pesquisa foi encaminhado à Gerência de Educação na Saúde (GES), da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa/PB.

---

<sup>20</sup> Encontra-se no Apêndice D desta tese.

<sup>21</sup> O detalhamento dos roteiros está nos Apêndices (A, B, e C) desta tese.

<sup>22</sup> O Projeto de Pesquisa foi aprovado em 09 de junho de 2022, sob o CAAE nº 57450722.0.0000.5188. O Termo Consubstanciado da Pesquisa encontra-se no Anexo A desta tese.

<sup>23</sup> O referido Termo encontra-se no Anexo B desta tese.

Apresentados os elementos introdutórios desta tese, por meio da delimitação de seu objeto de estudo e respectivos objetivos, bem como seu percurso metodológico e os caminhos percorridos para a realização da pesquisa, a presente tese foi organizada em três capítulos.

O primeiro capítulo, intitulado *Crise do capital e o desmonte do Sistema de Proteção Social: nas trincheiras contrarreformistas do Estado brasileiro*, tem por finalidade discutir as particularidades da crise na cena contemporânea, além das condições de acumulação do capital, o qual, desde a última quadra do Século XX, tem imposto sucessivas ofensivas contra o trabalho e os direitos sociais. Logo, são exigidos novos direcionamentos para o funcionamento das políticas sociais, com a refuncionalização do papel do Estado, sob os influxos da política neoliberal.

É nesse contexto que se situam os princípios estruturantes dos sistemas de proteção social, alicerçados no segundo pós-guerra. Em particular, o caso brasileiro, que sequer vivenciou a institucionalidade de um *Welfare State*. Nesse ambiente de recomposição dos interesses do capital, o sistema de proteção social passa por um processo contínuo e gradual de desarticulação, comandado pelos ataques contrarreformistas nas políticas sociais, inclusive as políticas de saúde, com destaque à política de saúde do trabalhador. O capítulo finaliza apresentando um panorama sobre o movimento de lutas sociais e sindicais que deram base de sustentação para a construção do campo saúde do trabalhador no Brasil. Ademais, discutem-se os avanços e contradições presentes na rede de atenção integral em saúde do trabalhador no país e no estado paraibano, com destaque para os CEREST.

O segundo capítulo, *Informalidade no contexto do trabalho contemporâneo e as implicações para a saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras*, abre destaque para os enfoques teórico-conceituais da informalidade e suas expressões na contemporaneidade, compreendendo que a informalidade da força de trabalho se constitui como uma faceta intrínseca e crescente da acumulação capitalista. Como tal, em contexto de crises, absorve o excedente dispensado pelo trabalho formal. Em seguida, o capítulo desvela o retrato do trabalho informal no estado paraibano, particularmente na região metropolitana de João Pessoa/PB, articulado com dados da realidade brasileira.

Sob o título *Trabalhar, sinônimo de adoecer, de morrer*, o terceiro e último capítulo aborda o panorama das doenças e agravos à saúde dos trabalhadores no Brasil e na Paraíba. Aponta que a invisibilidade social destes agravos está ancorada na historicidade de secundarização e isolamento da PNSTT na rede de serviços de saúde pública, que desarticulada, afeta a organização e o planejamento de intervenções no campo da saúde do trabalhador.

Nas considerações finais, são esboçadas as análises sustentadas ao longo de seus capítulos. Em seu centro, apresentam-se alguns resultados alcançados no processo investigativo desta pesquisa, seguidos dos apêndices e anexos.

Entende-se que a construção desta tese representa o anseio por compreender os entraves e desafios existentes no campo da saúde do trabalhador, em face à emergência de um novo padrão de regulação do trabalho, sendo a informalidade uma de suas marcas mais desoladoras. Nesse percurso investigativo, a invisibilidade social dos usuários-trabalhadores, bem como a ocultação das doenças e agravos relacionados ao trabalho na Rede de Atenção à Saúde no SUS, não se restringiu ao cotidiano dos trabalhadores informais. Isso repercutiu em todos os espaços das relações de produção da vida humana, por meio da sustentação da reprodução sociometabólica do sistema capitalista (Mészáros, 2011), que se apropria da vida e dos anos vindouros dos trabalhadores e trabalhadoras.



**1**

**CRISE DO CAPITAL E O DESMONTE DO SISTEMA  
DE PROTEÇÃO SOCIAL: NAS TRINCHEIRAS  
CONTRARREFORMISTAS DO ESTADO BRASILEIRO**

## Necessidades

Eles precisam nos ameaçar  
 cobrar, punir  
 Eles precisam nos humilhar  
 vigiar, demitir.  
 Eles precisam nos tensionar  
 amansar, dividir...  
 Eles precisam  
 de nós.  
 Nós precisamos acabar com eles.

Golondrina Ferreira

O capítulo inicial desta tese visa problematizar os elementos histórico-estruturais e conjunturais, que reconfiguram o cenário mundial dada a crise capitalista, que se alastra desde as últimas três décadas e meia do Século XX. Longe de serem naturais, as crises e a barbárie são próprias à dinâmica cíclica do capital. Contudo, como nos lembra Mészáros (2011), essa crise é estrutural, sendo particular por abarcar todas as esferas da relação social – política, econômica, cultural etc. –, em sua fase avançada, madura<sup>24</sup>, ou a de tardo-capitalista, nos termos de Netto (2012). Como consequência, demanda e permite ao capital provocar intensas mudanças que garanta a sua acumulação e expansão, ao mesmo tempo em que potencializa as desigualdades socialmente produzidas.

Como mencionado na introdução, o eixo central desta tese está fincado na análise do panorama situacional da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e a sua interface com a informalidade do trabalho. Por meio desse olhar, estabelecemos os seguintes objetivos específicos: a) identificar historicamente o desenvolvimento da PNSTT e da atuação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), bem como quanto às estratégias estabelecidas frente ao novo padrão de regulação do trabalho; b) entender os limites e estratégias do campo da saúde do trabalhador diante as ofensivas contrarreformistas do Estado brasileiro; c) investigar como se acidentam e adoecem no e pelo trabalho os trabalhadores informais na região metropolitana de João Pessoa; d) compreender a relação entre a saúde dos trabalhadores e a ação sindical na atualidade.

---

<sup>24</sup> De acordo com Behring e Boschetti (2007, p. 113), a ideia de maduro “remete ao aprofundamento e à visibilidade de suas contradições fundamentais, e às decorrentes tendências de barbarização da vida social”.



Se a análise em torno da crise do capital escapa aos limites deste estudo, é impossível avançar sem apresentar alguns componentes essenciais para compreender as respostas do capital à sua própria crise e como essas respostas se manifestam na cena atual, sobretudo, os impactos nas relações de trabalho e nas políticas sociais, incluída a saúde do trabalhador. Nesse sentido, buscou-se alinhar os elementos dessa crise, em especial, no contexto brasileiro. Dado a sua caracterização histórica de crise econômica profunda, o país, sob os influxos do capital internacional e do recrudescimento do neoliberalismo, demanda novos direcionamentos para o funcionamento das políticas sociais, através do ajuste das funções do Estado.<sup>25</sup>

No âmbito das relações de trabalho, o Estado se torna o “executor da regulamentação da flexibilização laboral” (Varela; Pereira, 2019, p. 81). Esboça-se, desde então, um cenário de profundas mudanças estruturais, em que as condições e relações de trabalho são baseadas em contratos de trabalho temporários, flexíveis e sem estabilidade, com pouca ou nenhuma proteção social, aumento dos contratos de trabalho não regulares e da informalidade, além da redução e até mesmo eliminação de qualquer tipo de resistência por parte de trabalhadores (Antunes, 2020; 2023).

Nessa esteira, o capítulo também procura apresentar os componentes e críticas que atravessam os princípios estruturantes da Seguridade Social, nos países centrais e particularmente no Brasil, o qual sequer alcançou a institucionalidade de um *Welfare State* (Draibe, 1998; Behring, 2003; Vianna, 2001). Embora não tenha sido integralmente implementado, o sistema de proteção social brasileiro passa por um permanente e gradual desmonte (Boschetti, 2009), com investidas contrarreformistas nas políticas sociais, inclusive nas políticas saúde. Assim, a saúde enfrenta um processo de ampliação da mercantilização dos serviços, alheios ao que propunham os debates e proposições presentes no movimento de Reforma Sanitária brasileira dos anos 1980.

Nas palavras de Sergio Arouca (1986), proferida na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), *a saúde é algo a ser atingido, que vai desde o direito ao trabalho e salário condigno, educação, alimentação, habitação, ao lado de uma política econômica adequada e uma política social prioritária*. O pensamento de Arouca reflete o desafio histórico do Sistema Único de Saúde (SUS), que, ao completar 34 anos de existência, ainda não conseguiu materializar essa aspiração. Ao contrário, a luta é pela afirmação do direito humano à saúde, pelo fortalecimento

---

<sup>25</sup> Na tradição marxista, o Estado “[...] é pensado como uma instituição que faz parte de um sistema social mais amplo, em que estão presentes os interesses de classes, determinado em última instância pelas relações de produção, pela luta de classes, a partir das correlações de forças (Montaño; Duriguetto, 2010, p. 140).

de um sistema pautado pela integralidade, universalidade do acesso e concepção ampliada de saúde.

Essa luta também se estende ao campo da saúde do trabalhador. No capitalismo contemporâneo, a relação saúde-trabalho é fortemente gerenciada pela lógica voraz do capital, que se apropria da força de trabalho, necessária para a manutenção desse sistema. Há uma repercussão danosa na vida e na saúde dos trabalhadores, em especial os que vivem na informalidade, cujo contexto social e de trabalho é marcado por processos de expropriação<sup>26</sup> (Boschetti, 2023; Fontes, 2010) dos direitos e exposição aos mais diversos riscos de violências e desgastes físicos e psíquicos.

### 1.1 A crise capitalista na cena contemporânea

Quanto ao elenco de contradições postas pelas determinações da sociabilidade do capital, como ponto inicial, destaca-se que o modo de produção capitalista tem seu fundamento central na lei geral da acumulação capitalista<sup>27</sup>, a qual fornece ao sistema a lógica da produção socializada e apropriação privada da riqueza socialmente produzida. Nesses termos, as nuances desse processo, uma vez que essa lógica marca o distanciamento entre quem produz e quem usufrui dessa riqueza socialmente produzida, têm a redução do homem e da força de trabalho, em vias das modificações impressas para garantia de extração de lucro e o não domínio de liberdade no âmbito da produção. Os meios para produzir são separados do produtor e convertidos em capital, assim como ele mesmo o é, enquanto força de trabalho.

Os elementos da caracterização do capital enquanto relação social, que tem por base a alienação, reiteram que, à medida que o capitalismo aumenta o desenvolvimento das forças produtivas, por meio do incentivo às novas tecnologias no âmbito do processo de produção de

---

<sup>26</sup> A categoria “expropriação” tem sido utilizada na literatura contemporânea brasileira, de viés marxista, para compreender os processos de derruição dos direitos dos trabalhadores no contexto de exploração do capital.

<sup>27</sup> A Lei Geral da Acumulação capitalista consiste no fato de que o mecanismo do próprio processo de acumulação aumenta, juntamente com o capital, a quantidade de “pobres laboriosos”, isto é, dos assalariados que transformam sua força de trabalho em força de valorização crescente do capital que está sempre se expandindo [...]. A lei da produção capitalista, que serve de base à pretensa lei natural da população, reduz-se simplesmente ao seguinte: a relação entre o trabalho gratuito que se transforma em capital e o trabalho adicional necessário para pôr em movimento esse capital suplementar. Não é de modo nenhum uma relação entre duas grandezas independentes entre si: de um lado, a magnitude do capital; do outro, o número dos trabalhadores. Em última análise, é apenas a relação entre trabalho não-pago e trabalho pago da mesma população trabalhadora. Cresce-se a quantidade do trabalho gratuito fornecido pela classe trabalhadora e acumulado pela classe capitalista (Marx, 2011, p. 718).

valores de uso, instaura-se necessariamente uma modificação na relação capital e trabalho, estabelecida pelo protagonismo do capital em sua ordem social. Tal protagonismo revela que o capital não se reduz somente a um conjunto de coisas – dinheiro, mercadorias, objetos –, por somente existir ao subordinar a força de trabalho à lógica que lhe dá sustentação e se configura como uma relação social. Considera-se que não existe capital sem trabalho, embora se saiba também que não há trabalho na mesma proporção em que cresce a produção capitalista.

Não é demais lembrar aqui que capital é trabalho não pago ao trabalhador. Na medida em que se valoriza o preço da força de trabalho correspondente ao tempo necessário de produção, diminui-se o lucro do capitalista – seu objetivo central e sua razão de existir. Assim, na sociabilidade capitalista, é inerente a desvalorização da mercadoria força de trabalho e, conseqüentemente, uma humanização das coisas e desumanização do homem, os quais conceituados por Marx como o nível extremo da alienação, qual seja a reificação das relações sociais, problema axial da vida cotidiana. Em outros termos, trata-se das configurações particulares e perda do sentido de alteridade ética, própria à construção do ser social e de sua humanização.

A abertura deste subcapítulo, aportado no pensamento da obra marxiana, subsidia os elementos que presidem a crise capitalista desencadeada a partir de meados dos anos setenta do Século XX e aponta suas expressões (as respostas do capital à sua própria crise) na cena contemporânea. Para tanto, as análises aqui tecidas, que reconfiguram a sociabilidade do capital, são fundamentadas nos estudos produzidos por Mandel (1982), Harvey (2013), Mézàros (2011; 2009), Boschetti (2023), Behring (2024, 2008), Netto (2012a; 2012b), Mota (2009; 2008), dentre outros. As reflexões elaboradas por esses autores fundamentam os elementos de dimensão mundial dessa crise, mediante o esgotamento do modelo keynesiano de regulação social e do processo de financeirização do capital, à luz do espraiamento dos pressupostos neoliberais, que incidem negativamente na sociabilidade do trabalho.

O nosso tempo é de crise intensa e global do capital, o qual marca o esgotamento das capacidades civilizatórias do sistema capitalista, atinge a humanidade e as esferas que conformam as relações societárias na atualidade. Como observa Harvey (2013), as mudanças derivadas da chamada “crise societal” são oriundas da exaustão do padrão capitalista monopolista. Ele se constituiu no regime rígido de acumulação “fordista-keynesiano”, que promovia e protegia a indústria local “[...] seja ela de capitais nacionais ou estrangeiros, [que necessitava] da intervenção do Estado para configurar um mercado de consumo em massa, fundamentalmente através do incentivo ao consumo local e às exportações” (Montaño; Duriguetto, 2010, p. 173).

Como resposta do capital à crise, o binômio fordista-keynesiano é remodelado para outro regime, o de acumulação flexível, decorrente da queda da taxa de lucro, ampliando a intensidade ou a produtividade do trabalho, além de fomentar mudanças político-institucionais no interior do Estado. Até então, ele dava sustentação ao chamado Estado de Bem-Estar Social<sup>28</sup>, nos países centrais, no segundo pós-guerra. Essas transformações alteraram a face do capitalismo. De um lado, acentua-se abertamente para a acumulação da taxa de lucro. Por outro lado, atesta-se o favorecimento de uma sistemática reestruturação nas relações sociais historicamente determinadas.

Esse quadro de crise se alastra no conjunto das economias capitalistas, dada historicamente com a crise do petróleo, em 1973. Como já destacado, há uma severa queda da taxa do lucro, ocasionando diversas manifestações e crises particulares. Mandel (1989), ao analisar essa crise, afirma que ela se expressa enquanto uma “crise clássica de superprodução”, à qual é mensurada por ciclos expansivos e recessivos, conforme o quadro histórico de cada período e das formas produtivas. Ademais, ela é centrada na hegemonia do capital, que apresenta sucessivas perdas, seguidas de ganhos, correspondendo a um ciclo vicioso que se reedita e se fortalece progressivamente ao término de cada período.

Nesse contexto de “autofagia do capital” (Souza; Silva, 2019), as mudanças alicerçadas entre as regularidades internas e as contradições erigidas na passagem de cada período histórico, orientadas, como aponta Mandel (1989, p. 25-26), pelas seguintes variáveis:

[...] a composição orgânica do capital em geral e nos mais importantes setores em particular (o que também inclui, entre outros aspectos, o volume de capital e sua distribuição entre os setores); a distribuição do capital constante entre o capital fixo e o circulante (novamente em geral e em cada um dos principais setores; [...] o desenvolvimento da taxa de mais-valia; o desenvolvimento da taxa de acumulação (a relação entre a mais-valia produtiva e a mais-valia consumida improdutivamente); o desenvolvimento do tempo de rotação do capital; e as relações de troca entre os dois departamentos [departamento de meios de produção e departamento de meios de consumo] (as quais são basicamente, mas não de maneira exclusiva, uma função da composição orgânica de capital dada nesses departamentos).

O teor atual dessa crise, como argumenta Mészáros (2011), é o de ser uma crise histórica sem precedentes. Nas palavras do autor:

Sua severidade pode ser medida pelo fato de que não estamos frente a uma crise cíclica do capitalismo mais ou menos extensa, como as vividas no passado, mas a uma crise estrutural, profunda, do próprio sistema do capital.

<sup>28</sup> O subcapítulo seguinte desta tese retoma a discussão em torno do colapso do *Welfare State*.

Como tal, esta crise afeta – pela primeira vez em toda a história – o conjunto da humanidade, exigindo, para esta sobreviver, algumas mudanças fundamentais na maneira pela qual o metabolismo social é controlado (Mészáros, 2011, p. 47).

Diferentes das crises anteriores, Mészáros (2009, p. 100) reitera que essa crise contemporânea se mostra longa e duradoura, por afetar o “[...] sistema do capital global não apenas em um de seus aspectos – o financeiro/monetário, por exemplo –, mas em todas as suas dimensões fundamentais, ao colocar em questão a sua viabilidade como sistema reprodutivo social”. Outrossim, o capital, enquanto uma relação global sem limites para a acumulação e o crescimento dos lucros das grandes empresas transnacionais, constitui-se um sistema ontologicamente incontrolável. De acordo com a análise do autor:

[...] o capital, como tal, nada mais é do que uma dinâmica, um modo e meio totalizante e dominante de mediação reprodutiva, articulado com um elenco historicamente específico de estruturas envolvidas institucionalmente, tanto quanto de práticas sociais salvaguardadas. É um sistema de mediações claramente identificável, o qual em suas formas convenientemente desenvolvidas subordina estritamente todas as funções reprodutivas sociais – das relações de gênero familiares à produção material [...] (Mészáros, 2009, p. 117).

A crise aqui balizada, dados os seus elementos constitutivos, de complexidade e amplitude, é axiomática ao declínio da fase expansiva do capital, o qual, marcado por um período regressivo, intensifica a exploração do trabalho, incidindo em sua materialidade, subjetividade, nas esferas políticas e ideológicas, que traçam suas ações e práticas concretas, à ordem do capital (Antunes, 1999). Ao passo em que as condições de vida e de trabalho são determinadas pela “lei geral da acumulação”, que, na “análise marxiana contida no vigésimo terceiro capítulo d’*O capital*, revela [...] sua complexidade, seu caráter de corolário (necessário) do desenvolvimento capitalista em todos os seus estágios” (Netto, 2006, p. 45).

Considerando esse contexto, a exploração do trabalho pelo capital se materializa na criação de mecanismos capazes de manter e assegurar a acumulação, o qual só é possível através da produção constante da mais-valia absoluta e/ou relativa. Como lembra Boschetti (2023, p. 280), a situação dos trabalhadores nesse modo de produção sistematicamente “[...] fundamentada na exploração da força de trabalho e extração da mais-valia, pois este é um requisito da produção e reprodução do capital, movidos pela busca incessante do capital”. Dada a natureza do capital, uma das primeiras medidas a ser tomada pela hegemonia dominante é a

restrição democrática. Em seguida, o Estado intervém com sua força coercitiva sobre os ideais políticos da sociedade.

Não obstante, adotam-se medidas conservadoras, de intensa exploração e apropriação da força de trabalho, com propósito de aumentar a taxa de lucros e minar todas e quaisquer formas de crítica ao circuito produtivo do capital. Nessa direção, Mota (2009) sustenta que as crises convêm ao capital como modo de restauração, na medida em que proporciona uma nova fase de expansão para ele. Essa fase de restauração se dá pelo movimento cíclico do capital e pela capacidade de apropriação do novo. Assim, favorece-se a intensificação do padrão de acumulação do trabalho pelo capital, com fins a lucratividade, por meio dos mecanismos de exploração e apropriação da força de trabalho, sob o véu da derruição dos direitos sociais.

Essa resposta do capital à sua crise estrutural, além da urgência de se reinventar, resvala nas transformações no interior da produção do capital e suas implicações nos processos de trabalho (Antunes, 2015; Mattoso, 1995). Em face ao colapso do modelo ford-taylorista, pautado na máxima produção de bens, entra em cena um novo padrão produtivo, mais flexível às oscilações do mercado em crise: o modelo toyotista de reorganização sociotécnica da produção. Em seus traços mais gerais, Antunes (1999) sintetiza as seguintes características que compõem esse modelo:

- 1) Sua produção muito vinculada à demanda;
- 2) Ela é variada e bastante heterogênea;
- 3) Fundamenta-se no trabalho operário em equipe, com multivariabilidade de funções;
- 4) Tem princípio o *just in time*, o melhor aproveitamento possível do tempo de produção e funciona segundo o sistema de *kaban* [a fábrica toyotista] horizontaliza o processo produtivo e transfere a terceiros grande parte do que anteriormente era produzido dentro dela. (Antunes, 1999, p. 23).

A constituição desse novo modelo perpassa pela necessidade de elevação da produtividade do capital e da exigência de flexibilização da produção fordista. Para tanto, Montañó e Duriguetto (2010, p. 198) destacam que “a toyotização ou flexibilização da indústria fordista não pode ser interpretada como eliminação do padrão de produção taylorista/fordista e sua substituição pelo toyotismo, mas somente como incorporação, de diversos modelos [...]”. Dentre esses, incluem-se os modelos tecno-organizacionais determinados pelo processo de reestruturação produtiva.

É de conhecimento que as mudanças tecnológicas e organizacionais têm repercussões diretas nessa passagem de modelo produtivo, denominado por Harvey (2013) como “acumulação flexível”. Para o autor, a acumulação flexível “se apoia na flexibilidade dos

processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional” (Harvey, 2013, p. 140).

Nesse quadro de produção capitalista, cabe situar que essa reestruturação produtiva está subordinada à acumulação flexível. Marcada por um confronto direto com a rigidez do fordismo, ela se apoia ainda na flexibilidade dos mercados de trabalho, dos produtos e dos padrões de consumo. Nessa engrenagem, o capitalismo flexível se impõe pela prática da retirada de capitais do setor produtivo e seu investimento no mercado financeiro. A tendência à flexibilização instaura uma singular transformação tecnológica, que se abate sob as forças produtivas, alterando profundamente o processo produtivo.

Na esfera das relações e dos processos de trabalho, situam-se mudanças substantivas, seja “através da reedição de antigas formas de exploração, como o salário por peça, o trabalho em domicílio, etc., transformando, entre outros, os espaços domésticos não mercantis em espaços produtivos por forças da terceirização” (Mota, 2009, p. 60), seja pela junção das altas tecnologias, da superespecialização e da precarização. Soma-se a isso a expropriação sistemática dos direitos sociais e das condições de subsistência dos trabalhadores.

Em seus estudos, Marx (2017, p. 262) sustenta que “a expropriação rouba dos trabalhadores seus meios de produção e todas as garantias de sua existência [...]”. Por conseguinte, acentua-se o esfacelamento dos direitos sociais, em um intenso processo de expropriação social, na medida em que “reconfigura a participação do Estado social na socialização dos custos da reprodução da força de trabalho e de não trabalhadores/as, agindo de forma mais contundentes para garantir a acumulação de capital” (Boschetti, 2023, p. 284-285). Esse movimento tem como finalidade a recuperação do ciclo de reprodução do capital, que solapou profundamente o mundo do trabalho.

Destarte, as respostas do capital à sua crise estrutural são catastróficas do ponto de vista social e econômico para os trabalhadores. Não obstante, enquanto resultantes da reestruturação produtiva, essas respostas se aportam para a flexibilização da legislação protetora do trabalho, sob o véu do neoliberalismo. Como observa Perry Anderson (2007), o neoliberalismo nasceu no segundo pós-guerra, na Europa e na América do Norte e constituiu uma reação teórica e política contra o Estado intervencionista e de Bem-estar Social. Seu texto de origem é *O Caminho da Servidão*, de Friedrich Hayek, escrito em 1944. Para o autor, a “intervenção estatal conduz a uma servidão moderna”.

A agenda neoliberal tem sido perpetrada, desde meados de 1970, nos países centrais e depois nos periféricos, nos governos de diferentes matizes políticas, inicialmente com Margareth Thatcher, passando por Ronald Reagan, Felipe Gonzales, François Mitterrand, chegando ao *New Labour* de Tony Blair, no Reino Unido, entre outros. Na América Latina, a primeira incursão se deu no Chile, sob a ditadura do governo Augusto Pinochet (Anderson, 2007; Antunes, 2001). Vale salientar que, sob o prisma neoliberal, oportunamente, retiram-se da cena os conflitos entre capital e trabalho, deixando ao livre arbítrio da lei do mercado, com repercussões na esfera das políticas sociais e na regressão dos direitos.

Considerando as proposições até aqui realizadas, a atual fase de desenvolvimento do capitalismo é marcada pelo acirramento exponencial das suas contradições, para o conjunto das relações sociais. As recentes crises<sup>29</sup> germinadas nas primeiras décadas do Século XXI se agravam de modo desmedido com a explosão da pandemia da Covid-19 nos países centrícos e de capitalismo dependente, como o Brasil. Ademais, nestes últimos, os donos do capital se aproveitam cada vez mais para precarizar as relações de trabalho e superexplorar os trabalhadores, ampliando enormemente o “empobrecimento e a miserabilidade da classe trabalhadora” (Antunes, 2022).

Ao mesmo tempo, aflora, como destacado neste subcapítulo, uma nova dinâmica da vida e do trabalho, em que se acentuam as expressões da questão social, vinculada na imprescindibilidade do desenvolvimento desigual do processo de trabalho no modo de produção capitalista. Nesse cenário, há novas configurações nas produções e relações de trabalho, manifestadas pela recessão e pelo desemprego estrutural, além do destaque para a precarização generalizada e o aumento da informalidade, apresentada, muitas vezes, pelo viés da autonomia.

Outrossim, acrescenta-se a retórica neoliberal, que passa a demandar uma refuncionalização e reorganização do Estado para “desresponsabilização” e “desfinanciamento” da proteção social (Behring, 2009, p. 56), de modo que o Estado garanta minimamente os “direitos sociais e civis para os trabalhadores no sentido da obtenção do necessário consenso” (*Ibidem*), como forma de atender às requisições determinadas pela acumulação capitalista. Nessa direção, sob o comando do capital financeiro, as funções desempenhadas pelo Estado “avançam sobre as bases materiais e constitutivas do fundo público” (Iamamoto, 2009, p. 30) como um componente crucial para a reprodução do capital e

---

<sup>29</sup> O debate em torno das crises recentes do capital e o contexto pandêmico que assolou o Brasil e demais países serão esboçados nos capítulos seguintes desta tese.



para reprodução da força de trabalho (Oliveira, 1998), em nome do ajuste fiscal, como forma de favorecimento do capital em contexto de crise.

Compreender essa processualidade marcada pela ofensiva do capital sobre o trabalho e o Estado, sob o lastro da austeridade fiscal, que se apropria do fundo público, como apontado pelos trabalhos de Behring (2023, 2021), Salvador (2020, 2017), Mota (2009) e Oliveira (1998), é essencial para ilustrar na atualidade as implicações das contrarreformas do capital para os sistemas de proteção social.

Para evitar um retorno alongado no tempo, no âmbito desse capítulo, os subcapítulos seguintes circunscrevem os princípios estruturantes que moldam a Seguridade Social no contexto mundial e, no caso brasileiro, com a concepção de Seguridade Social tal como sinalizada na Constituição Federal de 1988. Embora apresente importantes avanços, o sistema de proteção social brasileiro não vivenciou a experiência *welfareana* (Mota, 2009), permanecendo “inconclusa” (Teixeira, 2004).

Propalado pelo discurso neoliberal, a passagem a seguir pontua como as políticas sociais, incluindo as relativas à saúde, estão paulatinamente em um amplo processo de precarização, no sentido de favorecer largamente os interesses do capital, com a narrativa de equilíbrio das contas públicas, enquanto especulação financeira. Nesse percurso, evolui-se para um modelo de sistema de proteção social “bem abaixo dos padrões mínimos de sobrevivência” (Castilho; Lemos, 2021).

## 1.2 A arquitetura do Sistema de Proteção Social: da experiência *welfareana* a ofensiva neoliberal

A passagem do Século XX para o XXI colocar na ordem do dia o debate sobre as crises enfrentadas pelo *Welfare State*<sup>30</sup>, em um período histórico em que se acirraram as inter-relações entre produção, mundialização do capital e financeirização, sendo esta última a “[...] forma mais

---

<sup>30</sup> De acordo com Behring e Boschetti (2007, p. 96), embora seja consensual que a expressão *Welfare State* tenha se originado na Inglaterra, é importante considerar que esse termo “[...] é comumente utilizado na literatura anglo-saxônica”. Mas há outras designações, que nem sempre se referem ao mesmo fenômeno e não podem ser tratadas como sinônimo de *Welfare State*. É o caso do termo *Etat-Providence* (Estado-providência), que se origina no Estado social na França e o designa. Já na Alemanha, o termo é *Sozialstat*, cuja tradução literal é Estado social. Acerca da crise do *Welfare State*, há inúmeras interpretações que a engendra como uma crise particular. Para Habermas (1980), é uma “crise de legitimidade do capitalismo tardio”; para Rosanvallon (1997), é uma “crise do Estado-providência”; no Brasil, Bresser Pereira (1998) a caracteriza como “crise fiscal” e “crise no modo de administração estatal” (Montaño; Duriguetto, 2010).

fetichizada da acumulação” (Antunes, 2022). Concomitantemente, consolidam-se posturas neoliberais que defendem a completa retirada do Estado da regulação do mercado de trabalho e da proteção social. Vive-se, como alude Almeida (1999, p. 10), a “era da desregulação estatal, tanto trabalhista como social”.

Correndo o risco de reiterar os estudos que abordam criticamente as dimensões ideoculturais circunscritas a crise do capital, particularmente após meados dos anos 1970 e os mecanismos utilizados para o seu enfrentamento, conforme mencionado na parte introdutória a este capítulo, as reflexões seguintes examinam a constituição do *Welfare State*, no segundo pós-guerra, e o seu colapso, em tempos neoliberais.

Na análise de Polanyi (2000), em sua obra clássica publicada em 1944, *A grande transformação*, estava em curso na sociedade, nos primeiros anos do Século XX, uma nova mudança radical, alicerçada pelo capitalismo. Essa mudança, fruto dos escombros causados pela crise mundial dos anos 1930, e a gradual inserção dos trabalhadores à ordem social e política no capitalismo, constituirá um esboço para construção do futuro das políticas públicas e da Seguridade Social nos países centrais. Porém, como acentua Abreu (1999, p. 35), tal avanço “foi interrompido pela reação nazifascista (inimiga dos pactos de democratização da ordem e das conquistas de direitos políticos e sociais pelos trabalhadores), mas também pela profunda crise econômica, iniciada em 1929” e pelos desdobramentos do segundo pós-guerra.

Perante tais circunstâncias, a reconstrução da sociabilidade do capital, com geração de emprego, renda e bem-estar social, tornou-se consenso político e preocupação do pensamento econômico dominante. Nesse terreno denso, a busca de alternativa à crise instaurada se centrava na lógica de um Estado que regulasse os investimentos econômicos e sociais. Logo, era necessário encontrar um controle entre produção, emprego, renda e consumo de massa, necessário para desenvolvimento de um “padrão de crescimento intensivo” (Netto, 2012c, p. 72) do sistema capitalista.

A expressão teórica e intelectual, determinante para o desenvolvimento e expansão do chamado Estado de Bem-estar Social, teve como seu maior expoente John Maynard Keynes. Em sua principal obra, *Teoria Geral do Emprego, do Juro e da Moeda* (1936), Keynes “rompe com a tradição do liberalismo clássico, ao declarar que não há equilíbrio natural e automático no capitalismo. O mercado não é auto-regulável. Não há igualdade entre produção e demanda, nem entre poupança e investimento”. (Silva, 1999, p. 59). Nessa lógica, o Estado deve regular a economia de mercado de modo a garantir o pleno emprego. Assim, como sustenta Silva, passa-se a “responder pela provisão de um elenco de serviços sociais universais; e manter uma rede de serviços assistenciais baseada em teste de renda ou de meios para atender a casos de

extrema necessidade e aliviar a pobreza” (p. 59). Isso se dá por meio de um conjunto de medidas que favoreceram o pleno emprego, uma política de juros e de uma moeda forte, dando as bases para um novo entendimento macroeconômico.

As bases de renovação capitalista passam a ser engendradas. O Estado é convocado para intervir sob o lastro do regime de acumulação fordista-keynesiano, como núcleo central, nos países capitalistas do centro-norte europeu, até os anos 1970. Esse conjunto de fatores é responsável pela constituição do *Welfare State*. Isso significava a emergência de uma reação de autoproteção da sociedade contra os efeitos nocivos dos mercados autorregulados, denominado por Polanyi (2000) de “moinho satânico”. Por outro lado, como pondera Abreu (1999, p. 60), o capitalismo se articula e expandia para além das fronteiras nacionais. Tornava-se “transnacional (no sentido que conserva a sua matriz nacional, mas o seu movimento e a sua esfera de ação superam a jurisdição estatal)”.

Não obstante, as proposições de Keynes estavam em sintonia com a “experiência do *New Deal* americano” e inspiraram especialmente as saídas europeias da crise. Ambas têm um ponto em comum: a sustentação pública de um conjunto de medidas anticrise ou anticíclicas de superprodução. Trata-se de superacumulação e subconsumo, ensejadas com base na lógica do capital (Behring; Boschetti, 2007, p. 71). Delineia-se assim uma nova ordem mundial e uma nova geopolítica, alicerçada pela influência do pensamento keynesiano de intervenção estatal na economia. Nesse novo modelo, o Estado se utiliza do fundo público e do gasto social para garantir e manter a hegemonia do capital, pela formulação de três modalidades:

- 1) A criação das condições gerais de produção (meios de transporte, de comunicação, de serviço postal, legislação civil, constituição de um mercado e de sistema monetário nacionais, desenvolvimento de um sistema educacional); 2) a repressão às ameaças ao modo de produção e acumulação (exército, polícia, sistemas judiciário e penitenciário); e 3) a integração das classes subalternas e a legitimação da ordem (mediante o desenvolvimento da classe hegemônica (através da educação, cultura e meios de comunicação dos serviços sociais). (Montaño; Duriguetto, 2010, p. 162).

O propósito das considerações que se seguem, e perante a amplitude do estatuto histórico utilizado pelas estratégias fordistas-keynesianas, nesse novo padrão societário, situa o arcabouço constitutivo dos sistemas de proteção social nos países cêntricos, que se tornou expressão da racionalidade do Estado desenvolvimentista e provedor do bem-estar, no início dos anos 70 do Século XX. Em seguida, delineia-se o contexto dos países periféricos, demarcando a América Latina e particularmente o Brasil, onde sequer se experimentou a institucionalidade de um modelo nos termos *welfareano*.

Diante de um arcabouço estruturado por distintas nuances e que dão base de sustentação ao chamado Estado de Bem-estar Social, na consolidação e expansão monopolista, que Mandel (1982) chama de “capitalismo tardio”, passa-se a apresentar em formato de quadro, para efeito didático e melhor entendimento, as tipologias que caracterizam os sistemas de proteção social nos países centrais, por meio da análise de experiências históricas comparadas, elaborada por Esping-Andersen (1991), expondo-se em três grupos distintos:

**Quadro 1 - Modelos de Estado de Bem-Estar Social**

Modelo Social-democrata	Modelo Liberal	Modelo Conservador
<p>“Sistema composto por diversos serviços públicos e de transferências monetárias com um caráter altamente inclusivo e universalista. O resultado é a constituição de sociedades bastante igualitárias e garantidoras da cidadania plena. Neste caso, cita-se como exemplo os países escandinavos;</p>	<p>Sistema assentado na lógica do trabalho onde se procura atender os indivíduos excluídos dos processos econômicos, razão pela qual as políticas assumem um caráter mais focalizado. Nesse caso, coexistem políticas de proteção social e índices importantes de desigualdades. Como exemplo desse modelo citam-se os casos dos Estados Unidos e dos países que compõem o Reino Unido;</p>	<p>Modelo cujos valores estão fortemente atrelados às concepções religiosas e com um menor grau de comprometimento com a erradicação das desigualdades, uma vez que nesse sistema procura-se preservar determinados privilégios sociais. Como consequência, as políticas públicas são bastante limitadas e os benefícios financeiros dependentes de contribuições pessoais e orçamentos governamentais. Destacam-se nesse modelo os casos da Bélgica e Áustria, dentre outros”.</p>

Fonte: Elaboração própria, com base em Esping-Andersen (1991, *apud* Mattei, 1999, p. 59).

No contexto dos países da América Latina, como vem apontando as análises de Boschetti (2008), de algum modo, todos instituíram sistemas de Seguridade Social, desde os anos 1920-30. A autora assinala que o “[...] termo Seguridade Social nem sempre é utilizado para se referir ao mesmo conjunto de políticas sociais” (Boschetti, 2008, p. 174). Entretanto, o pensamento keynesiano foi “determinante para o desenvolvimento e expansão das políticas públicas e da Seguridade Social, porque preconiza que o Estado tem a função-chave no desenvolvimento econômico por meio da ampliação de políticas sociais” (*Ibidem*).

Nessa direção, é importante frisar que a construção dos sistemas de proteção social não expressa características homogêneas, por incorporarem marcas históricas complexas, com “ações e políticas nem sempre idênticas ao longo do tempo” (Mattei, 2019, p. 58). Por outro

lado, o autor menciona que os modelos de proteção social instaurados pelo Estado também apresentaram concepções semelhantes, particularmente no segundo pós-guerra, em razão do avanço do processo de industrialização tardia e periférica.

Com o intuito de apresentar a tipologia de políticas sociais na América Latina, sintetizam-se as análises elaboradas por Draibe (1997), como demonstra o Quadro 2:

**Quadro 2** - Modelos de Sistemas de Proteção Social na América Latina

Sistema residual	Sistema meritocrático-particularista	Sistema institucional-redistributivista
“Representa um padrão pontual de intervenção da política social, cujo caráter é focalizado em indivíduos ou grupos de pessoas vulneráveis da sociedade, sendo que as intervenções tendem a cessar quando o problema se encontra superado;	Parte-se do princípio de que as pessoas devem estar em condições de resolver suas necessidades via sua capacidade de trabalho. Porém, se reconhece a necessidade da política social para resolver problemas causados pelas distorções dos mercados. Neste caso, o sistema assume uma forma complementar às instituições econômicas e sociais;	Esse sistema representa o reconhecimento de que o mercado não é capaz de ofertar bens e serviços sociais para todos os cidadãos. Daí a necessidade de políticas públicas de caráter social visando à garantia dos direitos das pessoas. Essa é a forma de proteção social que mais se aproximou do modelo de bem-estar europeu”.

Fonte: Elaboração própria, com base em Draibe (1997 *apud* Mattei, 2019, p. 60).

À vista das condições históricas concretas para instituir os modelos de proteção social, na região em análise, é importante frisar, conforme já registrado pela vasta literatura especializada, que, em detrimento das particularidades do desenvolvimento do capitalismo, a Seguridade Social, por ter sido constituída de “forma imperfeita e incompleta”, sequer chegou a se consolidar nos moldes do chamado Estado de Bem-estar Social, anteriormente descrito. Isso porque não houve “a universalização dos serviços prestados e nem a sua estruturação adequada no âmbito dos diferentes órgãos e instituições governamentais” (Mattei, 2019, p. 59). É possível elencar como exemplo desse fenômeno, Brasil, Argentina, Uruguai, Chile e Costa Rica, cujo traço central é a complexa heterogeneidade e desigualdade social (*Ibidem*).

Não é demasiado lembrar que esses modelos de sistemas de proteção social implementados na América Latina possibilitaram aprofundar as desigualdades sociais mencionadas na passagem anterior deste parágrafo. Para tanto, Mattei (2019, p. 59) argumenta

que essa particularidade latino-americana pressupõe que esses sistemas “tendiam a proteger as categorias sociais melhores organizadas e dotadas de maior poder de barganha”. Somem-se a esse cenário “[...] as debilidades institucionais e organizacionais (alta centralização, limitada capacidade regulatória, baixo grau de participação da sociedade, etc.) atuaram no sentido de reduzir a eficiência das ações desenvolvidas” (Mattei, 2019, p. 59).

É bem verdade que os países de capitalismo dependentes aparecem em um contexto relativamente homogêneo do ponto de vista de suas políticas econômicas e de sua forma de inserção desregulada e subordinada ao capital internacional. Isso viabiliza a criação de mecanismos político-econômicos, que fragilizam os alicerces institucionais dos Estados nacionais, provocando a emersão de uma retomada do Estado, não mais nas características keynesianas, mas como garantidor das condições necessárias para subsidiar a economia dos países centrais, que se encontrava em franco processo recessivo (Torres, 2019).

Sob essa ótica, Mota (2009, p. 57) sustenta que, “enquanto os países centrais garantiam a reprodução do crescimento econômico com desenvolvimento social, a periferia mundial assistia a defesa do desenvolvimento como meio de integração desses países à ordem econômica mundial”. Para tanto, as forças do padrão de acumulação fordista passam a garantir o seu ciclo de crescimento, dado o desenvolvimento das forças produtivas (Santos, 2012), até a sua estagnação, que começa em meados dos anos 70 do século passado.

Isso posto, encerram-se os “anos de ouro” do capitalismo regulado. Novas transformações societárias se instauram no último quartel do Século XX, como já sinalizado no primeiro subcapítulo deste estudo. Instaura-se um processo de desarticulação do *Welfare State* e de desregulação econômica. Com isso, abre-se uma intensa crise global de “sobreacumulação capitalista” (Harvey, 2013; Duménil; Lévy, 2003), gerando quedas acentuadas nas taxas de lucro e crescimento. As raízes concretas dessa crise são para esses autores fundamentadas pela exponenciação das contradições postas pela acumulação capitalista, bem como da sua longa onda de estagnação que afeta todas as esferas de produção e reprodução social.

Como consequência desse contexto de crise, que altera a face do capitalismo, sob os influxos da mundialização do capital (Chesnais, 1996), particularmente, no seu ciclo financeirizado, os países centrais passam a preconizar ajustes estruturais no interior do Estado, tendo como eixos materiais a reestruturação produtiva e o avanço do neoliberalismo. Em decorrência dessa onda de instabilidade econômica e política, Netto (2012) reitera que a “crise global da sociedade contemporânea”, nessas últimas décadas do século passado, revela-se na

crise do Estado de Bem-estar e na crise do chamado “socialismo real”<sup>31</sup>. Para o autor, o quadro atual da crise capitalista mostra a “sua dramaticidade, que se expressa como possibilidade de regressão social, de que o denominado neoliberalismo é paradigmático”. O autor sustenta ainda que o projeto neoliberal restaurador se viu resumido no “tríplice mote da “flexibilização” (da produção, das relações de trabalho), da “desregulamentação” (das relações comerciais e dos circuitos financeiros) e da “privatização” (do patrimônio estatal) (Netto, 2012, p. 417).

Atrelado a essas exigências, o contexto do avanço do neoliberalismo para sair da crise, como defende Behring (2009, p. 309), pode ser resumido nas seguintes proposições:

1) um Estado forte para romper o poder dos sindicatos e controlar a moeda; 2) um Estado parco para os gastos sociais e regulamentações econômicas; 3) a busca da estabilidade monetária como meta suprema; 4) uma forte disciplina orçamentária, diga-se, contenção dos gastos sociais e restauração de uma taxa natural de desemprego, ou seja, a recomposição do exército industrial de reserva que permita pressões sobre os salários e os direitos, tendo em vista a elevação das taxas de mais-valia e de lucro; 5) uma reforma fiscal, diminuindo os impostos sobre os rendimentos mais altos; e 6) o desmonte dos direitos sociais [...].

Em meio a essas medidas, consolida-se o ideário neoliberal, sob a argumentação irrestrita de defesa da retirada da regulação estatal, instituindo para tanto, novos mecanismos de intervenção relativas aos “sistemas de proteção social, à legislação trabalhista e sindical” (Mota, 2009, p. 55). Essa situação é necessária para a manutenção do sistema de “metabolismo social do capital”, expressão cunhada por Mészáros (1989) e seu ciclo reprodutivo (Antunes, 1999). Trata-se, portanto, de uma tendência geral nas políticas sociais, com implicações tanto no centro como na periferia do mundo capitalista. Nessa reconfiguração do sistema capitalista, logo “se produz não apenas desempregados, no sentido convencional do termo” (Pereira, 1999, p. 49), mas também “trabalhadores supérfluos, redundante ou supranumerários” (Castel, 2012).

Do ponto de vista de Castel, esses trabalhadores “nem sequer são explorados, pois, para isso, é preciso possuir competências conversíveis em valores sociais. [...] também é difícil ver como poderiam representar uma força de pressão, um potencial de luta” (Castel, 2012, p. 33). O autor complementa assinalando que a característica mais sombria desse cenário “é sem dúvida, o reaparecimento de um perfil de trabalhadores sem trabalho [...] os quais ocupam literalmente na sociedade um lugar de excedente, de inúteis no mundo” (*Ibidem*, p. 387).

Assiste-se, como destaca Castel (2012), ao presumível fim da “sociedade salarial”, originária do desenvolvimento do *Welfare State* e do regime fordista, ambos importantes

---

<sup>31</sup> Para uma análise abrangente acerca da “crise do socialismo real” consultar Netto (2012; 1991).

mecanismos de sustentação da acumulação capitalista, particularmente o último, em que se efetivou a ampliação do trabalho assalariado em todas as esferas da atividade humana. Se, por um lado, o sistema de proteção social, que se instaurou, serviu, acima de tudo, de anteparo para que as lutas dos trabalhadores não ultrapassassem os limites permitidos pelo capital, por outro, tornou-se peça-chave da acumulação fordista, enquanto uma forma singular de gestão da força de trabalho e, assim, garantir a acumulação e legitimação capitalista (Almeida, 1999).

Adicionem-se a isso as políticas de ajustes econômicas recomendadas pelo receituário do “Consenso de Washington” (1989), por meio de pressões e imposições das instituições financeiras internacionais de *Bretton Woods* (FMI, BM e Bird), que passam a exigir um reordenamento das funções do Estado, rompendo assim com o “pacto keynesiano”, com o modelo welfereano (Behring; Boschetti, 2007). Tais imposições intencionam atacar as conquistas trabalhistas e o Estado provedor, enquanto estratégia desenvolvida pelo grande capital, para beneficiar “a ascensão do capital financeiro” (Lourenço *et al.*, 2019).

Na base dessa hegemonia, o protagonismo do Estado não é mais de provedor e garantidor dos direitos e tampouco de formular respostas que atendam às demandas e necessidades sociais. Ao contrário, o seu papel é o de favorecimento da acumulação capitalista. Assim, alicerçada a reestruturação produtiva, ele produzirá efeitos profundos nas políticas sociais, com repercussões deletérias para as condições de vida da maioria da população. Abre-se, portanto, espaço para o retrocesso e a barbárie social, manifestada no redimensionamento da questão social, por meio de suas múltiplas refrações, “por um contexto de inovações no *modus operandi* do capitalismo mundial” (Santos, 2012, p. 133).

Sob os efeitos dos desdobramentos da crise societária, a abordagem contemporânea da questão social se centra no debate em torno de novas determinações em relação às que existiam anteriormente (Pastorini, 2010). Trata-se da existência de uma “nova questão social”, pensada enquanto uma “disfunção” ou “ameaça” à ordem do capital (Iamamoto, 2010), inscrita nesse contexto como decorrente da “inadaptação dos antigos métodos de gestão do social”, produto da crise do “Estado Providência” (Rosanvallon, 1997 *apud* Pastorini, 2010) e da crise da “sociedade salarial” (Castel, 2012). Para esses expoentes da literatura francesa, estariam em curso novos conflitos e determinações sociais, distintas dos antigos conflitos entre capital e trabalho, que se notabilizaram no decorrer da história.

Por outro lado, é consenso entre autores (Netto, 2001; Iamamoto, 2010; Pastorini, 2010), aos quais corroboro, que não se trata de uma “nova questão social”, mas “[...] de novas expressões da mesma ‘questão social’, entendendo-se que os traços essenciais da sua origem – sua íntima vinculação ao processo de reprodução capitalista – ainda têm vigência porque não



foram superadas” (Pastorini, 2010, p. 105). Outrossim, como observa Iamamoto (2009, p. 27), o núcleo central das expressões da questão social é determinado pelas desigualdades sociais e “indissociável da sociedade capitalista”.

Ao passo em que se intensificam as condições de exploração, a perda do horizonte dos direitos, a sociabilidade humana fica comprometida e fragilizada, o que se efetiva com a presença, cada vez mais crescente, de um contingente de parcelas da população. Ela é composta, por um lado, das que se encontram, temporariamente, fora das “regras formais da cidadania” (Almeida, 1999), pulverizadas em contextos diversos de precarização das relações de vida e de trabalho e do aprofundamento das desigualdades sociais, econômicas, e, por outro, daquelas que sempre estiveram alijadas de tais regras. Quando assistidos, eles o são por políticas sociais residuais, seletivas e focalizadas, estratégia utilizada para amenizar os efeitos da questão social e dos “impactos desagregadores e destrutivos” do capital (Pereira, 1999).

O subcapítulo a seguir traz reflexões a respeito dos avanços e retrocessos que atravessam a constituição do sistema de proteção social brasileiro, após a Constituição de 1988. Para tanto, é necessário demarcar que as oscilações entre conquistas e perdas são atravessadas pelas particularidades engendradas pelo capitalismo, na nossa formação sócio-histórica (Fernandes, 2006; Netto, 1996). Em função disso, o contexto do avanço desmedido do neoliberalismo no país amplia, por um lado, a subordinação dos direitos sociais à lógica orçamentária e, por outro, a sucessiva desarticulação da Seguridade Social, seguida de ataques contrarreformistas nas políticas sociais, a exemplo das políticas de saúde. Não obstante, essa imposição do capital sobre o Estado incide, como denomina Antunes (2022), na tríade corrosiva sob o trabalho: “terceirização, informalidade e flexibilidade”, impondo inúmeros desafios para o campo saúde do trabalhador.

### 1.3 O Sistema de Proteção Social Brasileiro: conquistas e retrocessos

A constituição de padrões de proteção social, como evidenciado nos subcapítulos anteriores, são desdobramentos e até mesmo tentativas de dar respostas aos desafios impostos pelo agravamento das expressões da questão social no capitalismo contemporâneo. Esse é sustentado por um modelo de proteção social universal, que predominou na chamada “sociedade salarial” (Castel, 2012), no contexto de acirramento da relação entre os direitos do trabalho e as necessidades de acumulação do capital.

Perante os marcos historiográficos fundamentais da constituição do modo de produção capitalista na formação social brasileira, o arcabouço da Seguridade Social, inscrito na Carta Magna, não segue os pilares que deram sustentabilidade a experiência *welfereana*, conforme dito em linhas anteriores. Em face dessa particularidade, e correndo o risco de reiterar algumas análises já tecidas, o foco aqui não é reconstituir a trajetória, natureza e desenvolvimento do sistema de proteção social brasileiro. Essa construção já está bem consolidada na extensa bibliografia disponível, que trata direta e indiretamente essa discussão, com base na tradição marxista, que analisa o aparato das políticas de Seguridade Social e o papel do Estado, no contexto de ajustes estruturais do capital, a fim de dar livre avanço ao processo de financeirização sobre o fundo público. Citam-se como exemplos os estudos realizados por Oliveira e Teixeira (1986), Behring (2009, 2003), Boschetti (2009, 2008), Mota (2008) e Draibe (2003, 1993).

Mesmo diante de um grave quadro de crise econômica, com enorme desigualdade social e pobreza estrutural (Boschetti, 2009), o Brasil trilhou os anos 1980 com expressiva força dos movimentos políticos e de lutas das classes sociais, pela democratização e pelo reordenamento do Estado, em torno da perspectiva de elaboração da Carta Constitucional de 1988, que viabilizasse garantias sociais, com expansão da cidadania<sup>32</sup>.

Na contextualidade desse quadro, a Seguridade Social é inscrita no texto Constitucional, incorporando, como observa Boschetti (2009, p. 324), os princípios fundantes do modelo alemão *bismarckiano*, como aqueles centrados no modelo *beveridgiano* inglês, ao “restringir a previdência aos trabalhadores contribuintes, universalizar a saúde e limitar a assistência social a quem dela necessitar”. Estabelece-se, portanto, um redimensionamento no arcabouço institucional dessas três políticas. Como chamam atenção Behring e Boschetti (2008, p. 160), eles poderiam ter “provocado a instituição de uma ousada seguridade brasileira, de caráter universal, redistributiva, pública, com direitos amplos fundados na cidadania”.

Tal como assinala a literatura especializada, há um consenso de que a Seguridade Social, tal como inscrita na Constituição de 1988, não foi plenamente implementada. Mas, como observa Francisco de Oliveira (1990), houve a formação do *Estado de mal-estar social*, dada a “regulação truncada” do Estado. Ademais, Oliveira (1990, p. 68) destaca que, no país, “os fundos públicos se privatizam apenas numa direção, na direção da substituição dos fundos de acumulação privada pelas estatais, mas não há uma contrapartida no sentido de corrigir o mercado em termos de salário, distribuição de renda, etc.”

---

<sup>32</sup> Para uma análise abrangente a respeito da concepção de cidadania no Brasil, ver Cohn (2000) e Santos (1979).

Articulada a essa análise, Mota (2006, p. 42) argumenta que:

Embora a arquitetura da seguridade brasileira pós-1988 tenha a orientação e o conteúdo daquelas que conformam o estado de bem-estar nos países desenvolvidos, as características excludentes do mercado de trabalho, o grau de pauperização da população, o nível de concentração de renda e as fragilidades do processo de publicização do Estado permitem afirmar que no Brasil a adoção da concepção de Seguridade Social não se traduziu numa universalização do acesso aos benefícios sociais.

Ao contrário, instaura-se um processo de desmonte ou precarização das políticas sociais. Tal processo decorre das exigências do capital financeiro internacionalizado e são determinadas pelos ajustes estruturais orquestrados pelos credores e governos dos países de capitalismo central, a fim de que os países de capital periférico se adequem às exigências da política macroeconômica (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018). Essa subordinação ao capital financeiro dá margem à constituição de uma fragilização generalizada, com mudanças quase irreversíveis, para o final do Século XX, além de representar uma mudança radical da estratégia, até então assegurada pelo Estado, no campo do desenvolvimento econômico, sobretudo nos países periféricos, como o Brasil.

Como sinalizado anteriormente, essas mudanças são oriundas da crise do capital, que se alastra dos países centrais e atinge as principais economias periféricas, nos anos 1980, deflagrando uma crise global, na passagem da década seguinte. Esses ajustes estruturais apresentam a sua face mais emblemática: o viés neoliberal.

Ao realizar uma análise do pensamento neoliberal, Perry Anderson (2007) ressalta não se tratar de uma mera volta ao liberalismo clássico, visto possuir uma estruturação própria e que responde a interesses específicos de um momento da organização capitalista. Mas, como observa o autor, “o seu propósito era combater o keynesianismo e o solidarismo reinantes e preparar as bases de um outro tipo de capitalismo, duro e livre de regras para o futuro” (Anderson, 2007, p. 10). Nesse cenário de ruptura, a onda neoliberal – embora, como argumenta Anderson (*Ibidem*), “não pareciam muito verossímeis os avisos neoliberais dos perigos que representavam qualquer regulação social” – acirra a exploração da força de trabalho e impõe “uma redefinição global do campo político-institucional e das relações sociais (Soares, 2000, *apud* Soares, 2002, p. 12).

Nesse sentido, a condução neoliberal recomendava “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. E a estabilidade monetária deveria ser a meta

suprema” (Anderson, 2007, p. 11). Isso iria garantir o controle sobre o ciclo do capital, ao “reverter a queda tendencial da taxa de lucro” (Moraes, 2019, p. 306), além de gerar novas condições de superexploração da força de trabalho, no sentido de assegurar a produtividade do trabalho.

Desde os anos 1990, o país ingressa de maneira expressiva o contexto da mundialização do capital, sob os influxos das imposições conservadoras da política neoliberal. Apresenta sua primeira investida no Governo Fernando Collor de Mello (1990-1992)<sup>33</sup>. Em face da crise da dívida no início da década anterior, o foco do governo girava em torno da estabilização da economia, por “meio da adoção de políticas clássicas de combate à inflação” (Santos, 2012, p. 213). A sua consolidação efetivamente se dará nos dois mandatos do governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002), enquanto resposta à crise capitalista desencadeada no cenário internacional.

Ao escolher essa trilha histórica, Iamamoto (2008, p. 36) sustenta que o governo Cardoso levou “ao coração das trevas do neoliberalismo”. Ademais, como afirma Oliveira (1998), a política econômica desse governo conseguiu reduzir as taxas de inflação, mas não resultou em políticas distributivas. Assim, transitou “da pobreza da inflação” a “inflação da pobreza”, do “fim da inflação da moeda” à retomada da “inflação da dívida” e “dilapidou o patrimônio nacional” (*Ibidem*). Para Behring e Boschetti (2007, p. 152), esse caminho percorrido “deixou o país à mercê dos especuladores no mercado financeiro, de forma que todo o esforço de redução de custos preconizado escoou pelo ralo do crescimento galopante da dívida interna e externa”.

Não obstante, o tripé financeirização, reestruturação produtiva e ideologia neoliberal (Moraes, 2019) passa a direcionar a política econômica do país, tendo como eixo central o processo de “reformas” nas políticas públicas e sociais. Esse processo “reformista” representou, como observa Behring (2003), um retrocesso conservador no âmbito do Estado, devido a fatores internos e externos (endividamento público, pressão do grande capital) e pela organização política da coalizão de centro-direita protagonizada por Cardoso, em 1995. Essa conjunção de fatores encontrava respaldo nas diretrizes do seu governo<sup>34</sup>, as quais estavam em

---

<sup>33</sup> O *impeachment* de Collor possibilitou um novo ciclo eleitoral. Para aprofundamento do Governo Collor e Cardoso, consultar Behring (2008) e Souza Filho e Gurgel (2016).

<sup>34</sup> Isso foi realizado por intermédio do Plano Diretor da Reforma do Estado do Ministério da Administração e da Reforma do Estado (PDRE), elaborado pelo Ministro de Administração e Reforma do Estado (MARE), Luiz Carlos Bresser Pereira. No interior desse Plano, constava, sob nº 13: “A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde”, publicado em 1998, “[...] que tinha como objetivo, uma reforma administrativa do sistema de atendimento hospitalar e ambulatorial de saúde do SUS. Tal reforma, contemplava as orientações do BM que pretendiam

conformidade com as respostas à crise do capital, em consequência de o país ter se tornado signatário do acordo firmado com organismos financeiros internacionais, conforme mencionado no decorrer deste subcapítulo.

Nas palavras de Bresser Pereira, então ministro da Administração e Reforma do Estado (MARE), no governo Cardoso:

A reforma do Estado, que se tornou tema central nos anos 90 em todo o mundo, é uma resposta ao processo de globalização em curso, que reduziu a autonomia dos Estados em formular e implementar políticas, e principalmente à crise do Estado, que começa a se delinear em quase todo o mundo nos anos 70, mas que só assume plena definição nos anos 80. No Brasil, a reforma do Estado começou nesse momento, no meio de uma grande crise econômica, que chega ao auge em 1990 com um episódio hiperinflacionário. A partir de então, a reforma do Estado se torna imperiosa. Conforme vimos [...], o ajuste fiscal, a privatização e a abertura comercial, que vinham sendo ensaiados nos anos anteriores, são então atacados de frente. A reforma administrativa, entretanto, só se tornou um tema central no Brasil em 1995, após a eleição e a posse de Fernando Henrique Cardoso. (Pereira, 1996, p. 269).

Por intermédio do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), Bresser Pereira conduz a “reforma” do aparelho do Estado e elabora algumas incursões em torno de outras esferas da relação Estado-Sociedade, que se manifesta pelo aumento da desresponsabilização do Estado, via mercantilização-privatização das políticas sociais. Assim, como ressaltam Souza Filho e Gurgel (2016, p. 179), o Plano é fruto de uma ampla discussão da Câmara da Reforma do Estado brasileiro, formada por seis integrantes, com objetivo de “redesenhar o aparelho do Estado, apresentando o sentido mais profundo que se pretende dar a reforma neoliberal: a transferência de funções e propriedade do público para o privado. Transferência essa que possibilitou o redirecionamento dos capitais superacumulados do mercado financeiro para a economia real”.

Cabe ressaltar que, do ponto de vista teórico, as “reformas” do Estado, cuja expressão organicamente sempre esteve relacionada às ideias progressistas e às lutas por mudanças societárias, por parte dos trabalhadores, são incorporadas pelo discurso neoliberal, que busca:

[...] utilizar a seu favor a aura de simpatia que envolve a ideia de “reforma”. É por isso que as medidas por ele propostas e implementadas são mistificadamente apresentadas como “reformas”, isto é, como algo progressista em face do “estatismo”, que tanto em versão comunista como

---

racionalizar gastos na área de saúde pública brasileira. [...] estabeleceu que os hospitais estatais deveriam ser transformados em entidades públicas não-estatais de direito privado (OS), que culminam com a descentralização do financiamento da saúde da via federal para estados e municípios” (Santos; Correia; Melo, 2017, p. 341-342).

naquela social-democrata, seria agora inevitavelmente condenado à lixeira da história. Desta maneira, estamos diante da tentativa de modificar o significado da palavra “reforma”: o que antes da onda neoliberal queria dizer ampliação dos direitos, proteção social, controle e limitação do mercado, etc., significa agora cortes, restrições, supressão desses direitos e desse controle. Estamos diante de uma operação de mistificação ideológica que infelizmente, tem sido em grande medida bem-sucedida (Coutinho, 2010, p. 35).

Essa ilustrativa citação condiz com o pensamento dos defensores do neoliberalismo, que chamam de “reforma” do Estado. Críticos o nomeiam como contrarreformas, visto apresentar um estado regressivo e que retorna à barbárie e ao conservadorismo (Behring, 2009). Trata-se, nas palavras de Behring, (2009, p. 72) de uma “reforma às avessas”, “já que existe uma forte evocação do passado no pensamento neoliberal” (*Ibidem*). Outrossim, como sinalizam Souza Filho e Gurgel (2016, p. 126), “retira-se da reforma todo o arsenal histórico e teórico que sempre a relacionou com a orientação da intervenção dos movimentos progressistas e de esquerda da sociedade”.

Do ponto de vista social, político e econômico, Behring (2009) complementa afirmando que a investida neoliberal propalada não tem sido capaz de atender, de forma ampla, aos interesses e necessidades da maioria da população, cujo reflexos incidem nas condições de vida e nas relações de trabalho, pelo acirramento das múltiplas dimensões da questão social, que atinge os segmentos mais pauperizados do país (CFESS, 2024).

A ascensão do projeto neoliberal traz repercussões significativas na Constituição de 1988 e no conjunto da Seguridade Social, com a reorganização das políticas sociais, tendo em vista que, como sustenta Behring (2009, p. 330), “não se instituiu um padrão de Seguridade Social homogêneo, integrado e articulado”. É bem verdade que essa investida neoliberal se finca em um contexto de transformações societárias, cujas relações sociais são produzidas e reproduzidas em uma dimensão de permanente preservação do capital. Logo, a agenda neoliberal encontra um terreno fértil para sua materialidade dadas as condições gerais que precederam a década de noventa: a crise econômica dos anos 1980, a reestruturação da produção e a adoção de um processo produtivo mais flexível no país, como destaca Behring (2003).

Os caminhos que o país passa a trilhar nessa década são demasiado preocupantes. A Seguridade Social, fruto das lutas e conquistas de trabalhadores, que mal havia sido implementada, passa por um intenso processo de desarticulação, com regressivas perdas e garantias de direitos, impulsionada por uma série de contrarreformas regressivas nas políticas sociais, enfrentando ainda enormes pressões para “uma refuncionalidade do Estado capitalista

[...] articuladas a uma reação burguesa à crise do capital que se inicia nos anos 1970” (Behring, 2008, p. 33).

No âmbito da previdência social, os elementos históricos demarcam que essa política social sempre esteve em um quadro de disputa de correlação de forças, cujos direitos de proteção previdenciária “ora se apresentam de modo ampliado, ora com restrições desses direitos” (CFESS, 2024). Nesse cenário de correlação de forças, iniciou-se ainda nos anos 1990 a contrarreforma previdenciária. Em contextos “mais ou menos regressivos, tiveram continuidade nas décadas seguintes, em todos os governos que se sucederam no poder” (*Ibidem*, s/p).

A primeira, em 1998, foi realizada pelo governo Cardoso. Em seguida, elas se deram em 2003, no primeiro governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2007), sendo aperfeiçoadas nos governos da presidenta Dilma Rousseff, entre 2013 e 2015. A ofensiva contrarreformista na previdência social foi agravada na cena recente, no governo Bolsonaro, com a aprovação da EC 103/2019, como bem sublinham Castilho e Lemos (2021, p. 273):

A contrarreforma da Previdência Social foi uma das prioridades deste desgoverno, simultaneamente agindo com o contingenciamento e corte de recursos públicos antes destinados às ações governamentais. A centralidade no desmonte da previdência social pública, não significou, em nenhum momento, que as demais políticas de Seguridade Social estivessem fora do alvo do governo Bolsonaro, ao contrário, foram uma a uma sendo desmontadas e refuncionalizadas sob outra ótica.

Ao mesmo tempo, como destacam Lourenço *et al.* (2019, p. 470), ao executar as contrarreformas da previdência social, o Estado garante “torná-la superavitária, destinando o excedente aos bancos e serviços da dívida”. Os autores citam como exemplo dessa artimanha:

A criação da Desvinculação das Receitas da União (DRU), sendo que, em 2016, o Congresso Nacional aprovou uma Emenda Constitucional que permitiu a prorrogação da sua existência até 2023 e aumentou a retirada dos recursos da Seguridade Social na medida em que a DRU passou de 20% para 30% do orçamento da União. É no mínimo paradoxal fazer um discurso de crise financeira da PS e, ao mesmo tempo, retirar 30% dos seus recursos e transferi-los para outros fins, e não àqueles para os quais foram arrecadados! (Lourenço *et al.*, 2019, p. 470).

O avanço e as determinações desmedidas do neoliberalismo, conforme mencionado, passaram a ditar as regras e o molde a serem implementados pelos países centrais e de capitalismo periférico, a fim de propiciar um amplo processo de desregulamentação na esfera

social e produtiva do trabalho. Somem-se a isso, como observa Brown (2019), o aniquilamento dos bens públicos e os benefícios da Seguridade Social. A autora argumenta ainda que as políticas neoliberais afetam significativamente a oferta de empregos, as escolas, os serviços, a infraestrutura e as aposentadorias, acentuando uma piora em todos esses setores da vida social.

Não obstante, esse modelo econômico promove um agudizamento do empobrecimento e de gradativas frustrações em determinadas parcelas da população, as quais se encontram ameaçadas por uma estabilidade constante. A autora complementa:

O ataque neoliberal ao social [...] é fundamental para gerar uma cultura antidemocrática desde baixo, ao mesmo tempo em que constrói e legitima formas antidemocrática de poder estatal desde cima. A sinergia entre os dois é profunda: uma cidadania cada vez mais não democrática e antidemocrática está mais e mais disposta a autorizar um Estado crescentemente antidemocrático (Brown, 2019, p. 39).

Nessa conjunção de fatores, Brown (2019) acentua que a classe média branca vê nessas mudanças basicamente o enfraquecimento de sua posição social, enxergando-a como perda de domínio, de forma que convergem sua frustração mediante diversas formas de preconceito, a exemplo do racismo, machismo, homofobia, xenofobia, dentre outras. Por conseguinte, os conservadores se aproveitam desse processo, levando adiante as políticas neoliberais enquanto “distraem” a população incentivando e impulsionando o discurso de ódio.

Por outro lado, Brown (2019) observa que há ainda uma intensa debilitação dos indivíduos que se observam defrontados em um cenário ameaçador, no qual sua inserção social não está assegurada. Esse contexto se agrava pelas orientações e requisições da onda neoliberal, que libera os poderes do capital empresarial e financeiro, ruindo a solidariedade clássica entre os trabalhadores, tornando-os vulneráveis ao capital e ausentes do acesso aos sistemas de proteção social.

Retornando à cena nacional, ao Estado, coube um papel suplementar, ou seja, a crise estaria localizada na insolvência fiscal do Estado, no excesso de regulação e na rigidez e ineficiência do serviço público. Nesse sentido, é necessário compreender que as contrarreformas tinham como finalidade recuperar a legitimidade (governabilidade) e a capacidade financeira e administrativa (*governance*) do Estado (Almeida, 1999). Busca-se ainda propor um pacto de aliança, o qual passa a exigir o ajuste fiscal (superávit primário), a privatização das empresas estatais e a liberação comercial e financeira (Behring; Boschetti, 2008). Ademais, em torno do crescimento das bases política-ideológicas do neoliberalismo e



sob o véu das contrarreformas, o Estado diminui gradativamente a sua centralidade, enquanto provedor da proteção social e garantidor dos direitos sociais.

Acrescenta-se ainda que, nas diferentes conjunturas, os processos contrarreformistas incorporam matizes distintas dos interesses de organismos financeiros internacionais. Seus efeitos se traduzem na derruição e desarticulação das políticas sociais, que passam para a alçada da sociedade civil – por meio da construção de “redes de proteção social” ou da solidariedade empresarial – em um mecanismo de publicização (Almeida, 1999).

Na compreensão governamental, isso “consiste na descentralização para o setor público não-estatal, da execução de serviços que não envolvam o poder do Estado, mas devam ser subsidiados pelo Estado, como a educação, a saúde, a cultura e a pesquisa científica” (Iamamoto, 1998, p. 119). Não obstante, a desregulação do Estado “aumenta contraditoriamente a necessidade dessa intervenção para estabilizar a anarquia do mercado e enfrentar crises financeiras em recursos oficiais” (Iamamoto, 2009, p. 26).

Nessa linha de pensamento, as políticas perdem o caráter público-estatal e se publicizam, através da sua implementação no âmbito do mercado e do “privado-porém-público”. Assim, as políticas sociais, sob o ataque do Estado neoliberal, passam a ser geridas à sombra de uma nova perspectiva, cujo processo se caracteriza como publicização, enquanto uma novidade das contrarreformas. Trata-se, por conseguinte, da “produção de serviços competitivos ou não-exclusivos do Estado, estabelecendo-se parcerias com a sociedade para o financiamento e controle de sua execução” (Behring, 2008, p. 178-179).

Tais desdobramentos recaem sobre os sistemas de proteção social, incapazes de atender ao aumento, cada vez maior, das demandas sociais devido à fragilidade financeira apresentada nas últimas décadas e em colapso atualmente. Outra reflexão dessa questão é formulada por Dardot e Laval (2016). Eles argumentam que não é somente o Estado que se adequa a essa nova racionalidade neoliberal, mas toda a sociedade passa a ser compreendida como um “mercado”, em que cada indivíduo é uma “empresa” em constante concorrência, dado que “o homem neoliberal é o homem competitivo, inteiramente imerso na competição mundial” (p. 322).

Nesse sentido, Dardot e Laval (2016) defendem que o neoliberalismo, muito além de uma doutrina econômica ou ideológica, constitui-se uma “nova racionalidade de mundo”, que estrutura e organiza tanto as ações dos governantes como a própria conduta dos governados. Nessa ótica, os autores afirmam que o neoliberalismo não se configura enquanto uma simples continuidade do liberalismo clássico do Século XVIII, da mesma forma que não é seu descaminho, tampouco sua negação. Por outro lado, a sua problematização, por meio de suas

perspectivas e debates endógenos, passa de uma doutrina econômica para um “sistema normativo que ampliou sua influência ao mundo inteiro, estendendo a lógica do capital a todas as relações sociais e a todas as esferas da vida” (Dardot; Laval, 2016, p. 07).

Por sua vez, esses autores reconhecem que a “racionalidade neoliberal que realmente se desenvolve nos anos 1980-1990 não é a simples implementação da doutrina elaborada nos anos 1930 [...]”, como uma espécie de passagem de “teoria para a prática”. Ao contrário, é o resultado de uma “multiplicidade de processos heterogêneos” que deriva no que os autores intitulam de “nova racionalidade governamental” (*Ibidem*, p. 33-34). A elaboração dessa nova racionalidade, ou razão-mundo, nas análises dos autores, constituem-se basicamente “da construção do mercado à concorrência como norma dessa construção, da concorrência como norma da atividade dos agentes econômicos à concorrência como norma da construção do Estado e de sua ação e, por fim, da concorrência como norma do Estado-empresa à concorrência como norma da conduta do sujeito-empresa” (Dardot; Laval, 2016, p. 37).

Essas conjunções de elementos incidem de forma acentuada na condução das políticas sociais, cujas tendências podem ser sintetizadas da seguinte forma:

1. Regressão das políticas redistributivas de natureza pública e constitutiva de direitos, em prol de políticas compensatórias de combate à pobreza e de caráter seletivo e temporário;
2. Privatização e mercantilização dos serviços sociais, com a consolidação da figura do cidadão-consumidor, condição e premissa da existência de serviços de proteção social básica para o cidadão-pobre e ampliação de programas sociais de exceção voltados para o cidadão-miserável, com renda abaixo da linha da pobreza.
3. Emergência de novos protagonistas tais como a empresa socialmente responsável, o voluntariado, com suas práticas congêneres de desenvolvimento sustentável, ações em rede, empoderamento e empreendedorismo social que amparam a redefinição da intervenção social do Estado, agora atrelada à capacidade de participação da sociedade civil;
4. Despolitização das desigualdades sociais de classe em face da identificação dos chamados processos de exclusão, cuja conotação temporal e transitória informa a possibilidade de estratégias de inclusão e de acesso aos bens civilizatórios e materiais, permitindo que o real e o possível se transformem em “ideal”, sitiando, assim, a construção de projetos societais. [...]
5. Um outro aspecto a destacar, enquanto tendência recente é peso de algumas políticas de Seguridade Social sobre o mercado de trabalho. Este vetor esvazia as medidas de enfrentamento à precarização e desproteção do trabalho, em prol de ações pontuais e de duvidosa eficácia contra o desemprego, a geração de renda e a formação de mão de obra. Compostas por um conjunto de programas voltados para a qualificação profissional e para geração de renda, estas atividades, que transitam entre o neo-solidarismo, o financiamento de pequenos negócios, a qualificação profissional e o agenciamento de empregos. (Mota, 2006. p. 46-47).

Como bem se deduz das ressalvas de Mota (2006), sintetizadas nas linhas anteriormente citadas, o esfacelamento das bases de sustentação do sistema de proteção social se torna mais destrutiva com a passagem temporal das décadas seguintes. As contrarreformas seguem intensas durante os treze anos dos governos do Partido dos Trabalhadores (PT), dando sequência à política macroeconômica conservadora, alicerçada nos mesmos parâmetros do governo de Fernando Henrique Cardoso, como já lembrado neste subcapítulo. Ademais, os desdobramentos das contrarreformas do Estado favorecem e ampliam a estrutura do grande capital, transformando quase todas as dimensões da vida social em mercadorias. Essas mudanças também impõem incertezas aos trabalhadores quanto ao futuro da democracia e ao acesso aos direitos sociais, políticos e civis.

No rol dessa contextualidade, a Seguridade Social, incluída à política de saúde, enquanto expressão maior o SUS, tem os seus princípios fundantes ameaçados, na contramão dos pressupostos da Reforma Sanitária brasileira (RSB) e da Constituição Federal de 1988, que preconiza a saúde como direito universal de cidadania. É nessa direção que o próximo subcapítulo substanciará as análises acerca das inflexões enfrentadas pela política de saúde, sob o avanço das contrarreformas do Estado neoliberal.

#### 1.4 O processo contrarreformista na política de saúde: o SUS sob ataque

O percurso histórico da política de saúde no Brasil sempre esteve articulado às determinações socioeconômicas e históricas do país, desde as primeiras intervenções do Estado, na década de 1930, até os dias atuais. Historicamente, essa política foi marginalizada, sendo predominantemente situada em uma perspectiva filantrópico-assistencialista, oferecida pelas Santas Casas de Misericórdia ou pela prática liberal da medicina. Posteriormente, evoluiu-se para o modelo previdenciário, campanhista e baseado na lógica de seguros, como amplamente demonstrado pela expressiva bibliografia sobre o tema (Bravo, 2006; 2013; 2015; Oliveira; Teixeira, 1986). Essa observação é fundamental para compreender como, na atualidade, o processo contrarreformista tem engendrado estratégias que visam ao desmonte e à desarticulação do SUS, contrariando os moldes estabelecidos pela legislação brasileira.

Essas estratégias são fruto de disputas entre diferentes projetos societários, existentes no campo da saúde, desde a década de sessenta do século passado. Nesse cenário de disputas, situam-se o projeto democrático-popular do movimento da Reforma Sanitária Brasileira

(RSB)<sup>35</sup>, anterior à Constituição de 1988, e o projeto liberal-conservador, ao qual se vincula o setor privado na saúde, engendrado nos marcos dos anos 1990 (Bravo, 2006; Souza *et al.*, 2019).

Entre 2003 a 2016, situa-se de forma mais agressiva, o projeto da Reforma Sanitária flexibilizada. Esse modelo passa a ser orientado pela chamada “terceira via” (Bravo, 2013). Nessa proposta de projeto, segundo a autora, não “[...] há preocupação com a superação do capitalismo [...]” (*Ibidem*, p. 12). Ao contrário, instala-se a defesa do fortalecimento do capital e do mercado financeiro, mediante o intenso processo de desarticulação, privatização e mercantilização do SUS, enquanto parte indissociável da Seguridade Social brasileira, regulamentado em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde (LOS).<sup>36</sup>

Para demarcar as disputas entre esses projetos antagônicos, é imprescindível compreender a concepção do SUS pela perspectiva de um modelo universal, com equidade, integralidade e intersetorialidade. Tais princípios têm como marco o movimento de RSB, pensado segundo a dinâmica da sociedade, no contexto dos anos 1970-1980, que demarcou o período de redemocratização do país, após 21 anos de ditadura civil-militar (1964-1985).

Nessa conjuntura, a luta dos movimentos sociais e populares, dos profissionais da área da saúde, dos intelectuais e dos partidos políticos progressistas primavam por uma “saúde como valor universal, garantida a partir de uma reformulação do sistema” (Paula, 2013, p. 88). Para tanto, ela incorpora os aspectos biopsicossociais, baseada na concepção ampliada de saúde, que ultrapassa a perspectiva de assistência médico-curativa e dos seus aspectos biológicos (Silva, 2013; Scliar, 2007). Esse movimento aspirava uma nova identidade para a saúde, ao tratá-la como “direito de todos os cidadãos e dever do Estado” para sua efetivação, articulada ao exercício da cidadania (Silva, 2024).

O movimento de RSB foi alinhavado em meados da década de 1970. Seu processo de idealização centrava na luta pela reconfiguração do Estado e na formulação de um projeto contra-hegemônico direcionado à ampliação da consciência sanitária e do direito universal à saúde (Bravo, 2006). Igualmente, o movimento tencionava a reconstrução da sociedade civil

---

<sup>35</sup> Para um maior aprofundamento do movimento de Reforma Sanitária Brasileira, consultar Teixeira (2011), Paim (2008), Bravo (1996) e Silva (2013).

<sup>36</sup> O SUS é regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei Orgânica da Saúde (LOS), composta pelas Lei nº 8.080, que versa sobre os princípios e diretrizes, e a Lei nº 8.142, que estabelece a participação popular e financiamento na saúde. A LOS estabelece que os recursos direcionados ao SUS são provenientes do Orçamento da Seguridade Social. No entanto, essa lei também caracteriza a efetivação do SUS e suas organizações. Em 2011, o Governo Federal elaborou o Decreto nº 7508 que regulamentou a Lei nº 8.080/90, no que tange ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação Inter federativa. A Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012, do Ministério da Saúde, aprovou as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde (Brasil/MS, 2012; 2011).

por meio do processo de luta pela democratização do Estado. Essa perspectiva caminhava em duas direções: de um lado, a emergência da participação de novos sujeitos sociais no interior das discussões sobre a real condição de vida da população brasileira nessa conjuntura; por outro lado, as análises de estudiosos, do campo da saúde coletiva, inspirados no movimento de Reforma Sanitária Italiana, por meio das reflexões elaboradas por Berlinguer (1998).<sup>37</sup>

Nessa mesma linha de pensamento, Silva (2013) reporta que um dos aspectos mais importantes desse movimento sanitarista é que ele não se reduz unicamente à construção do SUS, embora estivessem presentes algumas de suas dimensões, como a setorial, institucional e administrativa. A reforma em curso, como atesta a autora, representava “uma Reforma Social que articula proposições de mudanças sob diversas dimensões, e concepção que mobilizou um bloco de forças políticas no âmbito do movimento sanitário” (Silva, 2013, p. 161).

Outrossim, Paim (2008) chama a atenção para o fato de que o movimento sanitarista deve ser compreendido enquanto um fenômeno histórico e social. Nesse sentido, devem ser considerados os seguintes aspectos:

a) democratização da saúde, a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes, reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, acesso universal e igualitário aos serviços de saúde e participação social na política e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, com descentralização do processo decisório, controle social, ética e transparência nos governos; c) democratização da sociedade alcançando a produção e distribuição justa da riqueza numa ‘totalidade de mudanças’, passando por uma “reforma intelectual e moral” e pela democratização da cultura (Paim, 2008, p. 173).

Essas mudanças situadas no bojo do movimento sanitarista encontraram terreno fértil no cenário brasileiro, dada a intensa efervescência no interior das lutas sociais em que a sociedade se encontrava nesse momento, com forte organização social em razão da profunda politização no campo da saúde. Esse cenário contribuiu para potencializar o viés político-emancipatório do projeto da RSB, além de mobilizar a elaboração da 8ª CNS, intitulada de *Democracia e Saúde*, realizada em março de 1986, na capital federal (Brasil, 1986). Ao lado do movimento pela reforma sanitária, a supracitada Conferência, que aglomerou uma multiplicidade de sujeitos políticos coletivos, constituiu-se um marco na luta pelo processo de

---

<sup>37</sup> Médico sanitarista italiano, contribuiu de forma significativa para a construção do campo da Saúde Coletiva no Brasil e em toda América Latina. De acordo com Berlinguer (1988, p. 03), “para que a saúde se sobreponha à doença, é preciso mudar profundamente o comportamento cotidiano, os modelos de vida, a produção e o consumo, as formas de participação na atividade comunitária, a direção política do governo e das administrações locais. É necessária uma revolução profunda, que envolva todos os partidos e atravesse a existência cotidiana de cada um”.

universalização e democratização da saúde, pelas possibilidades concretas de mudanças nos serviços públicos de saúde.

Ao analisar a importância da 8ª CNS para os rumos da saúde pública no país, Carvalho (1995, apud Faleiros *et al*, 2006, p. 95), alerta que ela se constituiu um evento duplamente inédito:

[...] inédito na história das políticas de saúde porque não se tem notícia de que o poder executivo brasileiro jamais tenha convocado a sociedade civil para o debate de políticas ou programas de governo, menos ainda no estágio ou momento de sua formulação na escala de que o fez naquele momento. Todas as sete conferências de saúde anteriores pautaram-se por um caráter eminentemente técnico e pela baixíssima representatividade social marcada pela participação praticamente restrita a gestores e técnicos governamentais.

É bem verdade que essa Conferência representou um divisor de águas no cenário nacional. Ela introduziu pela primeira vez o debate da saúde na sociedade, por meio de distintas nuances, e ampliou o conceito de saúde, por esta depender intrinsecamente das condições sociais e econômicas, cujos conceitos e propostas foram contemplados em seu Relatório Final. Posteriormente, eles foram incorporados ao arcabouço constitucional, na sessão referente ao escopo da saúde pública, expressando que “a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população nas suas lutas cotidianas” (Brasil/MS, 1986, p. 03).

Apesar das mudanças e dos avanços legais no âmbito da política de saúde, Bravo (2006) sinaliza que, no final dos anos 1980, já existiam algumas dúvidas e questionamentos a respeito da materialidade do projeto de Reforma Sanitária. Essas dúvidas se referiam “à fragilidade das medidas reformadoras em curso; a ineficácia do setor público; as tensões com os profissionais de saúde; a redução do apoio popular face a ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma que passam a dar a direção no setor, a partir de 1988” (Bravo, 2006, p. 99). Esse último ponto se relaciona ao fortalecimento do projeto de saúde articulado aos interesses do capital, que passa a ser hegemônico na segunda metade da década de 1990, tendo em vista que as suas diretrizes estavam em sintonia com as respostas à crise capitalista, do governo Fernando Henrique Cardoso, conforme dito no subcapítulo anterior desta tese.

As exigências do capital financeiro colocam em xeque as recentes e inéditas conquistas presentes nas diretrizes institucionais do SUS. É certo que, como aponta a literatura especializada, que as bases de forças do projeto privatista na saúde já eram firmadas desde o

período da ditadura civil-militar, iniciada em 1964. A racionalidade desse projeto “era orientada pelas regras de mercado e fundamentada na exploração da doença como sua principal fonte de lucros. Representando os interesses do setor privado fortemente vinculados ao capital internacional, através de sua relação com o complexo financeiro industrial médico, hospitalar, farmacêutico e de insumos” (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018, p. 09-10).

Ademais, como posto anteriormente, nas últimas décadas do Século XX se configura como um dos momentos mais regressivos da contemporaneidade. Inicia-se o reverso das garantias de direitos sociais vinculado às lutas por proteção social em situações “específicas vivenciadas pela classe trabalhadora e seus dependentes” (Moreira, 2024). Há assim duras implicações para a Seguridade Social, incluída a saúde, que passa a ser pensada a partir da perspectiva mercadológica, na medida em que “as respostas às necessidades e demandas por saúde fortalecem o modelo médico hegemônico, condizente com a lógica mercadológica do sistema e se apresentam descoladas da determinação social do processo saúde-doença” (Oliveira; Krüger, 2017, p. 181-182).

Em outros termos, o antigo modelo médico-assistencial privatista, instituído nos anos 1960, deixou sua marca, especialmente a da saúde pautada no viés curativo, contrário, portanto, ao modelo sanitarista, que concebe à saúde segundo os princípios da promoção, prevenção e educação em saúde coletiva. Dessa forma, favorece o fortalecimento da tendência privatista na saúde pública, através do ajuste estrutural e da contrarreforma do Estado, enquanto estratégia neoliberal, que se fundamenta na visão do mundo burguês, em que apenas o mercado é capaz de obter a liberdade política (Gomes, 2013). Logo, suas diretrizes apontam para a sistemática deterioração e desmanche das políticas e serviços sociais, a exemplo da saúde, inviabilizando, portanto, a efetivação e operacionalização do SUS.

Esse processo de mercantilização passa a conceber:

[...] a saúde como mercadoria e fonte de lucro, aproveitando o sucateamento dos serviços públicos. Há um processo de fetiche do privado, através de contra informação difundida pelos aparelhos privados de hegemonia de que “o privado é melhor, mais eficiente” [...] Essa ideologia de que o SUS precisa ser redirecionado perpassa a maioria da população cotidianamente” (Santos; Correia; Melo, 2017, p. 336).

Além desse traço de mercantilização dos serviços de saúde, a onda contrarreformista do Estado passa a reconfigurar as relações público-privadas por meio da viabilização da inserção de novos modelos de gestão no sistema público de saúde, enquanto estratégia fomentada pelo PDRAE, durante o governo Cardoso. Como exemplo, situam-se as parcerias público-privadas

formalizadas por meio de Organizações Sociais (OS)<sup>38</sup>, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Nessa última, os hospitais universitários passaram a ser gerenciados por essa Empresa, por meio da Lei nº 12.550/2011, aprovada no apagar das luzes no governo Lula e executada na primeira gestão de Dilma Rousseff (Silva, 2017; Bravo, 2013). Essas modalidades de gerenciamento na saúde, por meio das parcerias público-privadas, segundo Rosa (2006, p. 193), “se traduzem na exploração de serviços por entidades privadas com o objetivo de obter lucros, garantindo o Estado o pagamento certo da totalidade desses serviços, ou de uma parcela significativa do preço desses serviços, que incorpora o lucro dos privados, através do Orçamento do Estado”.

Com efeito, o apreço às diretrizes das contrarreformas do Estado se refletem na deterioração da prestação dos serviços de saúde, capilarizadas por novas formas de gestão, por meio da focalização do atendimento, terceirização como forma de contratação e transferência direta dos serviços de saúde para a esfera privada, ou setor público não-estatal. Seus defensores se justificam no argumento da lógica orçamentária e fiscal. Para isso, transformam as políticas sociais em ações pontuais e compensatórias, no sentido de atender às requisições contínuas do capital, com base em seus processos de valorização do valor.

Na transição para os anos 2000, em linhas bastante gerais, os governantes ou candidatos que pleiteavam a representação dos chamados setores progressistas da sociedade chegam ao poder com posicionamentos anti-imperialistas e de defesa do desenvolvimento nacional, constituindo-se um meio de autonomia dos estados nacionais. Em seus dois mandatos, o presidente Lula da Silva (2003-2007 e 2007-2011) manteve a política econômica do seu antecessor, privilegiando o modelo neoliberal, de vertente social-liberal, que se ancora na

---

<sup>38</sup> As Organizações Sociais – estabelecidas pela Lei 9.637/98 – são consideradas “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades são dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde” (art. 1º). A essas, é permitido “contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos de controle interno e externo da administração pública, porque estas são consideradas atribuições privativas de seu Conselho Administrativo” (Rezende, 2008, p. 25; CFESS, 2017, p. 19). As OS e OSCIP “[...] foram regulamentadas pelas leis nº 9.637/98 e 9.790/99, respectivamente, sendo colocadas como estratégias de garantir ‘um novo modelo de administração pública’, no qual Estado e Sociedade estabelecem uma relação de aliança na execução de ações de caráter público” (Sousa, 2017, p. 140). As Fundações Estatais são consideradas entidades com “personalidade jurídica de direito privado para o desenvolvimento de atividades que não tenham fins lucrativos, não sejam exclusivas do Estado e não exijam o exercício do poder de autoridade em áreas como a educação, assistência social, saúde, ciência e tecnologia” (MPOG, 2007). A sua natureza é privada, ou seja, cumpre a função do racionamento – da dita “eficiência” e “eficácia” – que prioriza o caráter lucrativo de “concorrente da livre iniciativa” ao real sentido das políticas públicas de proteção social (CFESS, 2017, p.19).



perspectiva “neodesenvolvimentista”<sup>39</sup> como uma alternativa de política de desenvolvimento que pregava a promoção do crescimento econômico com justiça social. Alerta-se, como observa Pereira (2012), que não se trata de uma repetição do desenvolvimentismo nacional dos anos 1960, mas o da defesa de um desenvolvimento autossustentável desde o ponto de vista econômico e social.

Esse modelo dará continuidade no governo da presidenta Dilma Rousseff (2011-2014 e 2014-2016), embora o seu segundo governo tenha sido marcado por medidas de austeridade e de cortes nas políticas sociais, a exemplo do ocorrido na saúde, além do agravamento da crise econômica, fomentando a derrocada do projeto de “concertação social petista levado a cabo nos últimos 15 anos” (Duriguetto; Demier, 2017, p. 14). Por conseguinte, o governo Rousseff passa a sofrer inúmeras denúncias de corrupção, em um cenário sinalizado por diversas manifestações de grupos conservadores e de direita, ou, como denomina Antunes (2018), pelas rebeliões de junho de 2013, as quais, aliadas às frações mais poderosas das classes dominantes, orquestrada pela ofensiva do capital, patrocina um golpe de “novo tipo”<sup>40</sup>. A presidenta Dilma é destituída do cargo, precisamente no dia 31 de agosto de 2016, e o “entrega” ao seu vice Michel Temer (MDB), que acelera medidas de ajustes fiscais e de desfinanciamento das políticas de Seguridade Social, para dar melhores condições à sociabilidade burguesa e à acumulação de capital no país (*Ibidem*).

Após essas breves linhas, a entrada dos governos do Partido dos Trabalhadores no cenário político significou para o campo progressista e de esquerda, uma real possibilidade de mudança conjuntural, visto o impacto decorrente das contrarreformas do Estado, que demarcou o governo Fernando Henrique Cardoso. É bem verdade que houve possibilidades reais de formulação de políticas sociais significativas, a despeito do empenho em eliminar e/ou reduzir as desigualdades sociais e, consequentemente, a fome no país por meio do Programa Fome Zero, cujo carro-chefe se tornou o Programa Bolsa Família<sup>41</sup>. Além disso, obteve-se expressivo

---

<sup>39</sup> “Entendemos como sendo um novo padrão de desenvolvimento do capitalismo brasileiro alternativo a ortodoxia neoliberal que se construiu a década de 2000 no bojo da temporalidade histórica do capitalismo global” (Alves, 2014, p. 51).

<sup>40</sup> De acordo com Duriguetto e Demier (2017, p.14), foi um “golpe no governo articulado por parte dos aparelhos do Estado como o Parlamento, o Judiciário (com aval da Suprema Corte) e a Polícia Federal; pelos oligopólios da mídia, que atuaram abertamente como os grandes fomentadores e indutores do *impeachment*; e pela atuação ativa das diferentes frações das classes dominantes e dos setores médios<sup>18</sup>. Não foi um golpe no regime político, e sim – reiteramos – no governo, o que foi possível pelo próprio funcionamento da institucionalidade democrática restrita, blindada”. Para melhor aprofundamento, consultar Demier (2016) e Antunes (2022).

<sup>41</sup> Ressalta-se que, no governo do Partido dos Trabalhadores, a Assistência Social, embora já preconizada na Seguridade Social, ganha estatuto de política pública com a formulação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), em 15 de julho de 2005, por meio de resolução do Conselho Nacional da Assistência Social.

crescimento econômico mediante implementação do modelo neodesenvolvimentista, considerado por alguns autores como um projeto de desenvolvimento capitalista alternativo ao neoliberalismo.

Tal como assinala Alves (2014), a temática em torno do neodesenvolvimentismo retorna à cena brasileira, mais especificamente no segundo governo Lula da Silva, em face ao colapso do neoliberalismo e na sua incapacidade de responder às demandas do crescimento econômico, de distribuição de renda e de equidade social. O autor explica ainda que esse modelo neodesenvolvimentista “foi uma trágica ilusão, uma doce farsa que alimenta promessas de modernização burguesa no Brasil do século XXI” (Alves, 2014, p. 52), embora os governos petistas tenham moldado o discurso de que, ao serem eleitos, se oporiam à hegemonia do neoliberalismo.

É bem verdade que tal discurso não se materializou. Ao contrário, se firmou:

As prerrogativas mais estruturais da agenda neoliberal ortodoxa e as benesses ao capital internacional (superávit primário; desregulamentação e abertura do mercado; manutenção dos juros mais altos do planeta; atração de Investimentos Estrangeiros Diretos, com altas remessas de juros e dividendos às sedes das empresas estrangeiras; “estrangeirização” do solo nacional etc.) e deram continuidade às contrarreformas da Seguridade Social (Silva; Almeida; Andrade, 2017, p. 61-62).

Outrossim, quanto às ações dos governos petistas, “quando analisadas em seus fundamentos, foram caracterizadas mais pela continuidade do que pela *ruptura* em relação ao neoliberalismo, ao menos no que concerne aos aspectos mais determinantes” (Antunes, 2022, p. 53), embora, como chama atenção o autor, não se pode desconsiderar o “enorme sucesso dos governos de Lula”, sobretudo no segundo mandato (2007-2011). Esse sucesso, segundo Antunes, pautava-se, por um lado, pelo crescimento econômico, com destaque à produção de *commodities* para exportação – garantindo os interesses do capital financeiro – e à política de valorização salarial, e, por outro lado, como dito anteriormente, pelo programa Bolsa Família, que se tornou “a proposta mais bem-sucedida de seu governo” (*Ibidem*).

É importante frisar que, no campo da saúde pública, no primeiro mandato do governo Lula da Silva, houve a incorporação da agenda ético-política do movimento de RSB. Todavia, no decorrer do seu governo, não se observou, como destaca Bravo (2006), um empenho político para viabilizar a concepção ampliada de Seguridade Social. Ao contrário, mantém-se a segmentação das três políticas: saúde, assistência social e previdência social (Bravo, 2006). Permanece, como assinalam Behring e Boschetti (2008, p. 160) a incorporação da lógica

*bismarckiana* (seguro) e a lógica *beveridgiana* (assistência), como já mencionado anteriormente.

Essa falta de interesse político, atrelada às imposições do capital financeiro, induz o governo Lula a continuar efetuando a política de saúde nos moldes dos anos noventa (Bravo; Meneses, 2011). Como aludem Behring e Boschetti (2008, p. 155), as políticas sociais nesse período são cooptadas e passam “por uma lógica de adaptação ao novo contexto”. Ademais, as autoras ponderam que, mediante essa lógica, desdobra-se a tríade do “neoliberalismo para as políticas sociais – privatização, focalização/seletividade e descentralização”. Nesse mesmo rastro, Bravo e Meneses (2011) acrescentam que a formulação das ações de saúde passa a ser fundamentada na congruência da precarização, terceirização dos recursos humanos e desfinanciamento da política.

As autoras complementam afirmando que a política de saúde sofre nesse período os influxos da política macroeconômica, em que “as questões centrais não foram enfrentadas, tais como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Política Nacional de Medicamentos” (Bravo; Meneses, 2011, p. 17). Nesse cenário de desarticulação dos princípios norteadores do SUS, o governo petista favorece o incentivo às Fundações Estatais de Direito Privado e a EBSEH, as quais foram delineadas no decurso dos governos Lula-Dilma, cujas formas de gerenciamento e prestação dos serviços de saúde se baseiam em uma perspectiva de continuidade do desmonte do SUS.

A esse respeito, Sousa (2017, p. 146) expressa que:

A criação da EBSEH se constituiu em mais uma forma de aprofundamento do mecanismo de privatização dos serviços iniciados com a Reforma do Estado desde os anos de 1990, com a criação das OS e OSCIP. Trata-se da continuidade de implementação da lógica gerencial e de mercantilização dos serviços de saúde. Nesse contexto, se institui uma reconfiguração das universidades federais que passam a inserir no seu interior, através de contrato, uma empresa pública de direito privado, que tem como finalidade a gestão e o controle dos hospitais-escola, que são patrimônio das universidades federais.

Cabe mencionar que a EBSEH introduziu a “lógica gerencial e a existência de diferentes vínculos dos trabalhadores do Hospital Universitário (HU), o que tem propiciado contradições para os que são de Regime Jurídico Único e os que são contratados sob regime da nova legislação trabalhista; e a Lei nº 13.097/2015 que abre o capital estrangeiro para a saúde” (Silva, 2017, p. 27-28). Como chama atenção a autora, essa contradição acarretada por essa legislação viola à Constituição Federal,

[...] que, no § 3º do seu artigo 199, assegura que ‘é vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei’. A Lei n. 8.080/90 previa, como exceções a essa interdição, as doações de organismos internacionais e o financiamento de serviços de saúde, sem finalidade lucrativa, destinados aos empregados de empresas estrangeiras instaladas no país (Silva, 2017, p. 27-28).

Certamente, essas mudanças representam um retrocesso corrosivo na efetivação da gestão do SUS, dada a realidade da saúde pública brasileira, ao passo que essas modalidades de gestão não representam alternativa para desvendar os entraves gerados ao longo dos anos. Pese-se, a título de ilustração, o desmonte, o descaso e o sucateamento dos serviços públicos de saúde às camadas mais vulneráveis, compelindo “para o setor privado os usuários de classe média” (Silva, 2024). Em meio a isso, há os registros de irregularidades encontradas no interior dessas empresas, com repercussões para o conjunto da sociedade, por meio de:

- 1) Prejuízos financeiros e insuficientes serviços de saúde aos usuários;
- 2) Indícios de desperdícios no uso do dinheiro público nas capacitações de gestores da empresa;
- 3) Irregularidades nos “concursos” realizados pela EBSEH;
- 4) Insatisfação dos empregados contratados pela EBSEH explicitada através da deflagração de greves;
- 5) Desrespeito à autonomia universitária e aos órgãos colegiados de deliberação nos processos de adesão à EBSEH;
- 6) Judicialização de demandas contra a EBSEH (Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, 2014, *apud* Sousa, 2017, p. 149).

Dito isso, é importante destacar que cada governo demarcou suas particularidades quanto ao processo de contrarreformas e de desmonte da política de saúde. Até o governo Dilma Rousseff, uma estratégia padrão era a não explicitação da contrarreforma na saúde. Para tanto, ela se apresentava como necessária ao aperfeiçoamento da gestão, mas não se posicionando abertamente contra os princípios do SUS. Apesar disso, como já assinalado, desde o governo Cardoso, há o avanço do projeto de saúde privatista, em oposição ao projeto de Reforma Sanitária, ao qual se estendeu de modo mais agressivo, nas décadas seguintes, em todos os governos que se sucederam no poder.

Na quadra histórica mais recente, Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018, p. 11-12) explanam que o governo de Michel Temer (2016-2018) dá continuidade ao discurso dos governos anteriores, mas de modo mais truculento, com o intuito de aprofundar a “dependência junto ao capital internacional” e sob os influxos da “restauração conservadora de um projeto político ultraneoliberal, assumidamente pró-capital” (*Ibidem*). Nesse contexto de investida do capital nas políticas sociais, no governo Temer, dá-se a agressiva aprovação da Emenda Constitucional

(EC) 95/2016, que contempla um processo progressivo de desfinanciamento dos recursos da Seguridade Social, através do chamado novo regime fiscal, por meio do congelamento dos investimentos em áreas sociais pelos próximos vinte anos.

Como bem expressa Souza (2023, p. 395), essas medidas são instrumentos de cooptação do fundo público pelo capital “para a retomada dos superlucros em tempos de crises. E nesse contexto, a Seguridade Social vive sob constante ameaça e sucessivos cortes”, o que dá a dimensão do deslocamento gradativo dos ideários da proteção social. Com essa medida corrosiva do ajuste fiscal, Behring (2024, p. 245) sublinha que houve “uma diminuição real dos recursos da saúde”.

A autora chama atenção que, até 2016, houve uma espécie de crescimento inerte dos recursos, mas “não correspondeu à demanda pela saúde pública: estivemos muito distantes de qualquer boom de investimentos em saúde, diga-se, vivíamos um subfinanciamento crônico. Com a EC 95 e as demais medidas de recrudescimento do ajuste, houve diminuição real dos recursos da saúde” (*Ibidem*). Para o SUS, o congelamento dos gastos sociais impõe sobre o orçamento da saúde uma restrição que pode chegar a 640 bilhões, segundo estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (Vieira; Benevides, 2016).

Nessa mesma direção, situam-se, além do novo regime fiscal, as contrarreformas trabalhista e previdenciária, que darão processualidade ao quadro de derruição do sistema de proteção social, sob às exigências e determinações do capitalismo global, que sistematicamente engendram mecanismos de expansão financeira e de expropriação do trabalho e dos bens públicos (Lara; Maranhão, 2019). Ao aprisionar o aprofundamento da gestão pública aos ditames dos interesses financeiros, o Estado acaba transferindo para os trabalhadores a conta dessa crise produzida pelo capital.

A adoção desses instrumentos de captura do fundo público, enquanto resposta do Estado à crise do capital, marca, segundo Kerstenetzky (2019), a interrupção do experimento de redistribuição efetivada na década precedente e, com ela, o adiamento sem horizonte previsível de uma esperança de social-democratização do estado social brasileiro. Logo, delimita-se um processo insuficiente na estrutura de oportunidades sociais no Brasil, cuja expansão seria crucial para a diminuição das distâncias econômicas e sociais existentes, especialmente quanto à distribuição de renda, entre os mais pobres e/ou vulneráveis à pobreza.

Cabe sublinhar que a gestão do governo Temer na política de saúde se mostra completamente incompatível com o projeto de Reforma Sanitária, ao atingir os três princípios fundamentais que dão base de sustentação a esta política:

- A universalidade do acesso à saúde: quando impõe uma restrição orçamentária por 20 anos, o governo Temer coloca em patamares jamais vistos o subfinanciamento do SUS num momento de aumento da demanda do sistema; quando abre espaço para a regulamentação de planos populares e defende abertamente a desoneração do SUS via oneração dos usuários no consumo de planos privados; ao fazê-lo, segue à risca os fundamentos dos documentos Ponte para o Futuro;
- A publicidade do direito à saúde: massifica-se nos argumentos e proposições do Ministério da Saúde a ideia de que todos devem colaborar diante do colapso do financiamento do sistema. Na prática, a colaboração se daria via aquisição de um plano popular ou até mesmo a compra de um serviço de saúde numa clínica popular [...] evidenciando que o conteúdo de negação do direito e reprodução da ideia de inviabilidade do SUS, vem se colocando na ordem do dia pelos setores privados. Assim, de fato, a destruição da concepção do direito público à saúde chega ao seu ápice.
- A participação social: o controle social que, nos governos anteriores, já havia sofrido duros golpes num contínuo processo de desvalorização e marginalização em relação às grandes decisões da política de saúde - como a introdução das novas modalidades de gestão - passa a ser completamente alijado dos processos decisórios [...] e sem debate com a sociedade (Soares, 2018, p. 28).

Outra particularidade do governo Temer foi a articulação efetiva com o setor empresarial de saúde, materializado por meio do:

[...] documento “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”, divulgado em 2017, elaborado pelo Instituto Coalizão Brasil, objetiva construir um novo sistema de saúde para o Brasil e defende a tese de que os setores público e privado precisam construir uma rede integrada de cuidados contínuos, a qual pressupõe maior participação da iniciativa privada na gestão dos serviços (Bravo; Pelaez, 2021, p. 197).

Em consonância com essa tendência de privatização dos serviços de saúde, as autoras supracitadas, assinalam que a política de saúde teve o seu orçamento reduzido em “R\$ 179 milhões, valor que seria destinado inicialmente ao programa de fortalecimento do SUS, responsável por ações de melhoria da estrutura e da qualidade dos serviços de saúde” (*Ibidem*). Evidencia-se, portanto, não só o abandono por completo da concepção de Reforma Sanitária, mas o abandono do próprio SUS, com a publicização de sua inviabilidade e a necessidade de sua reformulação e/ou destruição, por meio de um amplo processo de desfinanciamento. Isso representa, conforme exposto, mais uma estratégia do capital para investir sobre o fundo público, outrora destinado aos trabalhadores, enquanto fruto histórico de reprodução da sua força de trabalho (Boschetti, 2020).

Na passagem de governo seguinte, a saúde pública, que já se encontrava em escombros, desmorona ainda mais. A eleição e posse do presidente Jair Bolsonaro (2018-2022),

do Partido Liberal, cujo programa de governo se intitulava *O caminho da prosperidade. Brasil acima de tudo. Deus acima de todos*, o qual apresentava diversos pontos omissos quanto as diretrizes governamentais (Bravo; Pelaez, 2020). O governo Bolsonaro representa, como lembra Antunes (2022), um período de mudanças, de uma “contrarrevolução” no contexto social e político, aqui no Brasil e em alguns países do mundo, a exemplo dos Estados Unidos, com a eleição de Donald Trump, o Brexit no Reino Unido e o recrudescimento da extrema direita na França, Alemanha, Hungria e Filipinas.

Isso posto, Antunes reitera que, no caso brasileiro:

[...] Bolsonaro apareceu como “azarão” e, ante o desmoronamento das demais candidaturas burguesas de centro e direita, acabou por se tornar o único capaz de se opor ao risco que seria a “vitória do PT, da esquerda e dos vermelhos”. O “capitão”, como é costumeiramente chamado por seus acólitos, é uma espécie de Trump dos grotões. Aparenta ser o mais radical crítico do “sistema”, mas é de fato sua expressão real, com toda a sua rusticidade e truculência (Antunes, 2022, p. 59).

A leitura recente dos quatros anos do governo Bolsonaro é balizada por um contexto de menos república, menos democracia e menos desenvolvimento (Cardoso Jr, 2019), com base no escopo de um projeto neoconservador e com elementos neofascistas, que dá sustentação à estrutura do capital financeiro. Nessa contextualidade, situam-se os ataques sistemáticos e virulentos às políticas públicas, às universidades federais, com posicionamentos contrários à ciência e à pesquisa, além da recorrência, por parte do presidente e de seus aliados políticos, de discursos “regressivos quanto aos direitos sociais e humanos” (Bravo; Pelaez, 2021), com finalidade de enfraquecer as políticas públicas e aniquilar os direitos.

Como “[...] o apetite do capital pela valorização do valor é tendencialmente insaciável [...]” (Vieira, 2023, p. 131), o processo contrarreformista do Estado, iniciado no governo anterior, deslança fortemente. Como argumenta Behring (2021), a principal agenda do governo Bolsonaro, em seu primeiro ano, foi a aprovação da contrarreforma da previdência social. Some-se a isso, a contrarreforma trabalhista, aprovada de forma célere, no governo Temer, tem firmado um instantâneo retrocesso social, inédito na lenta história de afirmação dos direitos sociais em nosso país<sup>42</sup>. Não obstante, esses mecanismos utilizados pelo capital se fincam no propósito de reduzir os custos e dar maior flexibilidade a um mercado de trabalho

---

<sup>42</sup> Esse debate será retomado no próximo capítulo desta tese.

historicamente “desorganizado” e já flexível, expondo uma dimensão regressiva do ponto de vista econômico e social para um país continental como o Brasil (Santos; Gimenez, 2018).

No campo da saúde pública, impulsionadas pelo capitalismo em sua vertente ultraneoliberal, firmam-se as estratégias de fortalecimento do setor privado e do capital financeiro (Souza *et al.*, 2019), considerando que o grande capital é um dos maiores interessados na reestruturação e desmonte do SUS e, por conseguinte, da desarticulação das lutas pelo direito à saúde no país (*Ibidem*). Além dessas estratégias rebaterem diretamente no financiamento da política de saúde, o governo Bolsonaro centralizou medidas contrárias ao que determinam os mecanismos democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas), como previsto na LOS nº 8147/1990<sup>43</sup>.

As investidas belicosas do governo nesses espaços de mobilização e participação social se deu por meio do Decreto Presidencial nº 9.759/2019, que:

[...] extinguiu e estabeleceu diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal, incluindo Conselhos de Políticas Públicas e de Defesa de Direitos. A extinção e o esvaziamento de uma grande parte desses conselhos e comitês nacionais, durante esse período, reduziu a participação da sociedade civil, contribuindo significativamente para o avanço de pautas conservadoras e o desmonte de políticas sociais essenciais à vida da população brasileira. Colegiados como o Conselho Nacional de Saúde permaneceram em atividade, em virtude de respaldo legal e/ou ações de resistência e articulação política entre os conselhos (CFESS, 2023, s/p).

Nessa direção de esfacelamento dos espaços de controle social e da incipiente e/ou inexistência de diálogos com os movimentos sociais, incluído o da saúde, o governo Bolsonaro conduziu uma série de ataques à política de saúde, em torno dos seguintes eixos:

1) financiamento e ajuste fiscal; 2) controle social e movimentos sociais; 3) residência multiprofissional em saúde; 4) protocolos sobre medicamentos; 5) imunização e vacinação; 6) **saúde do trabalhador**; 7) meio ambiente; 8) saúde indígena; 9) saúde da mulher; 10) atenção básica/primária; 11) saúde mental e de álcool e drogas; 12) política para a população em situação de rua; 13) gestão dos serviços e unidades de saúde (Bravo; Pelaez, 2021, p. 118).

Ao considerar essa síntese em torno da desarticulação das políticas de saúde específicas, a saúde pública se complexifica ainda mais, no contexto da pandemia e pós-

<sup>43</sup> A Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (Paim, 2009). A Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012 aprovou as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde (Brasil/MS, 2012).



pandemia de Covid-19. A pandemia, inicialmente classificada em dezembro de 2019 como surto isolado na província de Wuhan, China, alastra-se a partir do ano seguinte para os países europeus. Porém, já em meados de maio de 2020, a região das Américas “assumiu o epicentro da doença, especialmente os Estados Unidos da América (EUA) (primeiro lugar), seguido pelo Brasil (segundo lugar), com a maioria dos casos” (Souza, 2021, p. 02).

Como alude a literatura recente (Antunes, 2022; Lourenço *et al.*, 2021), a pandemia do novo coronavírus ampliou as enormes desigualdades sociais no país, na América Latina e no mundo. Pode-se dizer que a população dos países periféricos, como o Brasil, sofre os efeitos não apenas no campo das relações saúde-doença, mas também na sociabilidade do trabalho, por meio da exposição exacerbada de novas formas de exploração e de precarização ilimitada, do crescimento do desemprego e da informalidade. Houve assim consequências mais devastadoras do ponto de vista social (Antunes, 2022), dado o aumento da vulnerabilidade e da exclusão social, que se reproduzem estimuladas pelo capital e escancaradas nas relações ético-raciais, de gênero e sexo, que revelou de modo radical o racismo estrutural no país (Souza; Celis; Inácio, 2021).

A esse respeito, Silva e Silva (2021, p. 51) argumentam que:

No conjunto dos trabalhadores considerados essenciais, sobretudo nos setores de serviços, alimentação e saúde, conta-se com grande participação de trabalhadores negros, notadamente nas atividades operacionais e de menor remuneração. Não raro os trabalhadores desses segmentos, além de vivenciarem as consequências de vínculos precários, também reúnem menos recursos materiais para se proteger da Covid-19, dadas as condições de habitação ou uso intensivo de transporte público. Caso sejam acometidos pela doença, também tendem a vivenciar maior dificuldade de tratamento, dadas as restrições econômicas para o acesso à saúde.

É relevante destacar que a crise sanitária espraia a crise econômica, que já se descortinava no país desde 2008, embora não seja o “elemento-choque” que induz e aprofunda o cenário de crise econômica, mas uma inflexão da crise que já estava em curso (Souza, Celis, Inácio (2021). Com a propagação causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, a análise sobre a reconfiguração das relações entre capital e trabalho é emblemática. Ao pontuar esse debate, Antunes (2022, p. 19) considera que a “engrenagem sociometabólica” do capital tornou a degradação do trabalho um “imperativo ainda maior em nosso tempo”, o qual, nas palavras de Castilho e Lemos, (2021, p. 271), “legitimou objetivamente a contradição incontornável da sociabilidade capitalista”, pela ampliação abissal das desigualdades sociais existentes no mundo, na América Latina e, particularmente, no Brasil.

Em meio a esse contexto, Antunes (2022, p. 21) expõe que, no solo da crise estrutural do capital:

A pandemia se proliferou intensamente, levando à morte milhões de pessoas em todo mundo, além de desempregar milhões de trabalhadores e trabalhadoras. Dados preliminares da OIT projetavam perda de 195 milhões de empregos em tempo integral já no segundo semestre de 2020, sendo que 1,6 bilhão de pessoas, que viviam na informalidade, já estavam sofrendo com a destruição de suas próprias condições de sobrevivências ultraprecárias.

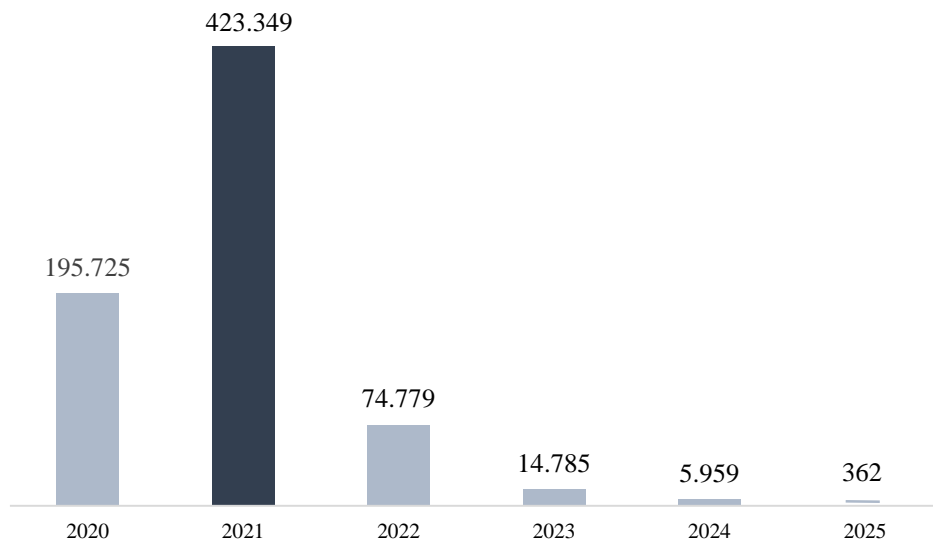
Além dessas estatísticas, o autor supracitado observa ser necessário considerar que, no “capitalismo pandêmico”, a crise sanitária brasileira se alastra e se insere em um quadro de falência das políticas de ajustes neoliberais e ultraneoliberais, implementadas durante os governos de Temer e Bolsonaro. Na processualidade do quadro político-institucional do governo Bolsonaro<sup>44</sup>, como sinalizado em linhas anteriores, a pandemia e seus efeitos assumem contornos de calamidade no país.

Com ampla difusão de narrativas extremistas e de banalização da vida, o então presidente Bolsonaro propalava medidas contrárias ao distanciamento da população e às restrições sanitárias, com “objetivo de manter os fluxos econômicos, mesmo que isso significasse a perda de milhares de vida” (Vieira, 2023, p. 136), o que efetivamente sucedeu. Dados epidemiológicos acerca da evolução da pandemia no Brasil, divulgados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), apontam que, dos mais de 700 mil óbitos decorrentes da Covid-19, 693 mil ocorreram durante o governo Bolsonaro. Até o término da sua gestão, o Brasil ocupava o segundo lugar com mais mortes no mundo (CONASS/CIEGES, 2025).

No Gráfico 1 a seguir, constam os números da mortalidade acumulada por Covid-19 de 2020 a 10 de fevereiro de 2025.

---

<sup>44</sup> Destaca-se que, durante a pandemia de Covid-19, na gestão de Bolsonaro, o Ministério da Saúde passou por quatro ministros: Luiz Henrique Mandetta (1º de janeiro de 2019 a 16 de abril de 2020); Nelson Teich (16 de abril de 2020 a 15 de maio de 2020); Eduardo Pazuello (15 de maio de 2020 a 15 de março de 2021) e Marcelo Queiroga (23 de março de 2021 a 31 de dezembro de 2022) (Xavier, 2025, p. 20).

**Gráfico 1 - Óbitos por ano (Covid-19) – Brasil, 2025**

Fonte: Elaboração própria (2024), com base em dados do CONASS/CIEGES (fev., 2025).

Esses dados ilustram que, ao negar a gravidade da pandemia de Covid-19, ao tratá-la como “uma gripezinha” e ao defender o “tratamento precoce”, com o chamado *kit covid*, o governo Bolsonaro não apenas manifestou inúmeras atitudes de negação dos seus riscos, como divulgou informações falsas e sem comprovação científica, com profundas sequelas para a população brasileira.

O estudo realizado pela Universidade de *Cape Town*, da África do Sul, em parceria com a Fiocruz, Fundação Getúlio Vargas e a Universidade de São Paulo, “revela um padrão no discurso do presidente Jair Bolsonaro sobre a pandemia. Foram analisadas mais de 7 mil notícias, que levaram à conclusão de que o presidente se utiliza de um discurso padrão negacionista e pseudocientífico” (Jornal da USP, 2021, s/p). Além das *fake news*, o então presidente questionava a eficácia da vacina, contrariando os estudos e pesquisas científicas que comprovaram o impacto real da vacinação na redução de casos de SARS-CoV-2 (*Ibidem*).

Essa postura negacionista adotada pelo presidente Bolsonaro contribuiu para o não investimento em pesquisas de imunizantes, bem como para a aquisição tardia de insumos. Ao não investir de forma suficiente e racional em recursos, o governo contribuiu para o processo de desarticulação política em nível federal, por “desestruturar tecnicamente o órgão gestor máximo da política de saúde [...] em vez de articular e organizar o enfrentamento, a política de saúde do governo federal desarticulou e desorganizou as respostas necessárias e urgentes requeridas” (Soares; Correia; Santos, 2021, p. 123). Esse contexto evidencia a indiferença e o

descaso em relação à maioria da população brasileira, especialmente aos trabalhadores (Matos, 2023).

Na realidade, o governo Bolsonaro, como observam Castilho e Lemes (2021), “optou conscientemente por uma política de morte” ou, nos termos de Mbembe (2016)<sup>45</sup>, “pela necropolítica, como política oficial do Estado”. As autoras mencionadas consideram que a necropolítica de Bolsonaro utiliza o “Estado para subjugar qualquer possibilidade de vida ao poder da morte. Não se trata de ações desconexas, eventuais, pontuais ou excepcionais, trata-se, sim, de ações políticas que se transformaram em regra e não em exceção, que define quem importa e quem não tem importância, quem é essencial e quem é descartável” (Castilho; Lemes, 2021, p. 271).

Em maio de 2023, a OMS decretou o fim da pandemia de Covid-19. No entanto, isso não significou o fim do vírus. Com a ampliação do conhecimento do novo coronavírus, assim como da descoberta de novos insumos e do aumento do esquema vacinal (Matos, 2023), ofertado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), confirma-se novamente a relevância do SUS no enfrentamento da pandemia, mesmo diante de um intenso processo de mercantilização dos bens e serviços públicos coletivos, vivenciado no país nesses últimos anos. Nessa direção, situa-se o sucessivo contingenciamento e reduções irreversíveis dos orçamentos sociais (Behring, 2023), sob forte intervenção do Estado, na organização dos rumos da política macroeconômica do país.

Na área da saúde, o processo de reordenação do SUS se consubstancia enquanto estratégia hegemônica do capital, na tentativa de recrudescer novas formas de apropriação do fundo público e das contrarreformas estruturais e estruturantes do Estado brasileiro. São exemplos de como a formulação e a consolidação dos princípios da Reforma Sanitária, construída na década de 1980, permanecem como desafios para a agenda contemporânea da saúde pública brasileira, dado o desfinanciamento do SUS em toda a sua história, “ameaçando o seu presente e inviabilizando o seu futuro” (Bravo, 2013, p. 11).

Embora não se tenha a pretensão de debater profundamente a conjuntura atual, no final de 2022, com a reeleição do presidente Lula da Silva (PT) para o seu terceiro mandato, pôde-se respirar de forma mais aliviada, pois os difíceis anos da pandemia de Covid-19 foram marcados por um governo com nítidos ideais neofascistas (Matos, 2023). Apesar desse suspiro,

---

<sup>45</sup> De acordo com o autor, isso significa “[...] a expressão máxima, do poder e da capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer. Por isso, matar ou deixar viver constituem os limites da soberania, seus atributos fundamentais. Exercitar a soberania é exercer controle sobre a mortalidade e definir a vida como a implantação e manifestação de poder” (Mbembe, 2016, p. 123).

passados quase dois anos de governo, não houve sinalização por parte do governo atual da revogação das contrarreformas do Estado e tampouco da revogação da EC 95/16. No campo da saúde, essa revogação é fundamental para poder investir mais recursos na saúde pública estatal, a fim de reduzir o fosso da desigualdade social e sanitária no país.

Como alerta Vieira (2023, p. 144), já durante a campanha e agora no governo, há “uma aposta renovada no mito da colaboração de classes”. Ademais, cabe mencionar que o governo Lula, mesmo com a proposta dialogal com os movimentos da sociedade civil e de uma gestão participativa, na formulação e execução de políticas públicas e sociais (Pelaez, 2023), está sob constante ataque, seja da extrema direita, seja para garantir a manutenção da ordem burguesa brasileira. Nesse pêndulo, o governo tende “a conviver com um tensionamento permanente, ao mesmo tempo que tenta apostar num formato próximo de regulação social vivido no início dos anos 2000 [...] que associa mobilização de baixa intensidade e responsiva, e um esforço de evitar tensões com as frações mais poderosa da burguesia” (Vieira, 2023, p. 145).

Decerto, a política de saúde do trabalhador e da trabalhadora também sofre os impactos das determinações sociais históricas impostas pelo capital ao trabalho e aos trabalhadores. Com esse propósito, o subcapítulo seguinte se dedica ao debate em torno da constituição do campo saúde do trabalhador no Brasil, em particular no estado paraibano.

### 1.5 A Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: novos e velhos dilemas?

O objetivo deste subcapítulo não é apenas descrever o processo de conformação do campo da saúde do trabalhador pelo SUS, uma discussão já amplamente consolidada na bibliografia fundamentada em autores que tratam desse tema, como Lacaz (1994, 2006, 2011), Lourenço *et al.* (2018, 2021), Lourenço (2016), Minayo-Gomez *et al.* (2011), Ribeiro, Leão e Coutinho (2013), Souza (2019), Vasconcellos (2007, 2011, 2013, 2017) e Vasconcellos e Oliveira (2011), entre outros. Nosso intuito também é compreender que a saúde do trabalhador, enquanto política pública resultante de um amplo processo histórico de lutas sociais, sofre atualmente os efeitos negativos do ajuste fiscal e do desfinanciamento das políticas de Seguridade Social, incluindo a saúde.

Complementam esse quadro o desemprego, a flexibilização e a precarização das relações de trabalho, seguidos da ampliação da desregulamentação do direito laboral. Essas determinações do capital sobre o trabalho e as políticas públicas, incluindo a Política Nacional

de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), constituem um eixo de análise da nossa pesquisa de tese, haja vista que as ações que estruturam as relações entre saúde-doença e trabalho são majoritariamente direcionadas pela lógica do trabalho regulado. Dessa forma, desconsidera-se uma parcela significativa da força de trabalho que se encontra na informalidade, conforme os dados do Gráfico 2, presente no próximo capítulo desta tese.

Como afirma Vasconcellos (2013), o olhar do Estado “não alcança as cadeias produtivas do trabalho informal”. Assim, o desenvolvimento da ação estatal no campo e nas práticas de saúde do trabalhador no Brasil está intrinsecamente relacionado às exigências das relações de produção, que modulam a intervenção do Estado tanto na reprodução da força de trabalho quanto na reprodução social. Isso posto, o presente subcapítulo explicita os novos e velhos desafios presentes no campo saúde do trabalhador, compreendendo que as doenças e os acidentes decorrentes do trabalho são expressões concretas da questão social na contemporaneidade, sendo assim constitutiva da relação destrutiva do capital sobre o trabalho.

Dialogar sobre a saúde do trabalhador é concebê-la como um campo de saber, investigação e intervenção que transcende os conhecimentos específicos da Medicina do Trabalho (MT) e da Saúde Ocupacional (SO). Diferentemente dessas áreas, a saúde do trabalhador não se restringe apenas ao aspecto fiscalizatório dos ambientes laborais nem ao caráter curativo da assistência às doenças e agravos à saúde (Lourenço, 2016). Pelo contrário, fundamenta-se nos princípios norteadores do SUS – integralidade, participação social e universalidade – com ênfase em ações de prevenção, promoção e vigilância nos processos e ambientes de trabalho (Brasil, 2012).

Nessa processualidade, considera-se a interlocução com o trabalhador, por meio de ações de intra (envolvendo todos os níveis de atenção e esferas de governo do SUS) e intersetorialidade (envolvendo a Previdência Social, Trabalho, Meio Ambiente, Justiça, Educação, controle social e demais setores relacionados com as políticas de desenvolvimento) no sentido de transversalizar a saúde do trabalhador na Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS. Aqui, a concepção de rede em saúde pressupõe a interlocução entre os serviços, de modo a fomentarem diálogos entre si (Paim, 2009).

Dito isso, enquanto campo de conhecimento, o debate em torno da saúde do trabalhador emerge no final dos anos 1970, com as discussões no interior do processo de Reforma Sanitária Brasileira, tendo em vista as críticas tecidas à insuficiência dos modelos hegemônicos da MT e SO. Não obstante, o movimento sanitário incorporou as demandas da saúde do trabalhador, defendendo que a relação saúde-trabalho deveria ser pautada enquanto uma questão de saúde pública. Esse debate também é “resultante de um patrimônio acumulado

no âmbito da Saúde Coletiva, com raízes no movimento da Medicina Social latino-americana” (Minayo-Gomez; Vasconcellos; Machado, 2018, p. 1964), assim como do Movimento Operário Italiano (MOI) (Maccacaro, 1980; Berlinguer, 1983; Oddone *et al*, 1986), umas das iniciativas mais emblemáticas que influenciou e redirecionou o debate do campo das relações saúde-doença e trabalho na segunda metade do Século XX (Paiva; Vasconcellos, 2011).

De acordo com esses autores, o MOI “nasceu com a proposta de modificar conceitos e romper com o paradigma no qual a defesa da saúde deveria ficar a cargo das instituições oficiais. Assim, o saber operário passou a ter fundamental importância na construção de um novo ambiente de trabalho, já que a vivência operária detinha as informações e impressões da realidade vivida” (Paiva; Vasconcellos, 2011, p. 385). Nessa direção, Oddone *et al*. (1986, p. 28) argumentam que os operários italianos se colocavam terminantemente contrários aos interesses patronais em relação às condições de saúde-doença. Para o movimento operário, existia somente uma alternativa: “um ambiente de trabalho no qual não só esteja ausente qualquer fator nocivo, mas também sejam satisfeitas as exigências do homem”.

O enraizamento social do movimento italiano, que trouxe a centralidade do trabalhador e da transformação societária, em especial à saúde, espalhou-se nos países latino-americanos, com destaque para os autores Tambellini *et al*. (1986) no Brasil e Laurell e Noriega (1989) no México. Para além das inúmeras conquistas laborais, fruto das lutas e das mobilizações dos operários, Laurell (1984) afirma que o movimento operário italiano também foi crucial para a constituição da reforma sanitária italiana. Outrossim, a autora argumenta que as relações do processo saúde-doença representam as determinações sociais concretas da vida e da sociabilidade do trabalho. Esse entendimento, como assinalam Mendes e Wünsch (2011, p. 471):

[...] ficou demonstrado nos estudos de Laurell, que explicita, fundamentalmente, a relação trabalho-saúde. Suas pesquisas mostram as mudanças do perfil epidemiológico através do tempo e evidenciam o caráter social no estudo comparativo, possibilitando ver que o adoecer/morrer são distintos nas diferentes classes sócias, demonstrando que as doenças são socialmente produzidas e historicamente determinadas.

Como observam Paiva e Vasconcellos (2011, 393), não é incorreto afirmar que foi no Brasil onde os ideários da saúde do trabalhador, inspirados no modelo italiano, “institucionalizaram-se de forma mais visceral. Tanto a produção de conhecimentos, no âmbito acadêmico, quanto a instituição de políticas públicas das relações saúde-trabalho passam, em algum momento, com maior ou menor intensidade, pelos princípios do MOI”.

Certamente, a articulação de forças sociais e políticas do movimento de redemocratização do país, especialmente no que se refere à luta pela saúde do trabalhador, viabilizou a aproximação dos sindicatos de trabalhadores com o movimento sanitarista brasileiro (Tambellini *et al*, 2013), assim como das bases teórico-práticas e ideológicas do movimento italiano, que incutiram a conformação do campo saúde do trabalhador no Brasil.

Para Souza, Melo e Vasconcellos (2007), o campo saúde do trabalhador surge em contraposição ao contratualismo vigente entre patrão e empregado, rompendo com a perspectiva centrada até então da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, que se prendem em explicações parciais e limitadas da relação do agravo à saúde com o trabalho, com o olhar mecânico entre causa-efeito. Ademais, conforme sustentam os autores, na perspectiva da MT e da SO, não há a correlação entre saúde-trabalho, tendo em vista que, nas “intervenções propostas pelo empresariado e profissionais de saúde e segurança” (p. 595), não há participação dos trabalhadores, assim como “vínculo algum com as suas lutas” (*Ibidem*).

Como afirma Lacaz (1996), é necessário entender que o método de pesquisa-ação inspirado no MOI, defende a incorporação dos trabalhadores aos processos de produção de conhecimento sobre saúde-trabalho, compreendendo que essa relação não se pauta unicamente no saber técnico da medicina e/ou da engenharia do trabalho, mas de quem realmente sofre os efeitos das contradições capital-trabalho: os próprios trabalhadores. Lourenço (2016) complementa que esse modelo operário previa a realização de inquéritos com a expressiva participação dos trabalhadores. Para tanto:

Buscava formar grupos homogêneos do mesmo ambiente de trabalho para pesquisar a partir das experiências e subjetividade operária, as situações que pudessem afetar à saúde. Na sequência, os dados colhidos pelos próprios trabalhadores eram confrontados com as estatísticas oficiais de acidentes de trabalho e também era elaborado o mapa de risco (físico, químico, biológicos e de organização do trabalho), apontando os lugares e os momentos mais críticos. (Lourenço, 2016, p. 28).

Diante do protagonismo dos trabalhadores no enfrentamento de seus problemas de saúde, Souza, Melo e Vasconcellos (2007) argumentam que “convergiu-se para o que se convencionou denominar de ‘campo da Saúde do Trabalhador’ (podendo ser chamado, ainda, de ‘Saúde do Trabalhador’, ou, apenas ‘campo’), transformando-se ao longo de sua construção e balizando a discussão sobre o sujeito da transformação ao âmbito sanitário” (*Ibidem*, p. 592). Logo:

Cumpre destacar que a ‘questão da saúde dos trabalhadores’ e o ‘campo da Saúde do Trabalhador’ não possuem absoluta identidade, apesar de sua



estreita relação. Comumente, essas duas expressões são utilizadas como equivalentes, especialmente no uso da ‘questão’ como forma de expressar algo que se refere ao ‘campo’ (enquanto área científica e político-institucional). O uso equivalente das duas expressões reduz a dimensão da ‘questão’ e alça o ‘campo’ a uma dimensão inalcançável. A ‘questão’ vai além dos questionamentos sobre o ‘campo’, tem uma dimensão que ultrapassa os limites deste último, apesar de também a ele se referir. O ‘campo’, enquanto tal, investiga e intervém sobre a ‘questão’ e, na medida em que o faz, passa a compô-la, o que revela a indissociabilidade que possuem na realidade concreta. Apesar dessa indissociabilidade, não se pode conferir a eles absoluta identidade (Souza; Melo; Vasconcellos, 2007, p. 592-593).

Não obstante, como dito anteriormente, inspirado no MOI, nos ideários difundidos por Berlinguer (1983), que deram sustentação a construção da reforma sanitária brasileira, a luta do movimento sindical vivenciada no país desde os anos 1970 inseriram a pauta pela saúde do trabalhador no ambiente fabril. Destaca-se, nesse período, a criação da Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho (CISAT), em São Paulo. Posteriormente, ganhou-se projeção nacional pelo Diesat, em 1980 (Lacaz *et al*, 2019), cujo debate versava sobre:

[...] as condições insalubres de trabalho, política previdenciária, prevenção de doenças relacionadas ao trabalho são projetadas e apropriadas pelas unidades sindicais. A dimensão trabalho versus doença é analisada por uma equipe técnica, a fim de subsidiar o movimento sindical em suas exigências sobre saúde e condições de trabalho. A equipe era formada por médicos, cientistas sociais, economistas, entre outros, cuja pesquisa e estudo sobre saúde seria construída a partir do olhar do trabalhador (Valentim, 2022, p. 172).

Nessa conjuntura de efervescência social, foi realizada, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, conforme explanado no subcapítulo anterior desta tese, com as bandeiras de lutas construídas pelo movimento sanitário na década de 1980, que se opõe à “regulação da saúde pelo mercado e a defesa da saúde pública e estatal” (Bravo; Correia, 2012, p. 140), sendo o SUS uma das estratégias mais marcante. Nessa esteira, ocorreu em dezembro do mesmo ano, a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CNSTT), com tema central *Saúde e Trabalho: um compromisso com a vida*<sup>46</sup>.

---

<sup>46</sup> No Brasil, já foram realizadas outras três CNSTT. A 2ª CNSTT (1994) teve como tema central "Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: Um Direito a ser Conquistado". Essa conferência consolidou os avanços da 1ª CNSTT e aprofundou o debate sobre a participação social na gestão da saúde do trabalhador. A 3ª CNSTT (2005) teve como tema central "Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: Trabalho Decente, Vida Digna". A conferência abordou os desafios da saúde do trabalhador no contexto da globalização e da precarização do trabalho. Finalmente, a 4ª CNSTT (2014) teve como tema central "Saúde, Trabalho e Desenvolvimento: Um Compromisso com a Sustentabilidade". A conferência debateu a relação entre saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável, com foco na promoção da saúde e da qualidade de vida no trabalho (Plataforma Renast Online, 2018, s/p). Entre 18 e 21 de agosto deste ano, será realizada a 5ª CNSTT com o tema Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como Direito Humano. A Conferência terá três eixos: 1º) Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

Esses movimentos contribuíram para que a saúde do trabalhador fosse inserida na Constituição Federal de 1988, especificamente em seu art. 200, que diz: “Compete ao Sistema Único de Saúde executar as ações de vigilância em saúde do trabalhador e colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho” (Brasil, 1988). Com a instituição do SUS, determinadas pelas Leis Orgânicas da Saúde – LOS (8.080/90 e 8.142/90), a saúde do trabalhador passa a ser incorporada pela saúde pública. É no art. 6º, parágrafo 3º, que a LOS regulamenta a saúde do trabalhador, compreendendo-a enquanto “o conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho” (Brasil, 1990, s/p).

Ao delimitar a saúde do trabalhador como aspecto do modo de produção capitalista, é necessário compreendê-la como componente do conjunto das desigualdades sociais, impensáveis sem a mediação do Estado, fruto das lutas de classes. Para tanto, exigem-se respostas políticas, teóricas e sociais, cuja raiz está na compreensão do trabalho, seu significado e metamorfoses no capitalismo contemporâneo (Mendes; Wunsch, 2011). Nesse sentido, em contextos e períodos históricos distintos, situam-se as primeiras experiências em práticas de saúde do trabalhador no país – frutos dos movimentos organizados em prol da saúde do trabalhador e da pressão do movimento sindical na luta pelo direito à saúde no trabalho –, denominadas de Programas de Saúde dos Trabalhadores, implementados em 1984-1985, nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Bahia e Rio Grande do Sul (Rosa, Monte, 2016; Lacaz, 1997).

De acordo com Vasconcellos e Ribeiro (2011, p. 433), essas experiências em saúde do trabalhador eram ainda:

[...] tateantes, que refletiam uma produção teórica escassa de embasamento sistemático de parâmetros metodológicos de ação, demonstravam a ausência de uma cultura institucional de saúde no trato com a categoria trabalho como determinante do processo de adoecimento e traziam à tona um tipo de ação inovadora dependente de um voluntarismo de pessoas abnegadas, mas distantes do processo decisório de estabelecer políticas mais perenes.

A origem do campo saúde do trabalhador como movimento institucional engendrado no âmbito da saúde pública dos anos 1980 e imbuída pelas mudanças de paradigmas das

---

2º) As novas relações de trabalho e a saúde do trabalhador e da trabalhadora; e 3º) Participação popular na saúde dos trabalhadores e dos trabalhadores para o Controle Social (Brasil/CNS, 2025).

relações saúde-doença e trabalho, como sublinhado neste subcapítulo, são determinantes para o desenvolvimento da saúde do trabalhador no SUS. Não obstante, em 1999<sup>47</sup>, foi realizado em Brasília o *Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador: desafios para a construção de um modelo estratégico*. Evento que reuniu representantes de diversas instituições públicas, setores governamentais, universidades e movimentos sindicais, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), entre outros. Sobre esse evento, Leão e Vasconcellos (2011, p. 86) argumentam que existia:

[...] um consenso entre os técnicos, na ocasião, de que a constituição de uma rede integradora poderia servir como fator impulsionador da consolidação da área no SUS, trazendo novos aportes para a constituição de uma cultura mais sólida do campo. Tendo como princípio formulador básico a ideia da integração e harmonização das iniciativas institucionais do campo, a rede abriria espaços de debate mais qualificados para a institucionalidade da saúde do trabalhador no SUS.

Nessa esteira, em 2000, de acordo com esses autores acima mencionados, é realizado um encontro sobre a criação da Rede de Saúde do Trabalhador por iniciativa de técnicos da Coordenação de Saúde do Trabalhador (COSAT), extinta no governo Dilma Rousseff, atualmente Coordenação Geral da Saúde do Trabalhador (CGSAT), subordinada à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DVSAT), no interior do Ministério da Saúde. Esse encontro teve como principal estratégia a reformulação e a implementação da rede de atenção integral em saúde do trabalhador no país (Leão; Vasconcellos (2011).

Mesmo em meio a disputas internas no Ministério da Saúde, como ressaltam os autores supracitados, em 2002, é criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)<sup>48</sup>, pela Portaria GM/MS nº 1.679, de 19/09/2002, sendo consolidada pela Portaria de Consolidação nº 3, Anexo X, de 27 de setembro de 2017. Nesse sentido, era necessária uma estrutura hierárquica de relações entre as três esferas de governo: união, estado e municípios.

---

<sup>47</sup> De acordo com Leão e Vasconcellos (2011, p. 90), no decorrer da década de 1990, várias iniciativas foram tomadas no sentido de consolidar a área de saúde do trabalhador no SUS. Podem ser destacadas: a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em 1994; a elaboração da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST - Portaria 3.908/98); a publicação da Portaria nº 3.120/98, que instituiu a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador; e da Portaria nº 1.339/99, que instituiu a Listagem de Doenças Relacionadas ao Trabalho”.

<sup>48</sup> Frisa-se que a Portaria GM/MS nº 4.922, de 25 de julho de 2024, alterou as Portarias de Consolidação MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para modificar a nomenclatura da RENAST, passando a ser denominada Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (RENASTT).

Em âmbito federal, figura a RENASTT; nos Estados, os Centros Estaduais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); nos municípios, mas com abrangência regional, implantaram-se os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, anteriormente denominados de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), mas atualmente CEREST<sup>49</sup> (Lourenço, 2016).

Embora representasse um avanço, a proposta inicial da RENASTT não se consolidou, por não conseguir articulação necessária no interior da própria estrutura do Ministério da Saúde. Logo, seus resultados foram abaixo do almejado. Nas palavras de Leão e Vasconcellos (2011, p. 91):

A proposta original da Renast não se efetivou, contudo, devido a dificuldades de articulação na própria estrutura ministerial. Até 2002 existiam duas secretarias no Ministério da Saúde: a Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), na qual situava-se a Cosat, e a SAS, que abrigava desde 1999 uma assessoria de saúde ocupacional. A fragmentação institucional no MS refletia o próprio campo da saúde do trabalhador, cuja dificuldade em estabelecer articulações e conexões havia suscitado o propósito de constituição da rede.

Isso levou a reformulação da proposta da RENASTT, por meio da Portaria 2.437/2005, elaborada para orientar as mudanças necessárias, na perspectiva da ampliação e fortalecimento da rede. A nova portaria previa a inclusão de ações de saúde do trabalhador na atenção básica, implementação da vigilância, estratégias de promoção da saúde, bem como a instituição de unidades de saúde sentinela<sup>50</sup> de retaguarda de média e alta complexidade, núcleos de saúde do trabalhador e demais serviços do SUS direcionados para esse campo de atuação em saúde (Campos, 2023).

De acordo com essa Portaria, a RENASTT tem como objetivo promover ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida dos trabalhadores por meio da prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde, oferecida por meio de

---

<sup>49</sup> Destaca-se que, em 2002, os CEREST regionais foram denominados de CRST. Mas, em fins de 2005, com a publicação da nova Portaria da RENASTT (nº 2.437 de 07 de dezembro de 2005) ,atribuiu-se a mesma sigla referente ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de âmbito estadual para se referir também ao serviço municipal (Brasil/MS, 2005).

<sup>50</sup> A Rede Sentinela é composta por unidades de saúde (chamadas de unidades sentinela) que identificam, investigam e notificam, quando confirmados, os casos de doenças, agravos e/ou acidentes relacionados ao trabalho. Essa rede deve ser compreendida como uma das estratégias de universalização do acesso às ações de diagnóstico e de notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, na rede de atenção do SUS, abrangendo desde a Atenção Primária à Saúde até os dispositivos de referência especializada. Essas unidades são mapeadas e definidas pelos gestores e técnicos dos municípios, sendo habilitadas por processo de pactuação no respectivo Colegiado de Gestão Regional e na Comissão Intergestores Bipartite (Brasil/MS, 2020, s/p).

um suporte técnico especializado inserida no contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito da Atenção Básica em Saúde.<sup>51</sup> (Brasil/MS/SVS/DVSAT/CGSAT/2022).

O processo de construção da RENASTT representou o aprofundamento da institucionalização e do fortalecimento da saúde do trabalhador no âmbito do SUS, reunindo as condições para o estabelecimento de uma política de Estado e os meios para sua execução, articulando:

- A concepção de uma rede nacional, cujo eixo integrador é a rede regionalizada de Cerest, localizados em cada uma das capitais, regiões metropolitanas e municípios sede de polos de assistência, das regiões e microrregiões de saúde, com a atribuição de dar suporte técnico e científico às intervenções do SUS no campo da saúde do trabalhador, integradas, no âmbito de uma determinada região, com a ação de outros órgãos públicos;
- As diretrizes para o desencadeamento de políticas estaduais que nortearão o processo de elaboração de um Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, pré-requisito para a habilitação dos Estados aos investimentos definidos na Portaria;
- Uma política permanente de financiamento de ações de saúde do trabalhador, alocando recursos novos, fundo a fundo para os estados e municípios (Brasil/Renast, 2006, p. 20).

As diretrizes da RENASTT sublinham a relevância da participação social na execução das ações em saúde do trabalhador. Ainda em seu art.1º, estabelece-se que a Rede “deverá ser implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o envolvimento de órgãos de outros setores dessas esferas, executores de ações relacionadas com a Saúde do Trabalhador, além de instituições colaboradoras nessa área” (Brasil/MS, 2009). Representa, portanto, o aprofundamento da institucionalização e do fortalecimento da saúde do trabalhador no âmbito do SUS, reunindo as condições para o estabelecimento de uma política de Estado e os mecanismos para sua execução (Olivar, 2016).

---

<sup>51</sup> De acordo com o Ministério da Saúde, a Atenção Básica em Saúde ou Atenção Primária em Saúde “[...] é conhecida como a ‘porta de entrada’ dos usuários nos sistemas de saúde. Ou seja, é o atendimento inicial. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. A atenção básica funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos. No Brasil, há diversos programas governamentais relacionados à atenção básica, sendo um deles a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), por exemplo. Consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos são disponibilizados aos usuários nas UBSs. A atenção básica também envolve outras iniciativas, como: as Equipes de Consultórios de Rua, que atendem pessoas em situação de rua; o Programa Melhor em Casa, de atendimento domiciliar; o Programa Brasil Sorridente, de saúde bucal; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que busca alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades etc.” (Brasil/MS/Fiocruz, 2020, s/p)

Na Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, os CEREST constituem uma das principais estratégias para a implementação das ações de saúde do trabalhador no SUS, atuando como “eixo estratégico de execução e de pactuação das ações de saúde, no contexto intra e intersetorial, visando à intensão integral à saúde do trabalhador e à ampliação da área” (Rosa; Monte, 2016, p. 266).

A estrutura das relações contemporâneas do trabalho traz exigências e consequências aos trabalhadores, concomitante ao aumento das expressões da questão social. O adoecimento do trabalhador é tratado de maneira individualizada e sua relação com as novas formas do trabalho não são consideradas largamente, mesmo oriundas de um contexto macroestrutural, que estabelece limites de possibilidades, frente à complexidade do mundo produtivo. De forma a fortalecer a saúde do trabalhador no SUS, foi publicada em 2012 a Portaria 1.823, consolidada posteriormente no Anexo XV da Portaria de Consolidação nº 2/2017, do Ministério da Saúde, a qual definiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). De acordo com princípios, diretrizes e estratégias a serem observadas pelas esferas municipais, estaduais, distrital e federal da gestão do SUS, a PNSTT tem como objetivo:

[...] desenvolver a atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. Trata-se de uma Política Transversal às demais Políticas Públicas de Saúde, alinhada a um conjunto de outras políticas sociais, considerando os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença-cuidado (Brasil/MS, 2012, s/p).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora foi criada como resposta às fragilidades e fragmentações das ações públicas voltadas à saúde do trabalhador no Brasil. Ela surgiu com a mobilização de trabalhadores, sindicatos e outros atores sociais, visando garantir maior proteção à saúde do trabalhador. O artigo 3º da PNSTT deixa evidente seu caráter abrangente quando diz:

Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política. (Brasil/MS, 2012, s/p).

Outrossim, a PNSTT, em seu art. 8º, define que o controle social deve integrar as ações da RENASTT, com a participação de organizações de trabalhadores e empregadores, por meio

das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, bem como por meio da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT), vinculadas aos conselhos de saúde. Enfatiza-se também que a aprovação do decreto presidencial que trata da PNSST ocorreu em um contexto político e econômico adverso, marcado por um Estado regulador de conflitos entre capital-trabalho, com base na dinâmica neoliberal. No âmbito das políticas públicas, a despeito de movimentos políticos ambíguos e contraditórios, prevalecem medidas de desproteção e desregulação da força de trabalho, à mercê das leis do mercado global (Krein, 2009).

A Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem os CEREST como um dos campos de implementação das suas ações. Em seu artigo 14º, a PNSTT estabelece as atribuições que competem aos CEREST e as equipes técnicas, na Rede de Atenção à Saúde no SUS:

I - Desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência;

II - Dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; e

III - Atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica.

§ 1º As ações a serem desenvolvidas pelos CEREST serão planejadas de forma integrada pelas equipes de saúde do trabalhador no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), sob a coordenação dos gestores.

§ 2º Para as situações em que o Município não tenha condições técnicas e operacionais, ou para aquelas definidas como de maior complexidade, caberá às SES a execução direta de ações de vigilância e assistência, podendo fazê-lo, em caráter complementar ou suplementar, através dos CEREST.

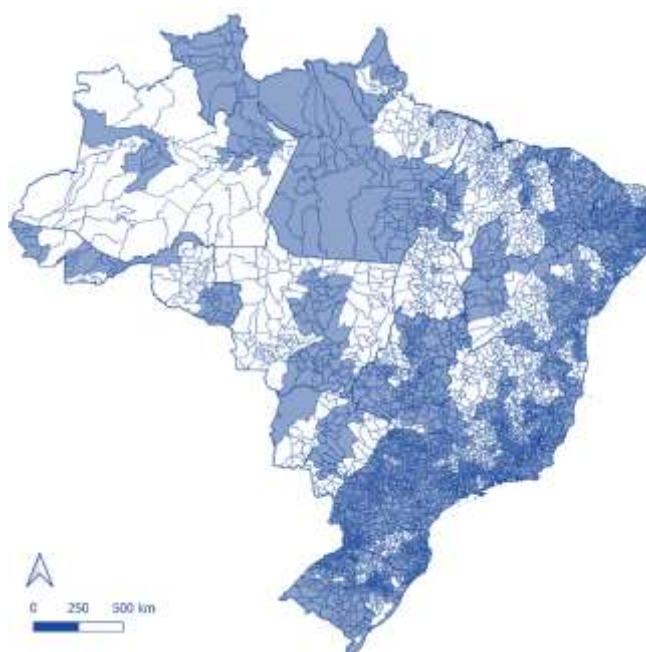
§ 3º O apoio matricial, de que trata o inciso II do caput, será equacionado a partir da constituição de equipes multiprofissionais e do desenvolvimento de práticas interdisciplinares, com estabelecimento de relações de trabalho entre a equipe de matriciamento e as equipes técnicas de referência, na perspectiva da prática da clínica ampliada, da promoção e da vigilância em saúde do trabalhador. (Brasil/MS. 2012, s/p).

A expansão dos CEREST no Brasil ocorreu entre 2002 e 2012. Neste último ano, havia 210 centros habilitados em todo o país, difundidos conforme a distribuição da População Economicamente Ativa (PEA) (Cardoso; Araújo, 2016). Seu propósito era de implementar políticas voltadas para a promoção, vigilância e assistência, principalmente por intermédio dos CEREST, juntamente com as áreas técnicas de saúde do trabalhador, nos âmbitos estaduais e

municipais de saúde, com a finalidade de prover retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS. Atualmente, segundo o Ministério da Saúde (2024), os CEREST<sup>52</sup> estão estruturados da seguinte forma: 194 CEREST regional, 27 estadual e 09 municipal (Figura 2).

**Figura 2 - Áreas de abrangência dos CEREST – Brasil, 2024**

☐ Áreas não cobertas por CEREST regional ou municipal



Fonte: Brasil/MS, 2024.

Durante a realização da nossa pesquisa bibliográfica e documental não foram localizados registros oficiais sobre o processo de construção da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no estado paraibano. De acordo com o Plano Estadual de Saúde da Paraíba (2020-2023), a RENASTT está implementada com a estruturação de um CEREST

<sup>52</sup> A Portaria n° 1.679, de 19/09/2002, estabelecia em seu Parágrafo único que “os Centros de Referência Estaduais, em número de 27, localizados em cada capital dos respectivos Estados e do Distrito Federal e os Centros de Referência regionais, em número de 103, localizados nos municípios-polo, sedes de regionais de saúde do trabalhador, definidos no Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, serão ainda classificados de acordo com o seu porte, em modalidades diferenciadas, obedecendo à seguinte distribuição quantitativa, conforme se mostra na Tabela 1 e 2 do Anexo III desta Portaria: Centro Estadual a - (8) - capitais com até 500 mil habitantes; Centro Estadual b - (7) - capitais com até 1 milhão de habitantes; Centro Estadual c - (12) - capitais com mais de 1 milhão de habitantes; Centro regional a - (51) - região com até 700.000 mil habitantes; Centro regional b - (40) - região com até 1,8 milhões de habitantes; Centro Regional c - (12) - região com mais de 1,8 milhões de habitantes” (Brasil/MS, 2002).

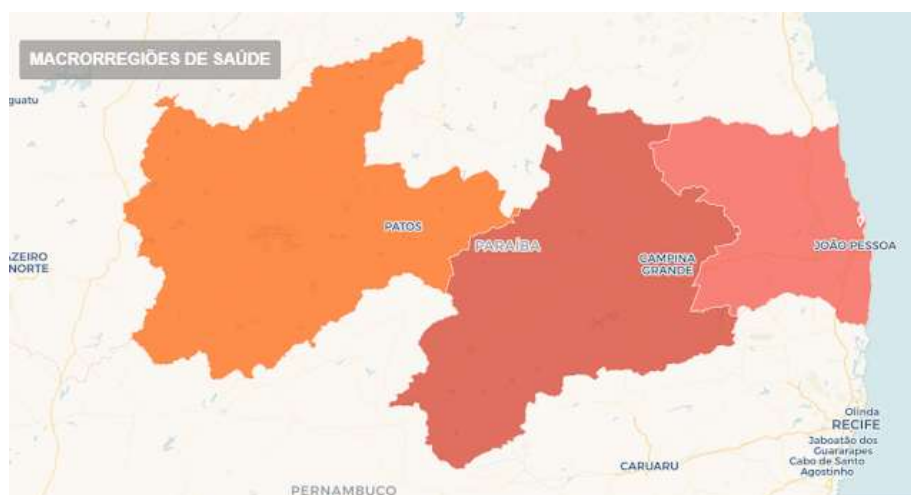


estadual e três Centros Regionais para cobrir todo o estado da Paraíba, com duzentos e vinte três municípios (IBGE, 2025).

Os Centros Regionais estão localizados no município de João Pessoa, responsável pela 1ª Macrorregional de Saúde; no município de Campina Grande, que atua na 2ª Macrorregional de Saúde; e em Patos, município responsável pela 3ª Macrorregional. Destaca-se que, embora a regulamentação dos CEREST estadual e regionais seja de 2002, com a Portaria GM nº 1.679, a inauguração dos CEREST na Paraíba apresenta a seguinte cronologia: CEREST estadual (2003); CEREST regional Campina Grande (2004); CEREST regional João Pessoa (2007); e CEREST regional Patos (2010) (Silva, 2016). O CEREST regional João Pessoa foi regulamentado pela Portaria SAS nº 614, de 17 de agosto de 2006, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS/CEREST Regional João Pessoa, 2023, s/p).

Além dos referidos Centros, o Plano Estadual salienta que o estado paraibano possui quatro núcleos municipais de saúde do trabalhador, localizados nos municípios de Cabedelo, Bayeux, Santa Rita e Sousa, distribuídos na 1ª e 3ª Macrorregiões de Saúde com o papel de apoiar os CEREST estadual e regionais no desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador (Paraíba/SES, 2023). A Figura 3 apresenta a distribuição dos CEREST paraibanos por Macrorregionais de Saúde.

**Figura 3 - Áreas de abrangência dos CEREST – Paraíba, 2023**



Fonte: SES/CEREST/PB, 2023.

O Quadro 3 a seguir, apresenta a área de abrangência e cobertura dos CEREST da Paraíba, com os respectivos municípios cobertos por cada Centro.

**Quadro 3 - Cenário dos CEREST no estado da Paraíba, com respectivos municípios cobertos por cada Centro**

CEREST	Abrangência	Município sede	Nº de municípios cobertos
Estadual	Estadual	João Pessoa	223
Regional João Pessoa <sup>53</sup>	I Macro	João Pessoa	65
Regional Campina Grande	II Macro	Campina Grande	70
Regional Patos	III Macro	Patos	88
<b>Unidades Sentinelas de Saúde do Trabalhador no estado da Paraíba</b>			
Nº de Unidades Sentinelas	Macrorregião	Região	Municípios
24	1ª, 2ª, 3ª	16ª Regiões de Saúde	João Pessoa, Campina Grande e Patos

Fonte: Elaboração própria (2024), com base em Paraíba/SES (2023).

O fortalecimento do campo da saúde do trabalhador no SUS, como dito, ocorreu em 2002, com a criação da RENASTT, embora marcado por um “jogo de forças e contradições permanentes” (Machado, 2011, p. 84) entre as instâncias institucionais do Estado e os interesses do capital. Passados mais de vinte anos da criação da RENASTT, foi indagado aos diretores dos CEREST estadual e regionais da Paraíba (João Pessoa, Campina Grande e Patos),

<sup>53</sup> Municípios que compõem a 1ª Macrorregional de Saúde: Alhandra, Bayeux, Caaporã, Cabedelo, Conde, Cruz do Espírito Santo, João Pessoa, Lucena, Mari, Pitimbu, Riachão do Poço, Santa Rita, Sapé, Sobrado (1ª Região de Saúde); Alagoinha, Araçagi, Araruna, Bananeiras, Belém, Borborema, Cacimba de Dentro, Caiçara, Casserengue, Cuitegi, Dona Inês, Duas Estradas, Guarabira, Lagoa de Dentro, Logradouro, Mulungu, Pilões, Pilõezinhos, Pirpirituba, Riachão, Serra da Raiz, Serraria, Sertãozinho, Solânea, Tacima (2ª Região de Saúde); Caldas Brandão, Gurinhém, Ingá, Itabaiana, Itatuba, Juarez Távora, Juripiranga, Mogeiro, Pedras de Fogo, Pilar, Riachão do Bacamarte, Salgado de São Félix, São José dos Ramos, São Miguel de Taipu (3ª Região de Saúde); Baía da Traição, Capim, Cuité de Mamanguape, Curral de Cima, Itapororoca, Jacaraú, Mamanguape, Marcação, Mataraca, Pedro Régis, Rio Tinto (4ª Região de Saúde) (COSEMS-PB, 2024).

participantes desta pesquisa de tese,<sup>54</sup> o panorama situacional da PNSTT, após mais de uma década de sua formulação. Seguem os depoimentos:

Vou iniciar falando da RENASTT. Ela tem um projeto muito bonito de integrar toda a rede SUS para ter um olhar para a saúde do trabalhador, e ao mesmo tempo é muito frágil. É uma Rede que não conseguiu engrenar, não conseguiu ser implantada. De uma certa forma, a RENASTT não consegue ser vista por vários motivos, porque é um trabalho a mais. É porque saúde do trabalhador incomoda. Quando você vai para o lado do trabalhador, defender o trabalhador, você bate no gestor e o gestor não quer implantar, e por isso que os CEREST como um todo não tem o apoio da gestão. É aquele ‘setorzinho’ dentro da Secretaria que tem que manter porque é a nível nacional, mas ele se torna invisível, que o pessoal não quer ir embora e a gente tem um trabalho tão bonito. E hoje a Rede está começando a enxergar um pouco mais e a notificar, porque existe um indicador dentro da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), dentro da vigilância em saúde, que é o Programa de Qualificação da Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS)<sup>55</sup>, que dá um incentivo financeiro e a gente usa o incentivo financeiro para que eles reconheçam e notifique. Então, a gente está conseguindo sair praticamente da invisibilidade dentro da Paraíba nesse sentido. Mas, assim como na RENASTT, na PNSTT, também existe uma fragilidade muito grande, embora se tenha um trabalho bom da Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde do Trabalhador (CGSAT). Ultimamente, a CGSAT melhorou muito. Eu acho que de umas três coordenações para cá, foram todas elas muito boas. Nós estamos com uma coordenação muito boa também, graças a Deus, cada um dentro da sua linha de trabalho. Cada um que entra tem um foco mais específico para determinadas coisas, né? E assim eu acho que a gente tem se fortalecido muito. Apesar dos entraves institucionais, do não reconhecimento da RENASTT e da PNSTT, elas têm crescido, mas ainda assim é muito incipiente. A RENASTT era para ser bem mais fortalecida, porque você veja que é uma Rede que tem mais de 20 anos, que é de 2002. Pode-se dizer que é uma das Redes mais antigas, de Redes de cuidado, né? Porque aí a gente vê rede da saúde do homem, da mulher tudo mais novo e tudo implantado? E por que com a saúde do trabalhador é assim? Porque incomoda muito! (Entrevista nº 03).

Percebo a PNSTT no SUS entre avanços e retrocessos. É importante pensar que, com 11 anos essa política, ainda se encontra na periferia do SUS, como pouca inserção na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Leia-se os serviços que estão postos na atenção primária de saúde, atenção ambulatorial especializada, urgência e emergência hospitalar, que se refere aos serviços assistência à saúde do trabalhador, mediante aos seus processos de adoecimentos ou acidentes relacionados ao trabalho. É importante também pensar essa política

<sup>54</sup> O detalhamento da justificativa para escolha dos participantes da pesquisa, bem como a organização, condução das entrevistas e os instrumentais utilizados na pesquisa, constam na parte introdutória deste material.

<sup>55</sup> Segundo o Ministério da Saúde, o PQA-VS representa um marco para a Vigilância em Saúde por “definir compromissos e responsabilidades para as três esferas de governo: a federal, com financiamento e apoio técnico, a estadual e a municipal, buscando induzir a implementação de iniciativas que garantam a melhoria das ações de vigilância em saúde [...]. O Programa busca induzir a implementação de ações que garantam a consecução das metas estabelecidas, tendo como diretrizes: ser um processo contínuo e progressivo de melhoria das ações de vigilância em saúde, envolvendo a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelos estados, Distrito Federal e municípios; e, estimular a gestão baseada em compromissos e resultados, expressos em metas de indicadores pactuados” (Brasil/MS, 2025, s/p).

no que diz respeito às ações no âmbito da promoção à saúde, prevenção de acidentes relacionados ao trabalho que estão postos no escopo da vigilância em saúde. A vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, com seu potencial de fiscalização, atuação para interditar ambientes e processos de trabalho, também prevista dentro da competência do escopo da vigilância sanitária, a vigilância ambiental e zoonose e a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), que ainda é uma icônica nas instâncias dos municípios, ficando essa atribuição a cargo do CEREST, que ainda se encontra com pouca capacidade de capilarização dentro dos municípios e sua área de abrangência. Um aspecto importante pensar também é que, quando se fala em política de saúde, é preciso pensar que a saúde se materializa a partir dos determinantes sociais do trabalho, nesse aspecto da saúde do trabalhador. E a gente se depara com retrocessos no que diz respeito à derruição da proteção social do trabalho, aonde cada vez mais essa política fica restrita ao aspecto da assistência e de muita fragilidade, no que diz respeito à intervenção da VISAT (Entrevista nº 04).

A PNSTT foi implantada e ela precisa ser reformulada em muitos pontos. A gente nota que houve avanços, mas a gente não consegue observar esse acompanhamento da política, essa abertura. Novas categorias vão surgindo. A vulnerabilidade é muito grande, né? E a gente acaba se esbarrando em certas limitações, que a gente observa dentro da própria política. Então, na minha visão, é necessário rever, né? Para poder atualizar ela no olhar dos tempos atuais (Entrevista nº 01).

Eu acho que a PNSTT ainda é pouco trabalhada. A gente sabe que tem várias políticas a nível do SUS e a política de saúde trabalhador. Eu ainda não entendo por que a gestão e os responsáveis não têm tanto interesse em cumprir o que ela propõe. Quando a gente visita os municípios, não sei se é porque os nossos municípios são municípios menores, a gente observa que todos os outros tipos de vigilâncias são instituídos, mas a vigilância ao trabalhador que é o cumprimento da política muitas vezes não se efetiva. Aí eu acho que ainda realmente precisa ter uma abrangência melhor, um conhecimento melhor e um desenvolvimento melhor pelos municípios (Entrevista nº 02).

Os depoimentos dos diretores dos CEREST estadual e regionais da Paraíba evidenciam que, embora haja avanços na PNSTT, a exemplo da formulação de novas portarias, notas técnicas, que viabilizam a operacionalidade das ações dos CEREST, da VISAT<sup>56</sup>, que “guarda especificidades da relação saúde-trabalho, transcende o objeto da saúde pública vertical e horizontalmente” (Machado; Vasconcellos, 2011, p. 54), na atualidade, a PNSTT sofre os efeitos das mudanças ocorridas na sociabilidade do trabalho. Outrossim, as contrarreformas do Estado em curso têm ocasionado significativas alterações nas relações de trabalho, com rebatimentos no acesso aos direitos sociais, cujas expressões se verificam no aumento do desemprego e na expansão das relações informais de trabalho.

---

<sup>56</sup> A discussão sobre a VISAT será retomada páginas adiante.

Os diretores dos CEREST argumentam também, que transcorridos mais de dez anos da sua criação, a PNSTT ainda permanece secundarizada, isolada e à margem do SUS. Não há, segundo os diretores, interesse por parte da gestão pública na consolidação e materialização do campo da saúde do trabalhador, considerando que a saúde do trabalhador ainda não foi incorporada na agenda de saúde do SUS, nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal). Essa não incorporação, conforme os diretores, impactam na execução das ações em saúde do trabalhador na rede de atenção à saúde e no enfrentamento as mais distintas formas de doenças e agravos relacionados ao trabalho. Para Machado; Vasconcellos (2011, p. 48), “a estrutura do campo da saúde do trabalhador e o processo dinâmico de suas ações no universo das práticas de saúde ainda exibem uma face incipiente, do ponto de vista de uma política pública articulada e bem elaborada que a complexidade e a relevância do campo exigem. Há um descompasso entre o formulado constitucionalmente e o instituído como política de Estado”.

Como sublinhado anteriormente, o CEREST desempenha papel fundamental para a articulação de ações em saúde do trabalhador em um determinado território. No estado paraibano, segundo o Plano Estadual de Saúde (2020-2023), os Centros:

[...] atuam de forma a possibilitar o apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador no que diz respeito à atenção primária em saúde, aos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como à promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde. Já os CEREST regionais desenvolvem ações voltadas principalmente ao acolhimento e à assistência aos trabalhadores (Paraíba/SES, 2023, p. 78).

Com base nos Relatórios Anuais de Gestão (2023)<sup>57</sup> dos CEREST regionais João Pessoa e Campina Grande, os Centros enquanto instância da RENASTT desempenham função de suporte técnico em saúde do trabalhador, na rede de atenção à saúde no SUS. No CEREST regional João Pessoa, as ações desenvolvidas são:

1) Vigilância da Situação de Saúde dos Trabalhadores; 2) Atividade Educativa em Saúde do trabalho (cursos, capacitações, oficinas estudos, pesquisas e acompanhamento de Estágios dos cursos de Serviço Social e Psicologia, Residência Médica na área em Saúde do Trabalhador); 3) Inspeção Sanitária em Saúde do trabalhador; 4) Visita Domiciliar por profissional de nível superior; Atividade educativa para a população; 5) Atividade educativa para a população; 6) Consulta de profissional de nível superior (exceto médico) na atenção especializada; 7) Consulta médica em saúde do trabalhador; 8) Acompanhamento de paciente portador de agravos relacionados ao trabalho;

<sup>57</sup> Destaca-se que o CEREST regional Patos não disponibilizou o Relatório de Gestão.

9) Acompanhamento de paciente portador de agravos relacionados ao trabalho; 10) Emissão de parecer de nexo causal; 11) Notificação de causas externas e agravos relacionados ao trabalho; e, 12) Ações intra e intersetoriais relativas a temática de saúde do trabalhador (SMS/CEREST regional João Pessoa, 2023, s/p).

Em relação ao CEREST regional Campina Grande, as atividades que constam no Relatório são:

1) Acolhimento e avaliação da demanda em Saúde do Trabalhador; 2) Realização de cursos, capacitações, oficinas estudos, pesquisas e acompanhamento de estágios na área em Saúde do Trabalhador; 3) Realização de ações de Inspeção Sanitária nos ambientes e processos de trabalho in loco, notifica e acompanha as medidas corretivas; 4) Investigação dos Acidentes de trabalho; 5) Realização de ações intra e intersetorial ST envolvendo parcerias com outros órgãos e instituições (INSS, IEP, SRTE, MPT e Sindicatos); e, 6) As Notificações registradas são digitadas nos sistemas de informação de Vigilância em Saúde do Trabalhador (SMS/CEREST regional Campina Grande, 2023, s/p).

Dentre as atribuições relatadas pelos diretores dos CEREST estadual e regionais da Paraíba, destaca-se a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), que, na perspectiva da integralidade da atenção em saúde do trabalhador, é essencial e parte estruturante do processo de organização da RENASTT. Assim, no âmbito da saúde do trabalhador, todos os componentes da RENASTT, tais como a Atenção Primária à Saúde, os serviços de média e alta complexidade, os CEREST e a Vigilância em Saúde<sup>58</sup>, entre outros, devem realizar ações de VISAT, de acordo com suas especificidades e com base no conhecimento do território de abrangência.

Como bem destaca Celis (2021, p. 170), durante certo tempo, a VISAT foi considerada “um apêndice de outras vigilâncias, entretanto, com os marcos regulatórios e experiência acumulada dos trabalhadores, sobretudo nos anos 1990 e 2000, alcançou *status* de política, com financiamento e ações específicas, que visa integrar assistência e vigilância com intervenção nos nexos entre processos de trabalho e saúde”. Outrossim, a autora completa que “vigiar, investigar e intervir nos agravos decorrentes do processo de produção em uma sociedade capitalista é extremamente complexo, pois há o conflito da relação capital e trabalho”.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador, como um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, “compreende o conjunto de ações que visam promoção da

---

<sup>58</sup> De acordo com o Ministério da Saúde, a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), criada em 2018, por meio da Resolução nº 588, é essencial para garantir que doenças sejam prevenidas e controladas em todo o país, mediante ações de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador (Brasil/MS, 2018).

saúde, prevenção da morbimortalidade e redução de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nas doenças e agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento, de processos produtivos e de trabalho” (Brasil/MS, 2022, p. 77). De acordo com o Guia de Vigilância em Saúde (2022), a VISAT contempla dois grandes eixos de ações: a vigilância epidemiológica das doenças e agravos relacionados ao trabalho e a vigilância dos ambientes e processos de trabalho, com vistas a intervir nos fatores de risco ocupacionais e eliminar ou controlar doenças e agravos relacionados ao trabalho. Para operacionalizar esses dois eixos, a VISAT tem por atribuições:

- Identificar os perfis sociodemográficos e de morbimortalidade da população trabalhadora, de acordo com a ocupação e a atividade econômica em que os trabalhadores estão inseridos;
- Realizar análise e monitoramento da morbimortalidade dos trabalhadores e dos fatores de risco associados às doenças e aos agravos relacionados ao trabalho, de acordo com as normas vigentes;
- Identificar o perfil produtivo do território, descrevendo a população trabalhadora de acordo com a ocupação, a atividade econômica e os riscos dos ambientes e processos de trabalho;
- Mapear a rede de suporte social e de serviços de saúde que prestam assistência integral aos trabalhadores.
- Realizar a vigilância das doenças e dos agravos à saúde dos trabalhadores, compreendendo a notificação, a busca ativa, a investigação, a confirmação da relação com o trabalho e o encerramento dos casos.
- Realizar fiscalização conjunta e intersetorial onde houver trabalho em condições insalubres, perigosas e degradantes, conforme estabelecido na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.
- Produzir e divulgar protocolos, notas técnicas e informativas, para orientar as ações locais e fornecer apoio matricial, com vistas à integralidade no cuidado.
- Estabelecer relação entre o quadro clínico/diagnóstico e a atividade desenvolvida no trabalho.
- Avaliar o cumprimento de normas e recomendações vigentes.
- Produzir e divulgar sistematicamente informações em saúde do trabalhador, incluindo a comunicação de risco.
- Promover ações de formação continuada para os técnicos e trabalhadores envolvidos nas ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador.
- Propor, a partir da análise de situação de saúde no território, políticas públicas e estratégias de promoção à saúde do trabalhador (Brasil/MS, 2022, p. 78-79).

As ações em saúde do trabalhador, incluídas as de VISAT, devem ser direcionadas a todos os trabalhadores e trabalhadoras conforme definidos na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Para a operacionalização da inspeção dos ambientes, condições

e processos de trabalho, a Portaria 3120/98<sup>59</sup> prevê a inspeção sanitária em VISAT. Para tanto, conforme a referida portaria, a VISAT deve ser:

[...] realizada em conjunto com os representantes dos trabalhadores, de outras instituições, e sob a responsabilidade administrativa da equipe da Secretaria Estadual e/ou Municipal de Saúde, deverá considerar, na inspeção sanitária em saúde do trabalhador, a observância das normas e legislações que regulamentam a relação entre o trabalho e a saúde, de qualquer origem, especialmente na esfera da saúde, do trabalho, da previdência, do meio ambiente e das internacionais ratificadas pelo Brasil (Brasil/MS, 1998, s/p).

Com o planejamento da ação fiscalizatória, a VISAT se torna um instrumento fundamental para a consolidação do modelo de atenção integral em saúde do trabalhador, mediante a constituição de saberes e práticas sanitárias, articuladas intra e intersetorialmente, atuando de maneira contínua e sistemática, com o objetivo central de conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos riscos e agravos à saúde relacionados ao trabalho, por meio de seus aspectos sociais, econômicos e epidemiológicos, a fim de planejar, executar, monitorar e avaliar as intenções sobre eles, de forma a eliminá-los ou controlá-los.

Tendo em vista que as atribuições dos CEREST integram as práticas dos componentes da vigilância em saúde, indagou-se aos diretores dos CEREST estadual e regionais da Paraíba quais os desafios atuais para a realização da VISAT. Seguem os depoimentos:

O capital é um empecilho, o principal empecilho para a gente poder avançar nessa política. Mas assim, eu acho que a gente tem tido muitos avanços, muitas coisas que a gente não via antes de documentos, de orientações, de portarias, certo? Eu acho que é muita aproximação do nacional (CGSAT) com os municípios e com o estado. Eu acho que isso fortalece muito e, a nível nacional, eles constroem uma interação lá em cima dos setores que aqui na ponta a gente pode conseguir também fazer essa mesma interação, entendeu? Então, eu acho que está caminhando. Agora, não é um caminho fácil. É um caminho árduo. Mas que a gente da saúde do trabalhador gosta disso, né? De luta, de guerra, de conseguir e suar e dizer que conseguiu, né? A gente agora conseguiu tirar os municípios do silencioso (municípios sem registros de notificação em doenças e agravos relacionados ao trabalho), tá conseguindo fazer o povo preencher o campo ocupação e a Classificação Nacional de

---

<sup>59</sup> A Portaria GM/MS 3.120, de 01/07/1998, conhecida como Portaria da VISAT, foi consolidada em Portaria mais recente do Ministério da Saúde. Mesmo tendo sido revogada, o seu conteúdo foi mantido na íntegra. Segundo a Portaria, devem ser observados alguns pressupostos de caráter metodológico para a realização da VISAT: Fase preparatória; intervenção; análise dos processos; inquéritos; mapeamento de riscos e acompanhamento do processo. “Em razão do ritmo de implementação das medidas, avalia-se a necessidade do envolvimento de outras instâncias como, por exemplo, o Ministério Público, com o objetivo de garantir as mudanças requeridas” (Brasil/MS, 1998, s/p).



Atividades Econômica (CNAE)<sup>60</sup>. O povo está ligando. A gente está sobrecarregada, mas contente, porque o serviço está fluindo, né? Então, é tudo isso. Na informalidade, a questão da VISAT é mais complexa. O que falta às vezes é o despreparo de lidar com o que é popular, né? Com a educação popular em saúde, o pessoal trabalhar com o que é formal. Então, é muito fácil chegar para o enfermeiro, para um diretor de hospital e dizer: “olha, isso aqui está errado, você tem que fazer isso e isso” e deixar lá, e dizer “cumpra-se”, né? Então, pronto. Agora, o informal a gente vai ter que construir junto, a gente vai ter que trabalhar junto aí, vai ter que estar junto fazendo, educando, articulando com outros setores para que possam dar suporte a eles. Vamos dizer que é da agricultura e da agricultura. Aí vai ter que articular com a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa), com a Secretaria da Educação, com todas as áreas técnicas para poder ajudar, porque o CEREST não tem todo esse conhecimento, né? Ele é um trabalho muito mais longo do que o formal que você vai lá e faz, é rapidinho (Entrevista nº 03).

Bem, na minha perspectiva, os desafios que estão postos para a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) são diversos. Mas, gostaria de elencar aqui algumas questões no que diz respeito à estrutura da VISAT. Em primeiro lugar, penso que a VISAT tem um enorme desafio de inserção junto ao escopo da Vigilância em Saúde. O que eu quero dizer como isso? A VISAT ainda vive a periferia do SUS. Então, passa-se despercebida da sociedade do trabalho a importância da observação, da vigilância, da inspeção sanitária dos ambientes e processos de trabalho sobre a perspectiva da promoção de saúde e prevenção de acidentes de trabalho. Então, ela vive ainda muito na periferia. Então, um dos desafios para a VISAT é sair do campo periférico do SUS e se inserir no escopo da Vigilância em Saúde, articulando a VISAT com a Vigilância Sanitária, a Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Ambiental. Ainda é um desafio muito grande a integração. Outro ponto importante a observar no campo da VISAT é o aspecto da intervenção da vigilância no que diz respeito ao aporte jurídico. A gente precisa ainda fortalecer nos municípios a competência técnica-administrativa, com poder de polícia, enquanto fiscais sanitários da VISAT, implementando, no campo da Vigilância Sanitária, áreas ligadas à VISAT que tenham poder de intervenção, como auto de interdição, com todas as prerrogativas administrativas da Vigilância Sanitária. Então, esse é um dos desafios também que eu penso que se apresenta para a saúde do trabalhador. Um outro aspecto diz respeito à aproximação da metodologia da VISAT desenhada a partir da Portaria nº 3.120, num processo de unificação dessa vigilância a nível de Brasil, dando aos CEREST a intervenção, a capacidade de intervenção nos processos de trabalho, junto as empresas, junto aos processos produtivos. Um outro aspecto que a gente não pode negar é a dificuldade que se tem em pensar a VISAT no aspecto das atividades informais ou nas novas formas de trabalho, sobretudo, no campo das plataformas digitais. Então, veja, pensar a VISAT para essas categorias profissionais é um desafio muito grande. Um outro aspecto importante a observar é a articulação da VISAT junto com o controle social. Essa apropriação também é um aspecto que se apresenta como um desafio atual para a VISAT (Entrevista nº 04).

Temos muitos avanços, sobretudo, na parceria junto ao MPT, na nossa área de abrangência. Nosso maior desafio é quanto aos interesses do capital, de não reconhecer que a VISAT não trabalha na perspectiva punitiva, mas de

<sup>60</sup> Instrumento de padronização nacional por meio dos códigos de atividade econômica e dos critérios de enquadramento utilizados pelos diversos órgãos da Administração Tributária do país (Brasil, 2023, s/p).

melhorar e mudar os processos e ambiente de trabalho. Quanto às atividades informais, é mais difícil realizar VISAT. A gente faz um trabalho mais educativo com os catadores de materiais recicláveis (Entrevista nº 01).

Nós temos uma portaria do município que diz que o CEREST, que os técnicos têm poder de inspetor sanitário. Então, pode adentrar no ambiente de trabalho. Então, outros municípios, quando ocorre alguma denúncia, a gente não consegue chegar lá e dizer “a gente veio aqui para fiscalizar”. A gente precisa articular, por exemplo, com as vigilâncias sanitárias dos outros municípios. E, se for algo mais pesado, aí com outras instituições. Por exemplo, a Polícia Rodoviária Federal. Com relação à informalidade, a gente busca abranger todos os trabalhadores, inclusive aqueles que necessitam mais, que tem menos recursos e têm menos facilidade ao acesso à saúde. Essas estratégias são da seguinte forma: a gente faz um levantamento para demanda, procura um grupo de trabalhadores, por exemplo, o pessoal da reciclagem. Então, a gente vai lá até o local e identifica as demandas, as queixas. Posteriormente, a gente se reúne em equipe, faz um relatório com as demandas e monta uma estratégia com parceiros para levar o serviço. Por exemplo, a gente identificou que eles não têm vacinas atualizadas. Então, a gente faz com o setor de imunização e leva a vacina. A gente identificou que é um pessoal que tem muita queixa de dor na coluna. Então, pega a nossa fisioterapeuta, pegam os alunos da fisioterapia (Faculdade Privada) e levamos esse público para realizar uma atividade. Também foi identificado que, naquele público, eles têm muito problemas de pele. Aí fazemos um agendamento como o nosso médico (Entrevista nº 02).

Os relatos dos diretores dos CEREST estadual e regionais da Paraíba trazem inquietações sobre os limites e desafios para a realização da Vigilância em Saúde do Trabalhador, sobretudo, diante das atuais formas de trabalho. Na informalidade, os desafios são maiores. Embora a informalidade não se configure um fenômeno novo, no campo da saúde do trabalhador, as ações ainda não foram totalmente incorporadas. Quando ocorrem, são pontuais, restritas a determinadas ocupações e de caráter assistencial-educativa.

O debate em torno das possibilidades e dificuldades para a consolidação das ações da saúde dos trabalhadores na rede de atenção à saúde no SUS tem origem também nos desafios para romper com a lógica assistencial presente nessas ações. Vasconcellos (2013, p. 181) chama atenção para a existência de duas vigilâncias em saúde do trabalhador:

A da intenção frequenta o discurso da Renast, os textos acadêmicos e muito da expectativa do “fazer alguma coisa”. Já a vigilância do gesto, valendo-me do que foi debatido, é aquela que depende de iniciativas pontuais, muitas vezes voluntaristas, de pessoas engajadas, comprometidas e abnegadas: o “povo da ST”. Mas essas iniciativas tendem a ser aleatórias, muitas vezes redundantes e dispersivas, interrompíveis, pouco resolutivas e muito pouco transformadoras. Por outro lado, aqui, na vigilância do gesto, reside a exceção à regra da ST, ou seja, é onde efetivamente se consegue “fazer alguma coisa”. Entendo que a vigilância da intenção depende da política de Estado, no caso NENHUMA, e a vigilância do gesto na política de fato (ou do fato), aquela

que faz alguma coisa. Nossa luta, inclusive na produção acadêmica de conhecimentos, é por fazer valer as duas, mas a do gesto já está posta, resta implementá-la enquanto trincheira de resistência.

O conjunto dos relatos dos diretores dos CEREST aponta para as dificuldades de materialização da VISAT nas relações informais de trabalho. No entanto, não mencionam estratégias que possam deslindar essa problemática. A nosso ver, em detrimento dos inúmeros desafios postos, consideram-se como estratégias a Vigilância Popular em Saúde (VPS) e a ampliação do Curso Básico de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

A VPS constitui uma importante estratégia para a superação da vigilância em saúde, baseada em um modelo hegemônico de saúde-doença, centrado em ações verticalizadas de controle de agravos que desconsidera o conhecimento local e o saber operário. (Oliveira; Machado; Coradin, 2024). Por conseguinte, a VPS compreende práticas de vigilância que privilegiam a participação de movimentos sindicais, sociais, associativos, populares, cooperativos, coletivos, articulado a diferentes possibilidades de atuação do Estado, das instituições de ensino-pesquisa, dentre outros sujeitos especialistas na área, desde que estes reconheçam os saberes populares, dos trabalhadores, e promovam diálogos participativos e mais horizontais.

A vigilância popular em saúde, de acordo com os autores supracitados:

[...] tem como locus privilegiado o território para buscar a superação da atuação da Atenção Primária em Saúde (APS) em virtude da vulnerabilidade histórica, precariedade do acesso a serviços públicos e, ao mesmo tempo, em razão da capacidade organizativa dos sujeitos e de seus modos de viver e de produzir esses espaços. Assim, a VPS se caracteriza por uma prática sanitária participativa de vigilância em saúde para atingir a sua missão de promover um processo de prevenção, proteção e promoção da saúde ao identificar e considerar as dinâmicas socioambientais relacionadas às necessidades de saúde vivenciadas nos territórios (Oliveira; Machado; Coradin, 2024, p.04).

Outra forma de fortalecer a VISAT seria expandir o Curso Básico de Vigilância em Saúde do Trabalhador. O curso foi estruturado e concebido pelo Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos (DIHS/Ensp/Fiocruz) e seu grupo de trabalho, em parceria com outras instituições de ensino-pesquisa. O grupo de pesquisa elaborou o *Manual Técnico do Curso Básico de Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde*<sup>61</sup>, “[...] fruto do Projeto ENSP

<sup>61</sup> Disponível em: <https://www.multiplicadoresdevisat.com/>.

018 FIO-13, financiado pelo Ministério da Saúde e executado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz”. (Brasil/MS/Fiocruz, 2018, p. 04).

O Manual é composto de três partes.: a Parte 1 trata das Bases Conceituais para a Ação em VISAT, a Parte 2 versa sobre as Bases Conceituais de Sistemas de trabalho e a Parte 3 compreende as Técnicas de análise em VISAT. O curso tem como objetivo a formação ampla de agentes públicos na rede SUS, a exemplo dos profissionais dos CEREST, membros das CISTT locais, sindicalistas de base, servidores públicos das Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Ambiental, Atenção Básica, e representantes do Controle Social. Além de membros do Ministério Público, das universidades, dos centros de pesquisa e trabalhadores no nível local, entre outros, para o exercício da Vigilância em Saúde do Trabalhador (*Ibidem*).

Enquanto prioridade da RENASTT e da PNSTT, o Curso Básico de VISAT, através do seu Manual, estabelece que:

A implementação das ações de vigilância deve ocorrer nos diversos âmbitos da rede do SUS (nacional, estadual, regional, municipal). Para isso, a partir de suas estruturas, devem-se criar fluxos, pactuações e execução de atividades em articulação intra e intersetorial e na perspectiva interdisciplinar. Os conhecimentos e técnicas usados na formação compreendem diversas disciplinas, práticas dos profissionais e saberes e experiências dos próprios trabalhadores. Os objetivos primordiais da formação em Visat são produzir, analisar e difundir informações sobre os agravos à saúde decorrentes do trabalho; realizar intervenções sanitárias corretivas e preventivas sobre estes agravos; e estabelecer cultura de vigilância em saúde do trabalhador, conforme o dispositivo contido no artigo 200 da Constituição Federal de 1988, regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica de Saúde) (Brasil/MS/Fiocruz, 2018, p. 04).

Decerto, a Vigilância em Saúde Popular e o Curso Básico em VISAT, são instrumentos relevantes de promoção de saúde por meio do conhecimento, informação, redução das vulnerabilidades, morbimortalidades, diminuição de sub-registro e subnotificação. Ademais, possibilitam formular estratégias para antecipação de doenças e agravos à saúde, no sentido de fortalecer “[...] o modo de vida pela via popular e emancipatória [...]” (*Ibidem*) dos trabalhadores, em particular dos informais, dado o cenário de ausência da legislação protetiva laboral e exposição a inúmeras doenças, agravos e violências produzidas no e pelo trabalho.

Considerando as análises tecidas neste capítulo, o desmonte do sistema de proteção social brasileiro, com destaque para a política de saúde, revelam que o contexto do capitalismo no tempo presente, tem fomentado sucessivas ofensivas contra o trabalho e os direitos sociais. Logo, são exigidos novos direcionamentos para o funcionamento das políticas sociais, com a refuncionalização do papel do Estado, sob os influxos da política neoliberal, a partir da agenda

política de aprovação de contrarreformas, com sucessivo contingenciamento e reduções dos orçamentos sociais.

As implicações dessas medidas para o campo da saúde trabalhador ficaram evidenciadas nos depoimentos dos diretores dos CEREST estadual e regionais da Paraíba: o cenário contemporâneo de retrocessos de direitos (trabalhistas e previdenciários), que acarretam no aumento de doenças e agravos à saúde dos trabalhadores, sobretudo os informais; dificuldades para realização de ações de vigilância em saúde do trabalhador. Nas relações informais, apenas ações pontuais junto aos catadores de materiais recicláveis, citado por um único CEREST. Constata-se uma ambiguidade: ao mesmo tempo em que se sinalizam essas dificuldades e/ou preocupação com o aumento da informalidade na Paraíba (Gráfico 2 do capítulo seguinte), não há propostas e/ou estratégias de médio a longo prazo a serem desenvolvidas pelos CEREST, no que diz respeito a ações em saúde voltadas para o cotidiano laboral dos trabalhadores informais.

As páginas adiante trazem o debate sobre o novo padrão de regulação laboral no país, com ênfase nos diversos modos de trabalho precário, em que a informalidade se destaca como marca estrutural do mercado de trabalho brasileiro. Essa marca sustenta uma perversa realidade: os trabalhadores estão adoecidos e abandonados pelo Estado. Nas palavras de Castilho e Lemes (2021, p. 271), os “[...] indicadores das desigualdades sociais e de exploração que dirão quais (trabalhadores) terão mais condições de reagir e sobreviver”.

**INFORMALIDADE NO CONTEXTO DO TRABALHO  
CONTEMPORÂNEO E AS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE  
DOS TRABALHADORES E DAS TRABALHADORAS**

Constância

Há dias que sucedem por pura teimosia:  
o salário é baixo, o pão é pouco  
o local é insalubre ...  
Viver  
é tecnicamente inviável ...

Golondrina Ferreira

É necessário retomar as reflexões já elaboradas sobre a crise estrutural do capital (Mészáros, 2011, 2009; Netto, 2012b; Behring, 2023) em escala global e, mais especificamente, no contexto brasileiro nos últimos anos, particularmente após a crise de 2008, com o fortalecimento das bases conservadoras e da extrema direita no país, desde o golpe jurídico-parlamentar de 2016, que destituiu a presidenta Dilma Rousseff (PT), legitimamente eleita por mais de 54 milhões de brasileiros (Agência Brasil, 2016). Esse cenário se torna ainda mais crítico perante a crise sanitária provocada pela Covid-19, que ampliou o abismo socioeconômico durante e após a pandemia, como já mencionado no capítulo anterior desta tese.

Associado a esse quadro, observa-se a devastação promovida pelo neoliberalismo em diferentes contextos, que desconstruiu a sociedade salarial (Castel, 2012), ou o projeto de sociedade salarial, tal como se delineou no segundo pós-guerra. Nessas condições, o papel do Estado é reconfigurado. Articulado ao capital financeiro, ele engendra uma série de políticas de desregulamentação, contrarreformas e privatizações, forçando, como bem aponta Mandel (1982, p. 25), para que “todos os campos da vida social, sem exceção, sejam submetidos à valorização do capital privado”.

Em uma sociedade inteiramente mercantilizada, “na vigência da propriedade privada e de intensa divisão do trabalho” (Vasconcelos, 2015, p. 57), diversos efeitos são suscitados na esfera da vida e na sociabilidade do trabalho. Instaura-se um processo de privação de direitos, que intensifica a exploração dos trabalhadores, a precarização, a flexibilização, o desemprego estrutural e a informalidade da força de trabalho – elementos essenciais à lógica da produção de mercadorias e da acumulação do capital (Tavares, 2021).

Dito isso, interessa-nos, neste capítulo, abordar os aspectos da informalidade no contexto do trabalho contemporâneo, executado sob a lógica do capitalismo, que se expandiu durante o período pandêmico, resultando na piora das condições laborais e da saúde dos trabalhadores. À luz dessa compreensão, o capítulo se encerra expondo o panorama do trabalho

informal no estado da Paraíba, particularmente na região metropolitana de João Pessoa/PB, *locus* deste estudo.

Para efeito de dimensionamento desta pesquisa, o processo investigativo realizado entre os meses de maio a novembro de 2023 consistiu na aplicação de entrevistas semiestruturadas junto a 25 trabalhadores informais de diferentes ocupações: diarista, ambulante, pedreiro, entregador por aplicativo, costureira e esteticista; 04 diretores dos CEREST estadual e regionais da Paraíba, localizados nos municípios de João Pessoa, Campina Grande e Patos; e 06 dirigentes sindicais. As análises aqui apresentadas estão articuladas com dados da realidade brasileira, por meio do uso de estatísticas provenientes de pesquisas públicas realizadas pelo IBGE/Pnad, Dieese, Ipea, entre outras, complementadas por reflexões bibliográficas e documentais.

## 2.1 Informalidade do trabalho no Brasil: da precarização a espoliação dos direitos

Longe de pretender desenvolver uma discussão profunda sobre a dinâmica da informalidade do trabalho, considerando a vasta literatura crítica desta temática (Abílio, 2020, 2014; Cacciamali, 2000, 2007; Manzano, Krein, Abílio, 2023; Rodgers, Rodgers, Oliveira, 2022; Tavares, 2021), nosso objetivo é explicitar suas expressões na atualidade, compreendendo que a informalidade da força de trabalho sob o capitalismo é essencial para a reprodução do capital. Os contextos de crises permitem a absorção do excedente não incorporado no trabalho regulado.

Inicialmente, é importante sinalizar que o conceito e a elaboração teórica acerca da informalidade surgiu, de acordo com Manzano, Krein e Abílio (2023, p. 229), nos anos 1960-1970, com “os estudos de Hart, relatório da Organização Internacional do Trabalho (OIT) em Quênia e o surgimento do Programa Regional de Emprego para a América Latina e Caribe (Prealc) na América Latina”. Os autores argumentam que “sem discriminar as diferentes concepções teóricas sobre a informalidade, o termo foi utilizado para explicar o ‘outro lado’ da problemática da geração de ocupação e renda que não do emprego assalariado, em um contexto em que o país foi incapaz de gerar empregos a todos os ofertantes disponíveis”.

De modo complementar, Tavares (2021, p. 21) sustenta que a expansão das relações informais no contexto da produção capitalista, desde os anos 1990, “não permite mais que o trabalho informal seja explicado por unidades produtivas de caráter individual ou familiar,



consubstanciado, em geral, apenas atividades de sobrevivência orientadas para a reprodução do trabalhador e do seu núcleo familiar, comportamento que se inscreve entre as características definitivas do que se conhece como ‘setor informal’.

A informalidade do trabalho se torna então uma particularidade crescente e intrínseca da acumulação dos capitais na contemporaneidade (Antunes, 2011). Isso se deu sobretudo com as mudanças societárias ocorridas no modo de produção capitalista, nas últimas décadas do século passado, com tendência de queda nas taxas de lucro desde a crise do final dos anos 1960 e início dos anos 1970, agravada pelas seguidas crises dos anos 1980, 1990 (Boschetti; Behring, 2021), se espraiando para os anos iniciais do Século XXI. Apesar disso, reconhece-se que a informalidade é um “fenômeno multideterminado, sem causa única” (Vahdat *et al.*, 2022) e que atravessa o Brasil desde o início da formação do seu mercado de trabalho.

O mundo do trabalho, em uma dinâmica global, conforme destacado no capítulo anterior desta tese, passa por inúmeras alterações na organização e na gestão da força de trabalho, particularmente com a inserção de novas tecnologias, sendo assim atravessado, na contemporaneidade, pela plataformização e uberização das relações de trabalho (Abílio; Santiago, 2024; Antunes, 2023), além de se opor aos sindicatos, às lutas dos trabalhadores. Nesse quadro de mudanças, somam-se as alterações político-institucionais no Estado, pelo acirramento das privatizações dos bens e serviços públicos, aliado às contrarreformas do capital, com desfinanciamento de políticas públicas e apropriação gradual do fundo público. Para Behring (2023, p. 374), o fundo público deve ser compreendido como a “composição entre os recursos extraídos dos salários dos trabalhadores – seu fundo de reprodução – pela via direta do imposto de renda e principalmente pela tributação indireta que incide sobre bens de consumo e serviços” produzidos socialmente.

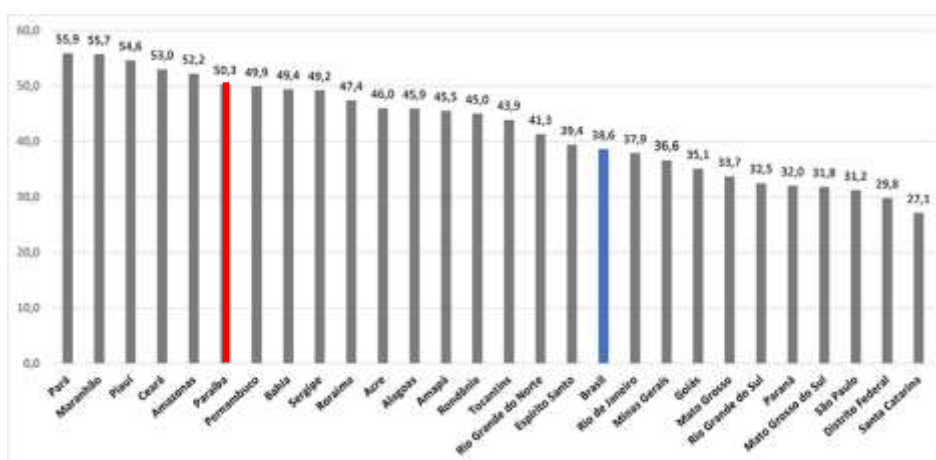
O mercado de trabalho brasileiro, dada a sua condição periférica e dependente do capital global, historicamente foi marcado pela dinâmica desorganizada, desigual e flexível das relações de trabalho. Essa dinâmica contém uma combinação dual. De um lado, há uma parcela de trabalhadores formalizados, mas que se expande por meio da terceirização sem limites, do aviltamento salarial, do subcontrato e das longas jornadas de trabalho. Por outro, há trabalhadores submetidos à informalidade do trabalho, à luz de relações e condições precarizadas, de maior exploração e expropriação dos direitos. Essa dinâmica demonstra o caráter destrutivo da criação e reprodutividade do trabalho no capitalismo no tempo presente.

Para entender essa dimensão, de acordo com o Censo Demográfico de 2022 do IBGE, a população brasileira é atualmente composta por 203.080.756 pessoas. Desse total, 107,5 milhões pertencem à População Economicamente Ativa (PEA), ou seja, são pessoas que estão

trabalhando ou em busca de trabalho. Por outro lado, no 2º trimestre de 2024, conforme o conceito utilizado pelo IBGE (Figura 1), 38,6% das pessoas ocupadas no Brasil estavam em situação de informalidade (IBGE/Pnad Contínua Trimestral, 2024).

Como indicam os dados do Gráfico 2, no caso da Paraíba, recorte deste estudo, a taxa de informalidade da população ocupada é ainda mais elevada, correspondendo a 50,3% (IBGE/Pnad Contínua Trimestral, 2024).

**Gráfico 2** -Taxa de informalidade da população ocupada, por UF's do Brasil (%) – 2º trimestre de 2024



Fonte: IBGE/Pnad Contínua Trimestral (2024).

Os dados do Gráfico 2 sinalizam as análises produzidas por Rodgers, Rodgers e Oliveira (2022, p. 764-765). Para os autores, “uma das principais características do regime de trabalho no Brasil é o peso da informalidade, tanto no trabalho assalariado quanto no autônomo, incluindo os trabalhadores familiares não remunerados. O nível de informalidade é também um fator fundamental para a diferenciação do Nordeste do restante do país, por ser bem mais elevado no primeiro”.

É importante destacar que, apesar dos expressivos índices apresentados do Gráfico 2, durante os governos de Temer e Bolsonaro, especialmente este último, a taxa de informalidade<sup>62</sup>

<sup>62</sup> Por outro lado, a recente redução na taxa de informalidade pode ser observada em função da queda no desemprego e da criação de empregos formais durante o terceiro governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, iniciado em 2023. De acordo com o Ipea, a taxa de desocupação de 6,9% registrada em abril de 2024 é a mais baixa desde setembro de 2014. Além disso, o IBGE indica que, “no primeiro trimestre de 2024, o emprego cresceu em todos os grupos etários, destacando-se o aumento de 6,2% entre os trabalhadores com mais de 60 anos” (Brasil/Ipea, 2024, s/p).

no país era mais de 40%, entre os trabalhadores economicamente ativos (Behring, 2023). Essa acentuada taxa de informalização do trabalho, associada ao aumento do desemprego que caracterizou os governos Temer-Bolsonaro<sup>63</sup>, pode ser analisada pela explícita “inflexão no papel do Estado, que, mais marcadamente a partir da implementação da Reforma Trabalhista, se apresenta como um promotor da informalidade do trabalho” (Manzano; Krein; Abílio, 2023, p. 240-241).

Essa citação destaca os efeitos da contrarreforma trabalhista (Lei n. 13.467/17), que se soma à Lei da Terceirização (Lei nº 13429/2017)<sup>64</sup>, que provocaram a ampliação de trabalhos precarizados e sem direitos. Constitui resposta do capital à sua crise estrutural, pelas imposições do Estado neoliberal, o qual, oportunamente, retira-se da cena da relação capital-trabalho, deixando ao livre arbítrio da lei do mercado. Tal dinâmica significa, portanto, uma tendência de desregulamentação das relações de trabalho em curso no Brasil. Aprovada de forma célere pelo Congresso Parlamentar brasileiro, em 2017, a contrarreforma trabalhista produziu um instantâneo retrocesso social, inédito na lenta história de afirmação dos direitos sociais em nosso país. Como observa Fleury (*apud* Krein *et al*, 2018, p. 11), “avassalando tudo, a Reforma Trabalhista completou seu processo legislativo em menos de um ano, alterando, profundamente, o sistema jurídico de proteção ao trabalho no Brasil”.

Os efeitos oriundos da contrarreforma trabalhista são corrosivos para o trabalho, sobretudo ao se considerar o ciclo favorável da economia brasileira que se estendeu de 2004 a 2014 no país. Os autores Manzano e Caldeira (2018, p. 71) afirmam que a dinamização do mercado de trabalho durante essa temporalidade, com características positivas sobre os estratos mais vulneráveis da população e sobre os assalariados em geral, coloca em xeque a narrativa dos defensores da “reforma trabalhista”. Tais discursos apregoavam a tese de que eram os efeitos do excesso de proteção social e trabalhista que supostamente encareceria o custo da atividade no país. Nas palavras dos autores, a contrarreforma trabalhista:

[...] foi, em grande medida, formulada pelos corpos técnicos de diferentes entidades patronais e instituições financeiras, com a justificativa de que ela

<sup>63</sup> Dados do Dieese apontam que, “no governo de Michel Temer (MDB), pouco mais de dois anos após o golpe parlamentar que tirou Dilma (PT) da presidência da República, o Brasil registrou desemprego de 11,7% na população. Dois anos depois, já com Jair Bolsonaro (PL) na metade de seu mandato, a taxa atingiu 14,2%, com queda para 11,1% no último trimestre de 2021. Nesse mesmo período, o desemprego entre a população de 18 a 24 anos chegou a 22,8%” (Jornal Brasil de Fato, 2022, s/p).

<sup>64</sup> Destaca-se também que, em 2021, foi editada a MP 1045/21, que “[...] recriava o programa de manutenção de empregos, com o retorno dos acordos para redução de jornada com redução salarial e suspensão do contrato de trabalho. Conhecida como “Minirreforma Trabalhista”, foi derrubada em votação no Senado. Revela notar, ainda, que antes mesmo da crise pandêmica, havia sido criada Carteira Verde Amarela (MP 905/2019), uma modalidade de contrato de trabalho precarizado para jovens no início de carreira” (Esteves; Almeida, 2023, p. 30)

contribuirá para reduzir a alegada excessiva rigidez do mercado de trabalho nacional, reduzir os custos laborais, aumentar a produtividade das empresas e, assim, contribuir para o crescimento do emprego e, por conseguinte, para a reversão do quadro de degradação do mercado de trabalho brasileiro, observada nos últimos três anos (Manzano; Caldeira, 2018, p. 71).

A contrarreforma trabalhista não “freou” o desemprego, tampouco a taxa de subutilização da força de trabalho, como observado nos dados do Gráfico 2. Ao contrário, passados quase oito anos da sua aprovação, continua como ponto central da agenda neoliberal no Brasil. De acordo com Prestes (2024, s/p), “a própria Organização Internacional do Trabalho fez um levantamento nos diversos países que fizeram reforma trabalhista e não percebeu uma alteração na trajetória do emprego a partir da desregulamentação ou até mesmo de uma maior regulação” do trabalho. Para Krein (2024), a resposta para a queda do desemprego está relacionada ao crescimento econômico. Assim comenta o autor:

O que você tem é o movimento natural da economia. E a ativação da economia não se explica pela reforma trabalhista. Se explica pela forma como a economia foi operacionalizada, passando dinheiro para os mais pobres, aumentando o gasto público. As empresas contratam se tiver dinâmica econômica, se a economia está mostrando certo crescimento”. Dentre as razões para maior dinamismo na economia estariam, segundo o professor, políticas de transferência de renda e a retomada de obras públicas (*apud* Prestes, 2024, s/p)

O balanço da contrarreforma trabalhista brasileira aponta para o aprofundamento ou o avanço da pejetização, terceirização, remuneração variável e despadronização da jornada de trabalho (Krein; Maracci; Freitas. 2019), além de mascarar e eliminar as garantias legais que atravessam as relações de emprego na atualidade. As mudanças laborais contrarreformistas colaboram para o sucesso da ofensiva do capital, considerando a ampliação da exploração do trabalho com base no aumento da taxa de lucro, por meio da imposição de estratégias que buscam:

- i) individualizar e/ou invisibilizar os/as trabalhadores/as, fragilizando os laços de solidariedade de classe; ii) nublar a relação de contrato de trabalho para defender uma suposta necessidade de “modernização” nas leis laborais ou implementar a ideia de que não há motivo para regulamentação; iii) renumerar somente por tarefa executada ou peça elaborada; iv) ter a flexibilidade de renumerar por dinheiro, com comida e/ou moradia ou *gift card*; e v) portanto, eliminar os direitos (Soares, 2023, p. 201)

Agrega-se a essas imposições a precarização social do trabalho (Druck, 2011), o rebaixamento do nível salarial, jornadas de trabalho mais longas, rotatividade, menor

estabilidade, que geram maior desgaste da saúde, aumento de acidentes de trabalho e das incapacidades provocadas pelas condições insalubres e precárias dos ambientes laborais. Além do crescimento das doenças mentais relacionadas ao trabalho (Esteves, Almeida, 2023; Krein, 2018). Apesar de classificar a contrarreforma trabalhista como uma “tragédia”, o Ministro do Trabalho e Emprego, Luiz Marinho, deixou explícito que o presidente Lula da Silva (PT) não tem a pretensão de revoga-la (DMT Debate, 2024). De concreto, observa-se um momento histórico de desconstrução de conquistas sociais, de retiradas de direitos e do enfraquecimento das entidades sindicais, tornando o trabalhador ainda mais vulnerável, precarizado e adoecido.

Atrelado a esse cenário de mudanças que marca o trabalho na cena atual, cita-se o adensamento das tecnologias, que constitui expressões de novas tendências do capitalismo. Essa tendência ganhou maior centralidade, em escala global, diante da crise econômica que se alastrou desde 2008, agravada pelos efeitos sociais decorrentes da crise sanitária que assolou o mundo nos últimos cinco anos. A esse respeito, Antunes, Basso e Perocco (2023, p. 49) afirmam que a crise fomentada pela pandemia configura “uma crise colossal, composta por um entrelaçamento de crise sanitária, crise ecológica, crise socioeconômica, crise racial, crise nas relações de gênero, foi um fator poderoso na aceleração de fenômenos e tendências sociais preexistentes a ela, como o comércio *on-line*, a entrega dos alimentos em domicílio, a indústria do entretenimento doméstico”, entre outros.

As determinações decorrentes das crises recentes do capital aceleraram as transformações digitais, mesmo antes da crise sanitária desencadeada pela pandemia de Covid-19. As dinâmicas a elas relacionadas trazem, como alude Antunes (2019), implicações significativas para esfera do trabalho, manifestadas pelas relações de precarização, perpassadas por modalidades de trabalho intermitentes, temporários, informais, autônomos, desregulamentados, na fronteira da legislação protetora do trabalho.

Os efeitos desse novo fenômeno social do trabalho em plataformas digitais camuflam a dinâmica do trabalho assalariado, a partir de mecanismos que burlam a legislação social do trabalho, onde essas plataformas atuam, a exemplo do Brasil<sup>65</sup> (Antunes, 2023). Nessa

---

<sup>65</sup> Em março do ano passado, o Projeto de Lei Complementar do governo Federal, PLP 12/2024, foi enviado para o Congresso Nacional com o objetivo de regular o trabalho dos motoristas que atuam por meio de plataformas digitais. De acordo com Antunes (2024, s/p), o Brasil caminha na contramão da regulação do trabalho em plataformas digitais. O autor assinala que, se aprovado, o PLP 12 “[...] significará uma grande derrota para motoristas de aplicativos e também, em seus desdobramentos, para entregadores. E poderá ser responsável por um grande retrocesso para o conjunto da classe trabalhadora. Por isso, ele precisa ser derrotado e rejeitado [...]”. Ademais, Antunes observa que o PLP do governo “[...] sucumbiu à imposição das plataformas, que não aceitam negociar esse ponto crucial: o reconhecimento da subordinação e do assalariamento, com o consequente reconhecimento dos direitos do trabalho que toda a classe trabalhadora lutou séculos para conquistar” (Antunes, 2023, s/p).

dimensão, Abílio (2021, p. 174) destaca que “estamos assistindo à formação de um trabalhador *just-in-time*, que segue subordinado ao mesmo tempo em que arca com riscos, com uma série de custos, e não conta com os direitos que vinham associados à exploração de seu trabalho, sendo-lhe delegado parte do gerenciamento sobre seu próprio trabalho”. Ademais, a autora defende que, no contexto atual, há uma ampliação de um modelo de precarização de trabalho, de vida, que muitos trabalhadores já vivenciaram ao longo do tempo. Porém, com o processo das novas relações de trabalho, amplia-se, torna-se o “normal”, o esperado, o defendido como melhor forma do trabalho acontecer, sem vínculo, com a suposta flexibilização e uma maior liberdade de escolha dos trabalhadores.

O estudo realizado pelo IBGE (2022), em parceria com a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e o Ministério Público do Trabalho, intitulado *Teletrabalho e trabalho por meio de plataformas digitais*, aponta um cenário de precarização do trabalho, com jornadas extensas, diferenças de rendimentos entre ocupados plataformizados e não plataformizados e ausência de proteção social que considere as particularidades desse modelo de trabalho, como aponta a coordenadora da pesquisa (Paoletti, 2024). O estudo ainda sinaliza que, no setor privado, a população ocupada de 14 anos ou mais de idade somou 87,2 milhões de pessoas. Desse total, cerca de 2,1 milhões realizavam trabalhos por meio de plataformas digitais, sendo 1,5 milhão – ou 1,7% da população ocupada no setor privado – por meio de aplicativos de serviços e 628 mil nas plataformas de comércio eletrônico (Pnad/IBGE, 2023).

Quanto ao perfil sociodemográfico e às características de trabalho, a pesquisa desvenda a seguinte realidade:

- A maioria dos trabalhadores plataformizados eram homens (81,3%), em uma proporção muito maior que a média geral dos trabalhadores ocupados no setor privado (59,1%). [...]
- O grupo de 25 a 39 anos correspondia a quase metade (48,4%) das pessoas que trabalhavam por meio de plataformas digitais.
- Quanto à escolaridade, os plataformizados concentravam-se nos níveis médio completo ou superior incompleto (61,3%). É a mesma faixa que lidera no total de ocupados (43,4%), mas em proporção maior para os plataformizados. Já a população sem instrução e com fundamental incompleto era a menor entre os plataformizados (8,1%), mas correspondia a 22,8% do total de ocupados.
- Cerca de 77,1% dos plataformizados eram trabalhadores por conta própria, contra 29,2% para os não plataformizados (29,2%). Entre os grupamentos de atividade, 67,3% dos plataformizados atuavam em Transporte, armazenagem e correio e 16,7% em alojamento e alimentação [...].
- Empregados com carteira assinada eram apenas 5,9% dos plataformizados, enquanto no setor privado, os empregados com carteira eram 42,2 %. [...].
- O aplicativo de transporte particular de passageiros foi a plataforma digital mais utilizada pelos usuários (47,2%), seguido do serviço de entrega de

comida, produtos etc. (39,5%), do aplicativo de táxi (13,9%) e do aplicativo de prestação de serviços gerais ou profissionais (13,2%) (Pnad/IBGE, 2023, s/p).

No espectro mais amplo, o fenômeno da plataformização do trabalho tem se enquadrado como mais um novo passo da precarização social laboral, sendo uma condicionante ao cerne da questão tratada neste estudo – informalidade –, assim como a da manutenção de relações disfarçadas de assalariamento. As questões apresentadas até o momento sinalizam que a dinâmica e a expansão da informalidade nas relações de trabalho no Brasil, enquanto fenômeno utilizado pelo capital para promover sua própria expansão, têm como característica marcante a “desconstrução dos direitos e das proteções sociais” (Manzano; Krein; Abílio, 2023).

Decerto, o processo de precarização, flexibilização e as condições aviltantes de trabalho, aliados à fragilização do reconhecimento social – em um contexto em que o trabalho ainda ocupa uma posição central na vida social e individual –, com ritmos intensos, longas jornadas, intensificação do esforço físico e mental, têm contribuído significativamente para a precarização da saúde dos trabalhadores<sup>66</sup>.

Assim, buscou-se apreender, através dos participantes da pesquisa, as transformações na esfera do trabalho e o redirecionamento do papel do Estado por meio do processo contrarreformista brasileiro. Para tanto, os diretores dos CEREST estadual e regionais da Paraíba foram delineados os seguintes eixos analíticos: a) a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) frente ao processo de desregulamentação do trabalho na atualidade; e b) as estratégias adotadas pelo CEREST diante do aumento das relações informais de trabalho. Para os dirigentes sindicais: 1) os desafios do movimento sindical frente as mudanças contemporâneas do mundo do trabalho e a derruição de direitos; e 2) a ação sindical e a luta pela saúde do trabalhador.

No que se refere ao eixo a *PNSTT e o processo de desregulamentação do trabalho na atualidade*, os diretores dos CEREST manifestaram os seguintes depoimentos:

As mudanças que vêm ocorrendo no mundo do trabalho impactam demais, porque todo dia tem processo de trabalho novo, que a gente nem conhece, com produtos com máquinas que a gente sabe que tem e que agravam ainda mais as condições e a saúde do trabalhador. Por isso, a gente precisa ter estudos, né? E eu acho que a CGSAT está revendo a história da PNSTT, está fazendo um grupo para estudar e ver o que é que pode entrar, o que pode melhorar

---

<sup>66</sup> Esta discussão será retomada no capítulo 3 desta tese.

nessa política, sobretudo porque estão surgindo nos processos de trabalho, que não existiam quando a RENASTT e PNSTT foram criadas (Entrevista nº 03).

Sim, com certeza, a PNSTT sofre os impactos das mudanças que vêm ocorrendo no atual mundo do trabalho, considerando as novas formas de contratação, as novas formas de vínculos de trabalho e que isso impacta, por exemplo, um conjunto de possibilidades e de determinantes para as formas de adoecimento, as formas de acidentes, relacionados ao trabalho. Vale salientar também o aspecto da pejetização, da individualização e da responsabilização, onde a proteção social do trabalho não se revela como uma realidade, mas que a gente pega, por exemplo, os profissionais da área de saúde, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, enfim, os profissionais tido, profissionais liberais, em que as empresas, sobretudo ligadas ao sistema privado de assistência à saúde, individualizam as suas contratações a partir da pejetização. Então, é um outro aspecto importante a se observar. Ou seja, isso termina apresentando uma realidade cruel em que a proteção social do trabalho não se materializa como um direito ao conjunto da classe trabalhadora e que isso termina impactando consideravelmente no exercício e na atividade profissional e traz diversas dificuldades de atuação no aspecto da promoção de saúde e da prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho pela vigilância, pela vigilância da saúde do trabalhador. Então, com certeza, as mudanças que vêm ocorrendo no mundo do trabalho trazem impactos importantes ao conjunto da classe trabalhadora e também a materialidade daqueles que a gente poderia chamar, das ações práticas e objetivas da PNSTT. Pensar, por exemplo, o processo de domiciliação produtiva. Isso remete a um campo de processos produtivos domiciliares, em que está posto aí uma relação muitas vezes informal, em que há a ação de vigilância em saúde do trabalhador para esse processo de trabalho, identificação das condições insalubres e as ações corretivas. Acho que a vigilância não consegue, por exemplo, identificar a quem remeter a responsabilidade das ações corretivas e essa empresa. Veja que esta realidade domiciliar envolve um ciclo familiar dentro do processo produtivo. Um outro aspecto importante: pensar, por exemplo, o mundo dos processos de trabalho ligado às plataformas digitais com aplicativos e controles da força de trabalho, dos meios de trabalho e dessa individualização. Basta a gente pensar, por exemplo, o efeito da uberização e as formas de adoecimento no âmbito da saúde mental, nos acidentes típicos e das doenças ligadas aos aspectos osteomusculares. É uma realidade também que se apresenta como desafio a PNSTT (Entrevista nº 04).

Eu vejo que o maior desafio da PNSTT na atualidade está relacionado à ampliação da informalidade, que, por sua vez, vai gerar desproteção aos direitos sociais e trabalhista, gerando uma maior vulnerabilidade na ocorrência de acidentes e adoecimentos relacionados ao trabalho. Por isso, é importante que o CEREST, por meio do núcleo de Educação Permanente em Saúde do Trabalhador, realize campanhas educativas junto aos trabalhadores informais, para que tenham conhecimento da PNSTT e, conseqüentemente, ter acesso aos seus direitos, dentro da política de intersetorialidade (Entrevista nº 01).

Acredito que a PNSTT sofre com os impactos das mudanças que vem ocorrendo no trabalho. Mas acho também que o trabalho vem melhorando, vem se efetivando e fazendo com que um trabalhador tenha um melhor impacto na sua vida (Entrevista nº 02).



Quanto às *estratégias adotadas pelos CEREST frente à ampliação das relações informais de trabalho*, os diretores dos CEREST estadual e regionais da Paraíba relataram que:

A primeira coisa: a gente tem que ter um princípio do SUS que é equidade, dar mais para quem tem menos, e quem tem menos não são formais. São aqueles trabalhadores que não têm carteira assinada, não tem direitos, né? E que saímos de um governo que lançou “ser você ser o seu próprio patrão”. E quando você é o seu próprio patrão, você não tem 8 horas de trabalho, você não tem descanso, você não tem férias, né? Então, isso impacta demais esses trabalhadores. E trabalhar com o informal é mais difícil do que o formal. O formal eu chego lá, faço uma inspeção (VISAT), coloco e tem alguém para eu cobrar. A gente deixa lá o que eles têm que mudar e, se eles não mudarem, a gente joga para cima do MPT e tudo mais. Mas o informal a gente tem que trabalhar com a sensibilização, com a educação popular junto com eles, e isso leva tempo e trabalho, tem que ter sensibilidade do CEREST para poder trabalhar essa questão do trabalho informal. É um trabalho assim gostoso de se fazer, agradável demais, né? Prazeroso trabalhar com esse pessoal, porque é enriquecedor a troca de conhecimento com eles é maravilhosa. Vou citar o exemplo dos catadores de recicláveis. A gente primeiro senta, escuta, vê a necessidade e o que é que eles necessitam e a gente traça um projeto de ação junto com eles. Mas tudo parte da necessidade deles, né? Eu recebi uma visita da menina que era do sindicato dos reciclados. Ela chegou aqui e o pessoal aqui é curto e grosso na maneira deles de falar, direto e objetivo. Ela chegou aqui e disse: “eu vim aqui para ver uma coisa com você, eu quero uma escola para adultos dentro do galpão de reciclagem”. Aí eu disse “está certo”. Quando ela disse isso, “está certo”, digo comigo, né? Assim, imediatamente, foi a primeira ideia que me passou na cabeça. Ela disse: “eu não quero que os nossos filhos sigam a mesma trajetória da gente”. E, na mesma hora, pensei: “o que lida com o trabalhador são os condicionantes sociais, eu não lido com educação, mas eu sou gestora”. Então, fui na Secretaria da Educação e conversei com o pessoal e estamos organizando uma reunião. A gente é a ponte para que faça acontecer. A gente lida com eles porque nem todo mundo sabe lidar com o povo, e a dificuldade da pessoa mais simples, às vezes, o povo que trabalha em determinadas políticas, falo com a política muito aprofundada, é que eles não têm entendimento, né? Até dentro do próprio atendimento dentro do SUS, da burocracia para se conseguir uma consulta, um exame. Enquanto CEREST estadual, a informalidade, a gente trata muito com catador de reciclado, né? A gente trabalha, a gente trabalha com a parte dos camelôs, né? A gente trabalha também com o pessoal da agricultura, agricultura familiar. A gente também tem feito um trabalho com indígenas. Eles entram na linha de produção como produtos químicos com tudo, se arriscam sem nenhum conhecimento do que estão lidando e de produtos né. Então, assim, hoje eu acho que o que a gente mais foca são esses. Mas a gente está com um projeto já para iniciar com o pessoal que faz entrega de moto, plataformizado. A gente já está entrando em contato com o pessoal do sindicato. Agora não tem mais sindicato, né? É uma associação, e aí é foi bom, porque agora tem uma associação para a gente trabalhar. Eles eram muito desorganizados. Agora estão se organizando e conseguindo alguns direitos. A gente está para reforçar, está vindo uma onda nacional, né? E a Paraíba, no próximo ano, já vai entrar também (Entrevista nº 03).

É interessante salientar que, no último encontro da RENAST, em Brasília, o tema tratado de saúde do trabalhador como direito humano traz um aspecto

importante para fortalecimento das outras formas de contratação ou de relação ao trabalho, seja ela formal ou informal. É uma chamada importante aos movimentos sociais e ao fortalecimento da atuação sindical, assim como das cooperativas daqueles segmentos informais, mas que não tem por exemplo sindicatos obviamente, mas tem ali as suas representações através das cooperativas, da associação, e que vem aí mobilizando uma intervenção importante e um olhar para a saúde do trabalhador. Então, sobretudo, para aqueles que estão no âmbito da informalidade, seja um movimento LGBT, ou que tem um corpo considerável de população trabalhadora ligada à informalidade, nós temos os trabalhadores de aplicativos, das plataformas digitais, então, a aproximação. Então, a aproximação da CGSAT, os segmentos da informalidade, então, isso vem se apresentando como uma realidade pautada, sobretudo, na última gestão sob a coordenação da Luciene Aguiar, no governo atual do presidente Lula (Entrevista nº 04).

A gente faz um trabalho com os catadores de materiais recicláveis. A gente tem uma parceria com o Ministério Público do Trabalho. Então, o pessoal do CEREST, ele faz um trabalho permanente durante todo o ano com os trabalhadores de materiais recicláveis. A gente faz acompanhamento e, posteriormente, a gente tenta conseguir além do apoio de assistência do próprio CEREST com orientações, com facilidade para caso eles tenham adoecido, acidentado. A gente fazia esses encaminhamentos necessários ou para o Centro Especializado em Reabilitação e Assistência à Saúde do Trabalhador (CERAST) ou para um centro especializado maior [...]. Com relação à questão dos equipamentos de proteção individual, a gente faz um trabalho também em parceria com o MPT, um trabalho mais social. Então, assim, a categoria mais vulnerável, a gente trabalha mais com os catadores. Mas temos dificuldades de acessá-los, porque o rendimento deles depende muito do que eles produzem naquele dia. Aí eles não gostam de perder muito tempo com relação a sua saúde. Agora, a gente tem também um trabalho com os sepultadores, apesar de que uma pequena parte dos sepultadores são concursado pela prefeitura, mas a gente sabe que existe muito contratados, né? Que querendo ou não, eles têm receio dos direitos, são mais fragilizadas (Entrevista nº 01).

Não sei, talvez teria que pensar alguma estratégia, mas que seria interessante ter algo que contemplasse eles, que facilitasse o acesso. Ontem nós estivemos em uma atividade na CEASA (centrais de abastecimento). Tem muito trabalhador informal. E aí nós abordamos os trabalhadores e teve um que relatou que sofreu uma queda durante o trabalho e ele sofreu uma queda de costas e bateu toda a parte da coluna. E, desde então, informou que surgiu um caroço. Esse caroço está crescendo, como se fosse uma massa mole e, quando ele procurou um serviço, o serviço disse que ele tinha que aguardar até esse caroço crescer mais para ele poder ser encaminhado para um especialista para ser retirado. Então, que direito esse trabalhador tem, né? Ele talvez nem tenha conhecimento e tudo mais, a dificuldade do acesso à saúde. E foi na nossa abordagem, inclusive a gente fez um agendamento para nosso médico para um atendimento e, quando ele passasse aqui no CEREST, a gente junto, com atenção especializada do município, tentaria dar celeridade no acesso ao serviço especializado (Entrevista nº 02).

Como já abordado neste capítulo, as contrarreformas (trabalhista e previdenciária) impactaram diretamente a vida e a saúde e segurança dos trabalhadores. No que versa à

contrarreforma trabalhista, as mudanças ocorridas no capítulo da CLT<sup>67</sup> sobre as normas de Saúde e Segurança dos Trabalhadores (SST) se encontram nos artigos 611-A, 611-B, 75-E (Esteves; Almeida, 2023). Para efeito didático e melhor compreensão, passa-se a apresentar em formato de quadro as principais alterações promovidas pela contrarreforma laboral.

**Quadro 4** - Principais alterações na CLT promovidas pela contrarreforma trabalhista à Saúde e a Segurança dos Trabalhadores (SST)<sup>68</sup>

<p><b>Art. 611-A</b> Elenca os dispositivos passíveis de negociação coletivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permite prorrogação da jornada de trabalho em ambientes insalubres, independente de anuência e licença prévia da autoridade fiscalizadora, além de admitir a redução do repouso ou intervalo de mais de 06 horas diárias;</li> <li>• O tempo para repouso entre jornadas é necessário para recuperação orgânica e prevenção do desgaste físico e mental dos trabalhadores, sendo sua redução perigosa e potencialmente ocasional um acidente de trabalho.</li> </ul>
<p><b>Art. 611-B</b> Apresenta rol de direitos que não podem ser suprimidos ou reduzidos por acordos ou convenções coletivas, entre eles as normas de saúde, higiene e segurança do trabalho</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contraditoriamente, seu parágrafo único considera que regras sobre duração do trabalho e concessão de intervalos intrajornadas não são elementos de SST, podendo ser livremente negociados;</li> <li>• Anteriormente à reforma trabalhista, a melhor doutrina trabalhista considerava o intervalo intrajornada norma de ordem pública e medida de saúde, segurança e higiene do trabalho, excluída de negociações;</li> <li>• Contraditoriamente, essa acepção não se encontra expressa nas Normas Regulamentadoras (NRs). A única que faz referência à questão é a NR 17 (Ergonomia), ao considerar jornadas e pausas intrajornada como elemento de SST.</li> </ul>
<p><b>Art. 75-E</b> Regulamenta o teletrabalho e delimita a responsabilidade da empresa apenas a ações instrutivas para prevenção de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta nova forma de trabalho promove sobrecarga laboral, aceleração de ritmos, pressão por metas e resultados, e elevada demanda cognitiva;</li> <li>• Igualmente, a não garantia de instalações ergonomicamente adequadas em ambiente domiciliar pode influenciar a ocorrência de lesões</li> </ul>

<sup>67</sup> De acordo com Esteves e Almeida (2023, p. 16), o capítulo acerca da SST foi “[...] incluído pela primeira vez na coletânea de leis do trabalho em 1967, buscava proteger os trabalhadores da ocorrência de agravos à saúde durante a realização da atividade de trabalho. Esta parte da CLT se manteve praticamente inalterada por anos. Poucas modificações foram feitas em 1989 e 2015 na seção Medidas preventivas de medicina do trabalho (seção V), e em 2012 e 2014 na seção Atividades insalubres ou perigosas (seção XIII)”.

<sup>68</sup> Cabe ainda ressaltar que, além dos artigos 611-A, 611-B, 75-E, a contrarreforma trabalhista “[...] chegou a autorizar o trabalho de gestantes em ambientes legalmente insalubres, de graus mínimo e médio, e lactantes em qualquer grau de insalubridade, afastadas somente mediante apresentação de laudo médico [...]” (Esteves; Almeida, 2023, p. 19), recaindo para a trabalhadora a incumbência de contestação sobre a nocividade do ambiente de trabalho. Contudo, o STF considerou “[...] a proteção à maternidade e à criança direitos irrenunciáveis, não permitindo o trabalho de grávidas e mulheres amamentando bebês de até seis meses em ambientes insalubres de qualquer grau” (*Ibidem*).

acidentes e doenças do trabalho, sem indicações sobre exigências do trabalho e implicações na saúde do trabalhador	<p>musculoesqueléticas e outras patologias relacionadas ao trabalho;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A falta de controle da jornada e inexistência de definições claras quanto ao direito à desconexão aumentam os riscos de adoecimento, por conta do estresse e da desorganização da vida particular.</li> </ul>
--	---

Fonte: Elaboração própria (2024), com base em Esteves e Almeida (2023, p. 16-18).

Em relação aos *impactos da contrarreforma trabalhista para a saúde dos trabalhadores*, os diretores dos CEREST estadual e regionais apontaram os seguintes:

A reforma trabalhista tem um impacto negativo, né? Porque ela vem de encontro ao que a saúde do trabalhador pensa. Tanto a reforma trabalhista quanto a previdência retiraram os direitos dos trabalhadores. A trabalhista ampliou o desemprego e a previdência aumentou a informalidade. Quando coloca que você pode contratar avulso, você não precisa assinar a carteira, não precisa dar os direitos né? Então, esses são só uns que estou citando de inúmeras perdas ocorridas a partir dessas reformas (Entrevista nº 03).

A contrarreforma trabalhista tem incidido diretamente na saúde dos trabalhadores, sobretudo quando observamos o aumento dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. É uma realidade nacional e paraibana. Quando olhamos os impactos da contrarreforma trabalhista a partir da PNSTT, fica claro que ainda é uma política com pouca capacidade de capilarização no âmbito da intersetorialidade, pensando a saúde do trabalhador e da trabalhadora de uma forma ampliada, no aspecto da relação com o Ministério do Trabalho e Emprego, com a política que abarca o campo da Previdência Social, e também pensando o aspecto da própria assistência social a partir das ações que estão postas para o conjunto da classe trabalhadora, sobretudo aqueles que se encontram no âmbito da informalidade, no acesso a direitos sociais que garantam a capacidade de produção e reprodução da vida social. Pensando, obviamente, que o campo da informalidade é uma realidade posta na atual forma de relações de trabalho e que esconde, por trás dessa informalidade, um grande sistema produtivo que dá suporte aos grandes capitais, as grandes indústrias, as grandes fábricas de confecções, pensando, por exemplo, no sistema têxtil e de calçados, em que o trabalho, em que o trabalho intradomiciliar se apresenta como uma realidade em que as famílias ali, se encontram sem nenhum direito na proteção social do trabalho, passam a produzir por peças e alimentam um sistema produtivo, consideráveis de grandes empresas (Entrevista nº 04).

Acredito que o maior impacto foi no aumento das doenças e acidentes relacionados ao trabalho, pois os trabalhadores ficaram mais vulneráveis. Houve também o agudizamento da pobreza e a precariedade dos serviços, do trabalho (Entrevista nº 01).

Acredito que tenha sim impacto. Tudo é uma constante modificação, né? Então, se está vindo novos rumos para o trabalho, se está surgindo novos meios de trabalho, né? E, com isso, possivelmente novos riscos e novas doenças, novos agravos ao trabalhador. Eu acho que o impacto assim na

política de saúde do trabalhador, talvez até inclusive adiante deveria haver uma reformulação, uma adequação necessária para inserir esses novos tipos de trabalho, para contemplar esse pessoal (Entrevista nº 02).

Como requisito da acumulação capitalista, a contrarreforma trabalhista alterou profundamente o ordenamento jurídico das relações de trabalho no Brasil, com efeitos negativos na esfera da vida e na saúde dos trabalhadores, conforme sublinhado em linhas anteriores. Complementando esta questão, indagou-se aos sindicalistas participantes da nossa pesquisa *os impactos da contrarreforma trabalhista no movimento sindical*. Seguem os depoimentos:

Depois da reforma trabalhista, ela deu aos banqueiros uma ferramenta de pressionar mais ainda os trabalhadores em virtude da flexibilidade que ocorreu com relação aos direitos dos trabalhadores, principalmente com relação à pejotização na forma de contratação. Então, isso ficou mais flexível à mobilidade do banco em substituir o trabalhador, com isso ocasionando uma perda de salários e outros direitos e o medo do bancário (trabalhador) ser demitido. A reforma impactou bastante na saúde dos bancários. Acarretou diretamente na saúde mental dos bancários e bancárias, porque eles começaram a fazer uma concorrência interna de um conta o outro, na tentativa de se sobressair e garantir o seu emprego. Isso ficou acima da questão do coleguismo. O assédio horizontal é muito presente, além do vertical, que sempre foi alto. A questão da cobrança que se tornou mais acentuada, né? Mais incisiva, né? Por parte do empregador e por parte do gestor em virtude do apoio da flexibilidade, né? Que essa reforma ocasionou. Outra questão é a possibilidade de ser demitido, de ficar desempregado. Acaba gerando um processo de adoecimento, né? Porque, se você não alcança as metas estabelecidas, a produtividade, sobretudo durante o período de crise econômica e da pandemia de Covid-19, houve um aumento muito grande de adoecimento mental entre os bancários (Sindicato A, entrevista nº 01).

A reforma trabalhista do desgoverno do Temer não trouxe nenhum benefício para nós trabalhadoras. As trabalhadoras domésticas foram as que mais sofreram com essa reforma. Com o E-social<sup>69</sup>, as trabalhadoras se assustaram muito com essa burocracia e muitas não sabem ler, não sabem escrever. Elas

---

<sup>69</sup> O Decreto nº 8373/2014 instituiu o Sistema de Escrituração Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas (eSocial). “Por meio desse sistema, os empregadores passarão a comunicar ao Governo, de forma unificada, as informações relativas aos trabalhadores, como vínculos, contribuições previdenciárias, folha de pagamento, comunicações de acidente de trabalho, aviso prévio, escriturações fiscais e informações sobre o FGTS” (Brasil/GF, 2017, s/p). Pela legislação trabalhista o trabalhador doméstico têm direito a: registro do contrato de trabalho no eSocial desde o primeiro dia da prestação de serviços, incluindo o período de experiência; salário não inferior ao mínimo nacional e pago até o dia 07 de cada mês; jornada normal de 8 horas diárias e até 44h semanais, podendo ser prorrogada de acordo com a lei; controle da jornada de trabalho, com registro do horário de trabalho por qualquer meio manual, mecânico ou eletrônico; descanso semanal remunerado, preferencialmente aos domingos; intervalo para refeição e descanso de, no mínimo, 1 hora e, no máximo, 2 horas, admitindo-se na redução a 30 minutos por acordo prévio escrito; Férias, acrescidas de 1/3 do salário normal, podendo ser fracionadas em até 2 períodos; remuneração do trabalho noturno com acréscimo de, no mínimo, 20% sobre o valor da hora diurna; intervalo entre duas jornadas de, no mínimo, 11 horas; 13º salário; vale-transporte; depósito mensal do FGTS e da indenização compensatória; aviso prévio nas demissões sem justa causa; pagamento das verbas rescisórias no prazo de 10 dias após a rescisão; e estabilidade para as gestantes desde a confirmação da gravidez até 5 meses após o parto (Brasil/MTE, 2024).

procuram muito o sindicato, para tirar dúvidas em relação a tudo isso. Só posso dizer que essa reforma não foi boa de jeito nenhum. Por exemplo, as trabalhadoras que trabalham três dias têm carteira assinada, mas o salário não é de um salário-mínimo, né? Vai por conta de hora de trabalho. Isso é muito desgastante para a trabalhadora doméstica (Sindicato B, entrevista nº 02).

Na questão das relações trabalho, a nova reforma trabalhista não trouxe nenhum benefício, pessoalmente para a categoria de motorista, apesar que o motorista tem lei própria, tem regimento, que foge um pouco da CLT na verdade. Mas cria também um impacto muito grande nas questões financeiras, econômico e social para esses trabalhadores. Teve uma perda muito grande sobre o exame toxicológico, que é obrigatório, né? Pela reforma trabalhista que obriga o motorista a sempre fazer exame, que deveria ser para todos e não só para o caminhoneiro. A questão da reforma trabalhista, houve esse impacto, a questão da diminuição de mão de obra. Você tira, por exemplo, pela movimentação de mercadoria que teve um impacto muito grande, né? A quarteirização da mão de obra, que não é carteira assinada, é paga pela hora intermitente. Então, ficou muito ruim principalmente para os sindicatos lidar tanto com as empresas, como pela própria justiça do trabalho (Sindicato C, entrevista nº 03).

O sistema capitalista é muito perverso. Essa reforma trabalhista foi uma resposta do sistema capitalista. Aí você tem os deputados que, ao invés de defender os trabalhadores, estão mais interessados em defender os interesses do patrão. Infelizmente, a gente tem uma minoria que é representante da classe trabalhadora. Quem sofre somos nós trabalhadores. Sem emprego, com a fome batendo na porta. O impacto maior foi acabar com a obrigatoriedade da contribuição sindical, porque aí os recursos dos sindicatos diminuíram muito, dificultando a nossa capacidade de negociação e mobilização entre os trabalhadores (Sindicato D, entrevista nº 04).

Os impactos são muito grandes. São assim, muitos profundos no processo do trabalho, porque mexeu em todas as áreas, né? Tirou a questão da homologação do sindicato. Veio posterior, mas foi a partir da reforma. Mexeu na soma do salário do trabalhador, na gratificação que incluía ajuda de custo, a questão do FGTS que no INSS não entra mais, prejudicou diretamente os salários dos trabalhadores, a informalidade cresceu demais. A reforma trabalhista deu poder para as empresas mexerem no que quisessem. Até nas negociações também prejudicou. Vou dar um exemplo claro. Todos os trabalhadores tinham sua função específica ali. Então, a partir da reforma, até antes da reforma, o trabalhador hoje não tem uma função específica. Se for para a área do supermercado, ele é o operador de supermercado. O objetivo ele fazer todas as funções em todos os setores e aí também isso de uma certa forma prejudica as especificidades dele em relação à doença do trabalho. Se ele tiver uma lesão no setor do caixa, ele está lá como operador de supermercado e não como caixa. Até para encobrir a doença do trabalhador serviu as mudanças. Hoje tem muitos casos que o operador está doente e a empresa contesta o acidente de trabalho, dizendo que não foi lá no trabalho, por conta exatamente da nomenclatura que mudou um Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) diferente. Com a reforma em todos os setores, teve um recuo muito grande inclusive nas próprias ações judiciais. O trabalhador que perdesse sua ação está hoje em vigor ainda, se pede uma ação e pode pagar os custos do processo. Então, com isso, o trabalhador ficou com medo de entrar com as ações. Teve um período no início da reforma que a justiça do trabalho quase não tinha ação, né? Voltou aos poucos, foi voltando, 5 antes

depois tem um fluxo maior. Mas o juiz começou a dar direito para o trabalhador não pagar esses custos de processo em alguns casos. Esse sindicato aqui tinha uma vida, você via todo o movimento aqui dentro, e hoje você não vê. Hoje você vê pontualmente algumas empresas que têm interesse em vir homologar um acordo trabalhista, mas os outros não vem (Sindicato E, entrevista nº 05).

A gente estava até com uma expectativa, mas, com esses últimos governos passou, aí a gente ficou meio vulnerável. A gente teve uma sortezinha na época que a gente conseguiu lançar esse projeto previdenciário, que foi em 86, para pagar o INSS mais em conta, mas a gente estava pagando era 22%, na muita luta tentando e tentando para ver se reduzia. Aí nós conseguimos em 2004 entregar um projeto ao governo que está hoje (Presidente Lula). O presidente que recebeu esse projeto, nele a gente indagava exatamente as dificuldades que a gente tinha, como não ter férias, não ter insalubridade, não ter hora extra, não ter de produtividade, enfim todos os itens que oferece a CLT e principalmente a questão da insegurança, né? Que a gente trabalhava com o alimento, com o fogo e a qualquer momento poderia ficar incapacitado de trabalhar e como poderá ser assegurado pela a previdência. Então, um contingente de pessoas que a gente tinha era tão grande que o número de pessoas que participavam contribuem com a previdência era tão pequena que nus deu essa preocupação imensa. Aí foi quando a gente criou um projeto solicitando do Governo Federal, e de alguns representantes como Deputado Federal, Deputado Estadual e alguns Senadores, exatamente nos criar projetos que fossem favoráveis para a nossa categoria que seria exatamente os trabalhadores de comércio e serviços, autônomos que somos nós, que tinha essa grande dificuldade de não ter essa seguridade de um benefício como a gente era acostumado, como o benefício do Governo na questão previdenciária. E aí, nessa criação do projeto, veio a criação do MEI. O nosso pedido era que pudéssemos pagar reduzida a previdência, tendo em vista que a gente só tinha a possibilidade, trabalhando entre um homem e uma mulher, só tinha condições de pagar a previdência de um. Ou pagava o da mulher ou pagava o homem. E a gente queria que fosse menor o valor, por exemplo: 11% para a gente pudesse pagar os dois. E a gente teve essa oportunidade de eles incluir onde caiu de 11% para 2% e não 22% para 2%, um só CLT, que é a questão de poder pagar quem é serviço 6% e quem é comércio 5%. Isso nos trouxe uma oportunidade de a gente ter a questão previdenciária. Se acontecesse esse caso de cair em um estado de não poder trabalhar, uma questão de saúde, uma questão de trabalho mesmo, um acidente, a gente está acolhendo. No governo do Temer, a gente ficou preocupado principalmente quem é sindical, porque queria garantir a estabilidade da categoria mais queria também estabelecer a estabilidade da instituição, tanto o sindicato rural, o sindicato da questão urbana, que ficou vulnerável para essa questão. Para quem era celetista, nem tanto. Mais para quem era informal, como no caso nosso, impacta muito mais (Sindicato F, entrevista nº 06).

Observa-se nas falas dos sindicalistas que os efeitos da contrarreforma trabalhista, introduzida pela Lei 13.467/2017, como dito ao longo deste estudo, reverberam nas condições de trabalho, a partir do desmonte dos direitos laborais, na justiça do trabalho e na organização coletiva de trabalhadores. Por suposto, suscitando sérios danos à saúde, à segurança no ambiente de trabalho, propiciando o aumento de índices de doenças, acidentes e sofrimento no

e pelo trabalho. Decerto, o cenário atual não é alentador. Passados quase três anos do terceiro mandato do governo Lula, conforme mencionado em linhas anteriores, não há perspectivas para a revogação das contrarreformas do Estado brasileiro. A esse respeito, Viera (2024) chama atenção para o fato de que:

[...] a revogação das reformas parece não estar mais no horizonte das prioridades – nem do governo, muito menos do Congresso Nacional. Pontuo dois fatores que podem ser aventados como justificadores para isso. O primeiro diz respeito à composição do Congresso Nacional que continua, em sua maioria, alinhada aos interesses econômicos patrocinadores de tais reformas. O grupo econômico, formado por aqueles parlamentares que desempenham atividades de empresário, produtor rural ou comerciante, é o maior com 186 parlamentares, sendo que a bancada sindical é composta por apenas 41 congressistas. (DIAP, 2023). [...] O segundo fator, relacionado ao primeiro, é que o governo Lula também parece não querer mexer nesse vespeiro, já que não possui maioria nas casas legislativas federais, tendo uma base de apoio bastante flexível, que se posiciona a favor ou contra o governo a depender da pauta a ser debatida (Vieira, 2024, s/p).

Outrossim, o balanço atual em torno das contrarreformas enquanto enxugamento da máquina estatal, a partir do ordenamento da agenda neoliberal, sinaliza que:

[...] a supressão dos direitos trabalhistas e previdenciários tem o propósito de rebaixar o valor da força de trabalho, ampliar e intensificar a jornada de trabalho, obrigando-a trabalhar mais tempo, com salários mais baixos, retardar o acesso à aposentadoria, reduzir seu valor e estimular sua mercantilização, com expansão de seguros privados. Trata-se de um nítido processo de subsunção do trabalho ao capital e de expropriação de direitos a fim de disponibilizar a força de trabalho para o capital (Boschetti, 2023, p. 287-289).

Considera-se assim, que as doenças e agravos à saúde dos trabalhadores se agudizam de modo mais acentuado na contemporaneidade, sobretudo com as transformações societárias decorrentes das crises do capital. Contudo, é reconhecido, como afirma Praum (2019), que os processos de adoecimento relacionado ao trabalho não são novidades. Para a autora, “em parte, o que há de novo é que a articulação entre velhas e novas manifestações de adoecimento com nexos laborais, acompanhadas do aumento de casos, ocorra justamente no contexto de estruturação de um discurso que passou a sustentar-se na ideia do alvorecer de novos e melhores tempos para o mundo do trabalho” (Praum, 2019, p. 202).

Esse discurso é fomentado pela lógica destrutiva do capitalismo em sua fase financeirizada e dos impactos profundamente negativos da hegemonia e prática do neoliberalismo, que incide de forma mais intensa na desregulamentação financeira,



internacionalização do capital, privatizações, flexibilização e precarização do trabalho em escala global (Torres, 2019). No Brasil, a ofensiva do capital contra o trabalho e o conjunto da Seguridade Social torna esse cenário mais complexo, com a aprovação das contrarreformas (trabalhista e previdenciária) e da EC 95/2016, que expressam os mais recentes desmontes de direitos sociais no país. Decerto, essas iniciativas do Estado neoliberal são fundamentais para a valorização do capital, dada a exponenciação das contradições postas pela acumulação capitalista, em momentos de crises.

O subcapítulo seguinte apresenta quem são os trabalhadores e trabalhadoras considerados para esta análise, que se encontram na informalidade do trabalho.

## 2.2 O trabalho informal tem cor, gênero e classe: o mosaico da exploração

As análises condensadas neste subcapítulo buscam identificar o perfil socioeconômico dos trabalhadores informais que sofrem cotidianamente com a precarização, a deterioração das condições de trabalho e a banalização da vida social. O acesso a esse conjunto de informações permite delinear quem são, como vivem e o que pensam os trabalhadores informais da região metropolitana da capital paraibana.

A construção deste perfil socioeconômico foi elaborada em dois blocos de indicadores: a) os indicadores pessoais, compostos por sexo, pertença étnico-racial, idade, nível de instrução e local de moradia; e b) os indicadores referentes às relações e condições do trabalho no contexto da informalidade, incluindo ocupação dos trabalhadores, rendimento individual e familiar, média de horas trabalhadas, horas trabalhadas nos finais de semana e existência pregressa de carteira de trabalho assinada.

### 2.2.1 Indicadores de identificação: perfil dos trabalhadores informais

Para a apresentação dos dados, foi elaborado um quadro geral contendo a caracterização e o detalhamento quantitativo dos trabalhadores informais que participaram da pesquisa, com base nos dados referentes à sua identificação pessoal. Posteriormente, esses dados, juntamente com aqueles relacionados às condições de trabalho, serão analisados em suas

dimensões e particularidades. É importante ressaltar que algumas das análises dos dados da nossa pesquisa serão complementadas e contextualizadas pelos resultados consolidados no Relatório sobre o *Mapeamento do trabalho informal no Brasil*, divulgado em 2022 pelo Fundo Brasil<sup>70</sup>, com base nos dados publicados pelo IBGE/Pnad Contínua 2022 e nos registros administrativos da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), do Ministério do Trabalho e Previdência, referentes a 2020.

Feitas essas observações, a Tabela 2 apresenta o detalhamento quanto às características gerais dos trabalhadores informais.

**Tabela 2** - Caracterização de identificação dos trabalhadores informais

Ocupação	Sexo	Pertença étnico-racial	Idade	Estado civil	Nível de instrução	Local de moradia
<b>Diarista (07)</b>	Mulher	Preta	57	Casada	Fundamental Incompleto	João Pessoa/PB
	Mulher	Preta	49	Solteira	Médio Completo	João Pessoa/PB
	Mulher	Preta	49	Casada	Fundamental Incompleto	João Pessoa/PB
	Mulher	Parda	52	Casada	Fundamental Incompleto	João Pessoa/PB
	Mulher	Parda	49	Solteira	Superior Incompleto	João Pessoa/PB
	Mulher	Parda	47	Casada	Fundamental Incompleto	João Pessoa/PB
	Mulher	Parda	34	Casada	Médio Completo	João Pessoa/PB
<b>Pedreiro (06)</b>	Homem	Preta	42	Casado	Fundamental Incompleto	Santa Rita/PB
	Homem	Parda	36	Casado	Fundamental Incompleto	João Pessoa/PB
	Homem	Parda	45	Casado	Fundamental Incompleto	João Pessoa/PB
	Homem	Preta	43	Casado	Fundamental Incompleto	Santa Rita/PB
	Homem	Preta	63	Casado	Fundamental Incompleto	João Pessoa/PB
	Homem	Parda	47	Casado	Fundamental Incompleto	João Pessoa/PB

<sup>70</sup> Conforme exposto no site institucional, o Fundo Brasil é uma “[...] fundação independente, sem fins lucrativos, criada por ativistas de direitos humanos para fortalecer organizações da sociedade civil, sobretudo aquelas que são protagonizadas por pessoas e comunidades diretamente afetadas por violações de direitos” (Fundo Brasil, 2024, s/p).

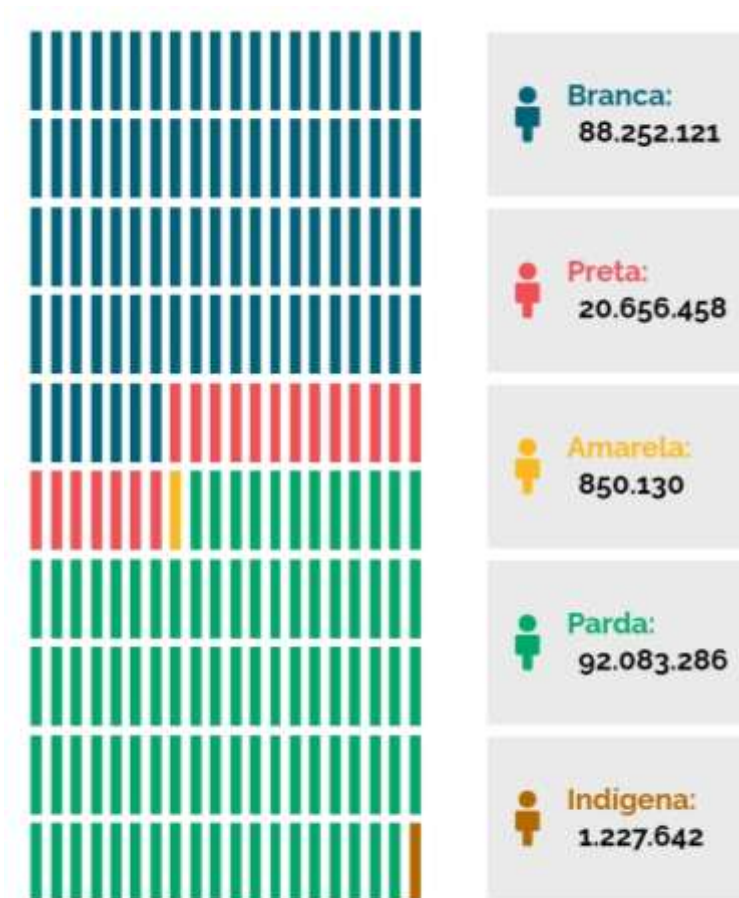
<b>Ambulante (06)</b>	Homem	Preta	66	Separado	Sem Instrução	João Pessoa/PB
	Homem	Preta	48	Solteiro	Médio Incompleto	Santa Rita/PB
	Mulher	Parda	65	Viúva	Sem Instrução	João Pessoa/PB
	Mulher	Negra	50	Solteira	Fundamental Incompleto	João Pessoa/PB
	Mulher	Parda	40	Casada	Superior incompleto	João Pessoa/PB
	Mulher	Preta	32	Casada	Fundamental Completo	João Pessoa/PB
<b>Entregadora por aplicativo (04)</b>	Mulher	Parda	27	Solteira	Médio Completo	João Pessoa/PB
	Mulher	Preta	42	Casada	Médio Completo	João Pessoa/PB
	Mulher	Parda	30	Solteira	Médio Completo	João Pessoa/PB
	Mulher	Parda	30	Solteira	Superior incompleto	João Pessoa/PB
<b>Esteticista (01)</b>	Mulher	Parda	40	Separada	Superior completo	João Pessoa/PB
<b>Costureira (01)</b>	Mulher	Branca	56	Casada	Médio Completo	João Pessoa/PB
<b>Total de participantes: 25</b>						

Fonte: Elaboração própria (2024).

Os primeiros dados a serem analisados se referem ao sexo e aos grupos de idade. Em relação a esse cruzamento, os resultados apresentados pelo conjunto dos 25 trabalhadores informais entrevistados revelam uma realidade esperada: a prevalência de pessoas adultas, sendo 16 mulheres, correspondendo a 64%, e 9 homens, equivalente a 36% dos participantes da pesquisa. Esses dados estão em consonância com os resultados do Censo Demográfico de 2022, que indicam que a população brasileira é composta por aproximadamente 104,5 milhões de mulheres e 98,5 milhões de homens (IBGE Educa, 2024).

Em virtude do 20 de novembro, Dia da Consciência Negra – oficializado pelo governo brasileiro por meio da Lei 14.759/23 –, que marca a luta antirracista e promove reflexões sobre a importância histórica e cultural da contribuição da população negra no país, o IBGE divulgou o *Painel Cor ou Raça no Brasil*. Esse painel apresenta dados sobre indicadores socioeconômicos, com base nas informações do Censo de 2022. Os dados referentes à população por cor ou raça estão apresentados na Figura 4.

**Figura 4** - Distribuição da população por cor ou raça (pessoas) – Brasil, 2024



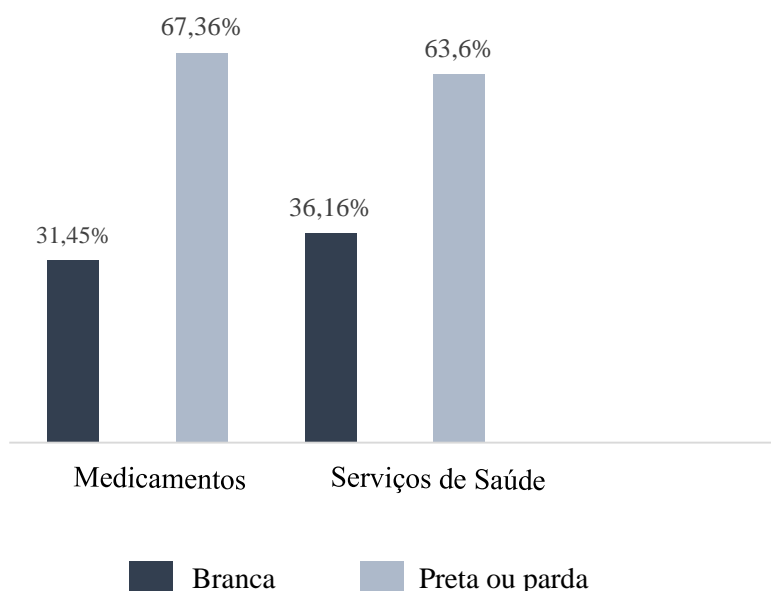
Fonte: IBGE (2024).

A pesquisa censitária também revelou que o Brasil tem 6 milhões de mulheres a mais do que homens, que correspondem, respectivamente, a 51,5% e 48,5% da população. Segundo o IBGE, esses resultados podem ser interpretados em virtude de a proporção de homens ser maior desde o nascimento até os 19 anos de idade. Porém:

[...] à medida em que a idade dos homens vai avançando, aumenta também a quantidade de mortes desse grupo por causas externas, sobretudo entre os jovens. Por consequência disso, a partir do grupo etário de 25 a 29 anos, a população feminina se torna maioria em todas as regiões do país. No Nordeste, esse fenômeno ocorre já no grupo de 20 a 24 anos de idade (IBGE Educa, 2024, s/p.).

Apesar de as mortes decorrentes de causas violentas, como homicídios<sup>71</sup> e acidentes de trânsito, afetarem os homens<sup>72</sup> de forma muito mais acentuada do que as mulheres, estas demonstram maior interesse por informações de saúde e adoção de cuidados preventivos. Ao observar a saúde sob a perspectiva da racialização, constata-se que a saúde da população negra brasileira – especialmente das mulheres negras, das populações originárias e das comunidades quilombolas – apresenta os piores indicadores de acesso à informação e demandas não atendidas nos serviços de saúde. Essa realidade é evidenciada pelos dados do IBGE, representados no Gráfico 3:

**Gráfico 3 - Proporção de pessoas com demanda não atendida de saúde (%) – Brasil**



Fonte: Elaboração própria (2024), a partir do IBGE (2024).

Os dados do Gráfico 3 revelam as marcas dos mecanismos estruturais e estruturantes das desigualdades sociais e do racismo institucional perpetuados ao longo dos anos no Brasil (Oliveira; Kubiak, 2019). A permanência do racismo estrutural que atravessa o conjunto das

<sup>71</sup> Como apontam os estudos referentes a essa temática, a grande maioria das vítimas de homicídios é da população jovem negra e periférica. Em 2023, de acordo com a Rede de Observatórios da Segurança, agentes de segurança do estado mataram 4.025 pessoas, das quais 2.782 eram negras. Os dados ainda revelam que a polícia matou 243 crianças e adolescentes de 12 a 17 anos” (Rede de Observatórios da Segurança, 2024, s/p).

<sup>72</sup> Conforme dados do SIM, os acidentes de trânsito são a segunda maior causa de mortes externas no país. Em 82% dos casos, as vítimas fatais são do sexo masculino (Brasil/MS, 2022). Ademais, dados do IBGE apontam que os homens vivem cerca de 71,9 anos, enquanto as mulheres vivem 79,1, uma diferença de quase sete anos (IBGE Educa, 2024).

instituições do Estado brasileiro, sendo uma delas o SUS, expressa o racismo enquanto um determinante social do processo saúde-doença. Ele afeta a saúde física e mental da população negra, ao mesmo tempo em que gera desigualdades no acesso à saúde, emprego, renda, segurança alimentar, moradia, saneamento básico, educação, entre outros direitos humanos básicos (Barbosa, 2024).

Pensar o racismo como um determinante do processo saúde-doença é compreender que a relação entre a divisão racial do trabalho e os agravos à saúde relacionados ao trabalho não pode ser assimilada “[...] sem levar em consideração como as relações de trabalho internalizam o preconceito e a discriminação racial” (Souza; Trabuco, 2019, p. 05). Estes se manifestam na superexploração da força de trabalho da população negra, na prevalência da baixa remuneração, precarização e no elevado índice de informalidade, como ilustram mais adiante os dados estatísticos do IBGE e os resultados empíricos da nossa pesquisa de tese.

Embora configure uma marca que caracteriza a formação social brasileira, a questão da divisão racial do trabalho ainda se encontra na fronteira dos debates no campo da saúde do trabalhador (Cavalcanti, 2024). Essa ausência e/ou escassez de discussões deve ser pautada na articulação da PNSTT com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)<sup>73</sup>, no sentido de promover o debate do racismo estrutural para o interior das esferas de gestão pública e de prestação de serviços de atenção à saúde no SUS (Chaves, 2024), a fim de mitigar os efeitos das desigualdades raciais no acesso e na qualidade dos serviços oferecidos no campo da saúde do trabalhador. Isso porque 47% dos acidentes de trabalho no Brasil ocorrem entre os trabalhadores negros e com baixa escolaridade<sup>74</sup>. Ademais, o desenho e a formulação das políticas públicas de saúde e direitos, através da estrutura do Estado burguês brasileiro, “[...] não contemplavam o fato de negros e negras acumularem desvantagens no acesso aos benefícios das ações do Estado, de suas instituições e organização e, por consequência, apresentarem experiências desiguais em nascer, viver, adoecer e morrer” (Lopes, 2008, s/p *apud* Silva, 2024, p. 84).

Não obstante, é visível a existência do seguinte paradoxo: embora a mulher tenha uma maior longevidade, mesmo considerando as interfaces entre raça, iniquidades sociais e saúde, as mulheres se encontram “mais adoecidas” do que os homens, sobretudo ao se observar

---

<sup>73</sup> Instituída em 13 de maio de 2009, por meio da Portaria GM/MS nº 992. Destaca-se que E outros desdobramentos normativos no processo de implementação da Política no SUS foram sendo desenvolvidos, sendo publicada recentemente a Portaria n. 2.198, de 6 de dezembro de 2023, que institui a Estratégia Antirracista para a Saúde, reafirmando compromissos e ações político-institucionais do Ministério da Saúde nesta questão (Brasil/MS/Fiocruz, s/d).

<sup>74</sup> O capítulo 3, subcapítulo 3.1 desta tese, analisa a incidência de acidentes laborais entre aos trabalhadores negros.

a sobrecarga de trabalho, a obrigação de lidar com múltiplas jornadas de trabalho, além da invisibilidade do trabalho doméstico não remunerado.

A esse respeito, Ferreira (2020, p. 191) chama atenção para o fato de que:

Os serviços prestados dentro das famílias, de maneira não remunerada, pelas mulheres, constituem uma mediação fundamental para a reprodução do padrão de acumulação, sustentado na apropriação do trabalho doméstico não remunerado das mulheres e pela superexploração no emprego doméstico. O trabalho doméstico não remunerado, realizado pelas mulheres de maneira gratuita no interior das famílias, partícipe da reprodução da força de trabalho, também deve ser apreendido como uma mediação fundamental para o processo de acumulação e estruturação do Estado capitalista periférico.

Sobre os determinantes das desigualdades de gênero no tempo destinado ao trabalho reprodutivo, o estudo realizado pelo Ipea, *Gênero é o que importa: determinantes do trabalho doméstico não remunerado no Brasil*, com base nos dados do painel da Pnad Contínua de 2020, constatou o seguinte cenário:

1) Quase o dobro das mulheres, em comparação aos homens, declarava ter realizado, na semana anterior à entrevista, trabalho doméstico não remunerado; 2) As jornadas de trabalho doméstico não pago das mulheres eram duas vezes mais longas do que as dos homens; 3) O envolvimento em trabalho remunerado reduzia a duração das jornadas de trabalho não remunerado; 4) Homens e mulheres ocupados dedicavam mais tempo ao trabalho reprodutivo do que adultos desocupados; 5) Mulheres ocupadas, contudo, alocavam mais tempo no trabalho doméstico e de cuidados não remunerado do que os homens desocupados; 6) Maior renda familiar traduzia-se em turnos de trabalho doméstico não remunerado mais curtos para todos os adultos; 7) Crianças no domicílio aumentavam substancialmente o tempo total gasto em trabalho de cuidados; 8) Quanto mais jovens eram as crianças, maior a carga deste trabalho; 9) A carga de trabalho doméstico aumentava com o tamanho das famílias; 10) A frequência de crianças a pré-escolas reduzia a carga horária doméstica, particularmente para as mulheres; 11) Mulheres casadas possuíam jornadas mais longas em trabalho não pago quando comparadas àquelas não casadas, enquanto homens reduziam suas jornadas reprodutivas ao entrarem em um casamento; 12) A presença de idosos no domicílio ampliava o tempo reprodutivo das mulheres e produzia efeitos pouco claros sobre o dos homens; 13) As meninas gastavam mais tempo em trabalho doméstico não remunerado do que os meninos (Pinheiro *et al*, 2023, p. 07-08).

Além de desempenharem uma carga maior de trabalho doméstico e de cuidados não remunerados (Ferreira, 2020; Federici, 2019; Ávila, 2009), em comparação com os homens, o aviltamento salarial e a falta de visibilidade na realização do trabalho doméstico configuram

um quadro determinante para o processo de adoecimento mental entre mulheres. Sobre essa questão, Pinho e Araújo (2012, p. 562) ressaltam que:

Em estudo comparando mulheres empregadas e donas-de-casa observou-se que fatores distintos produziam adoecimento psíquico e recompensa entre esses dois tipos de ocupação, embora ambos os grupos experimentassem, em média, níveis similares de sintomas depressivos. Dentre os aspectos referentes ao trabalho doméstico associado a sintomas depressivos, ansiosos ou psicossomáticos destacaram-se a rotinização das tarefas, a desvalorização e interrupções constantes das mesmas.

Quanto à idade dos participantes da nossa pesquisa de tese, os dados revelam uma distribuição bastante diversificada, com idades variando entre 27 e 66 anos. Duas faixas etárias concentram os maiores percentuais: a faixa de 27 a 42 anos correspondem a 40% do total (28% mulheres e 12% homens), enquanto a faixa de 43 a 49 anos representa 32% do total, com mulheres e homens dividindo o mesmo percentual, de 16% cada.

É importante destacar também a faixa etária entre 50 e 66 anos, que correspondem a 28% do total (20% mulheres e 8% homens). Esses dados remetem à seguinte reflexão: apesar do constante processo de transformação no mundo do trabalho, as características do mercado de trabalho brasileiro permitem, de um lado, a inserção precoce de crianças e jovens no mundo do trabalho. Essa apropriação da força de trabalho não é um fenômeno recente ou exclusivo do modo de produção capitalista, mas uma expressão que atravessou outras fases da história (Rizzini, 2009). No entanto, é no capitalismo que essa dinâmica assume uma particularidade, configurando-se como intrínseca ao processo de produção e reprodução da lógica burguesa de acumulação. No outro extremo, observa-se a permanência de pessoas idosas na escala etária produtiva. Excluídas da formalidade do trabalho, consideradas improdutivas ou desvalorizadas pela sociabilidade do capital – seja pelo olhar etarista, pela ausência de acesso ao trabalho formal com carteira assinada ou pelo fato de já estarem aposentadas –, esse grupo etário busca assegurar sua sobrevivência e complementar a renda familiar por meio da inserção na informalidade.

Dados do Observatório dos Direitos Humanos (ObservaDH), com base na Pnad Contínua 2022, apontam que o Brasil:

[...] registrou um recorde de 4 milhões de pessoas idosas trabalhando na informalidade. Este número representa um aumento de 4,9% em relação ao mesmo período do ano passado e um crescimento significativo de 36,6% desde o início da pandemia, no segundo trimestre de 2020. [...] O aumento na informalidade entre os trabalhadores mais velhos também pode ser atribuído



a crise econômica causada pela pandemia de Covid-19, que levou muitas pessoas a garantirem renda na informalidade (Brasil/MDHC, 2024, s/p).

O relato da trabalhadora entrevistada na nossa pesquisa de tese ilustra esta realidade:

Já sou aposentada (recebe o Benefício de Prestação Continuada – BPC), mas não posso deixar de trabalhar não. Tenho seis netos que preciso ajudar [...]. Sou viúva e eles dependem da minha ajuda. Minhas filhas recebem o Bolsa Família, ajuda nas despesas de casa, mas ainda tenho que vender minhas tapiocas, meus salgados [...] são muitas bocas para comer [...] E só com o que eu ganho da aposentadoria não tem como a gente conseguir viver não. Hoje está tudo muito caro (Ambulante, entrevista nº 16).

Os dados da Tabela 3 apresentam as informações sobre sexo e grupos de idade dos participantes da pesquisa de tese.

Tabela 3 – Sexo e grupos de idade

Grupos de idades	Sexo					
	Mulher	%	Homem	%	Total	%
27 a 42 anos	07	28	03	12	10	40
43 a 49 anos	04	16	04	16	08	32
50 a 66 anos	05	20	02	8	07	28
Total	16	64	09	36	25	100

Fonte: Elaboração própria (2024).

A caracterização dos trabalhadores no Brasil é heterogênea e desigual, constituída, conforme destaca Antunes (2018, p. 91), da “[...] totalidade dos trabalhadores assalariados, em todas as suas distintas modalidades de inserção no mundo do trabalho, incluindo aqueles subempregados, na informalidade e desempregados”. São pessoas inseridas na divisão sociotécnica, sexual e étnico-racial do trabalho, com características e tendências complexas. São trabalhadores dos mais distintos contextos laborais. São negros, brancos, indígenas, homens e mulheres com distintas orientações sexuais, identidades de gênero, religiões e crenças ou mesmo sem religião (Brasil/CNS, 2024).

Embora diversa e plural, há de se compreender a inserção dos trabalhadores negros na divisão racial do trabalho no Brasil. Como destaca Alves (2022, p. 214), a divisão racial do trabalho é uma categoria fundamental para analisar “[...] o racismo estrutural no mercado de trabalho assalariado [...] como uma categoria de análise da atualidade, é importante compreender o seu processo histórico (a partir) de uma análise crítica da complexa dinâmica do escravismo moderno e do processo de transformação de seres humanos em sujeitos escravizados”.

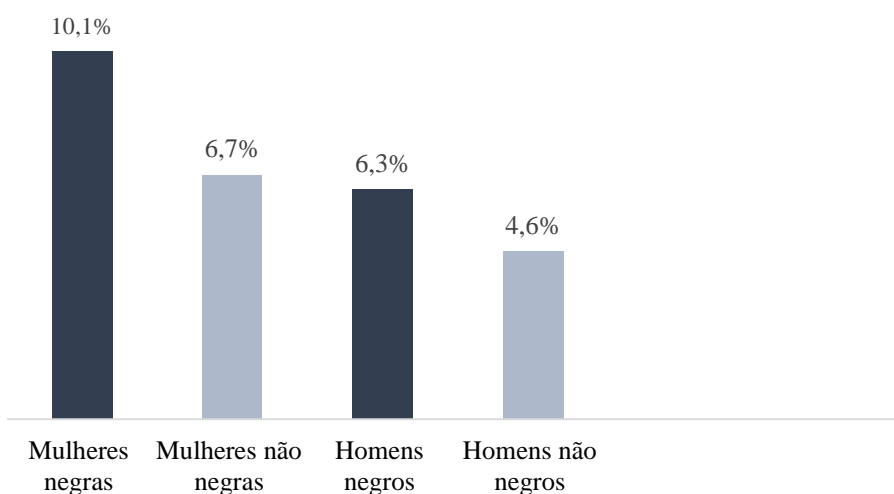
Certamente, os indicadores socioeconômicos e demográficos do Brasil atestam que, ao longo da historicidade, a situação das pessoas negras apresenta maior grau de vulnerabilidade, o que reflete uma menor expectativa de vida e maior fragilidade aos agravos à saúde. As dificuldades da população negra já têm início ao tentar se inserir no mercado de trabalho formal. Além da dificuldade em conseguir emprego, o povo negro ocupa postos de trabalho piores do que os demais trabalhadores, assim como há a maior dificuldade em ascender profissionalmente (Diesse, 2024).

Como ressaltam Mick e Nogueira (2021, p. 210), o racismo constitui os alicerces históricos que estruturam o trabalho informal e suas dinâmicas no Brasil. Para os autores:

A informalidade caminha em paralelo à formalização da força de trabalho assalariado, indissociável da transição do trabalho escravo para as novas formas de contratação do trabalho livre assalariado. Não se deu uma dicotomia entre trabalho formal e informal, no âmbito de um mesmo capitalismo, mas uma reprodução social de um ciclo vicioso baseado na exclusão sistemática da população negra.

Dados da Pnad Contínua, do IBGE, referente ao 2º trimestre de 2024, apontam que a taxa de desocupação da população negra é comumente superior à do restante dos trabalhadores, como sinalizam os dados estatísticos do Gráfico 4:

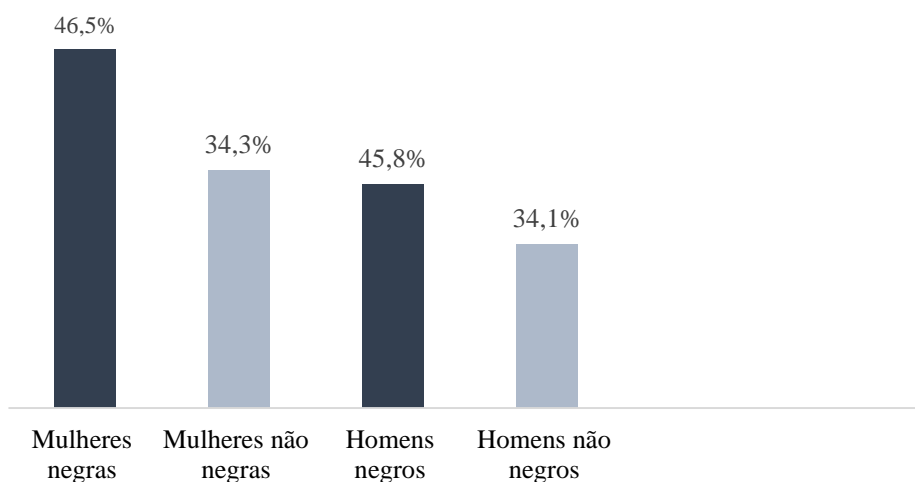
**Gráfico 4** - Taxa de desocupação segundo sexo e cor/raça – Brasil, 2º trimestre de 2024



Fonte: Elaboração própria (2024), com base em Dieese (2024).

Os resultados da nossa pesquisa (Tabela 2) estão em sintonia com os dados da Pnad Continua, a qual indica que quase metade da população negra inserida na força de trabalho se encontra na informalidade: 46,5% das mulheres e 45,8% dos homens. (Dieese, 2024). Os dados referidos constam no Gráfico 5.

**Gráfico 5** - Proporção de ocupados em trabalho desprotegido, segundo sexo e cor/raça – Brasil, 2º trimestre de 2024



Fonte: Elaboração própria (2024), com base em Dieese (2024).

Observa-se que o elevado índice nacional da taxa de informalidade apresentado no Gráfico 5 pode ser associado às profundas mudanças que têm impactado o mundo do trabalho no cenário internacional e, em particular, no Brasil, sobretudo desde a crise de 2008. O quadro conjuntural vivenciado pelo país durante o período de produção dessas estatísticas era bastante complexo, resultado das ofensivas do capital contra o trabalho e da austeridade fiscal instalado durante o governo Bolsonaro, conforme discutido no capítulo anterior deste estudo.

Somam-se a isso os reflexos negativos sobre a atividade econômica, o emprego e a renda, agravados pela crise sanitária da Covid-19 e pela continuidade da implementação da contrarreforma trabalhista iniciada no governo Temer. Essas mudanças resultaram na eliminação de direitos e da proteção social, no aumento do trabalho por conta própria e, particularmente, na ampliação dos processos de uberização e plataformização da economia (Abílio, 2019; Antunes; Basso; Perroco, 2023).

Como asseguram Mello, Veiga e Silva (2023, p. 160), a contrarreforma trabalhista, assim como as demais contrarreformas neoliberais que condensaram recentemente o Brasil, “[...] não contribuiu para a resolução dos problemas estruturais do povo brasileiro, como a desproteção social e as crescentes desigualdades de raça e gênero no campo do trabalho”. Os autores complementam assinalando que o Estado neoliberal “[...] se reposiciona diante das classes sociais, na tentativa de arbitrar novas fronteiras entre a exploração e expropriação [...]” dos direitos (*Ibidem*).

As mulheres, notadamente as mulheres negras, sofrem mais com os efeitos da contrarreforma trabalhista, sobretudo em razão do lugar que as elas ocupam na divisão sociotécnica, sexual e étnico-racial do trabalho, em face ao crescente quadro de precarização do trabalho a que estão submetidas, considerando ainda a dupla ou mais jornada de trabalho. Consequentemente, a apreensão do processo de precarização nas relações de trabalho “[...] nos leva a considerar não somente as mudanças na relação capital-trabalho, mas também as relações sociais desenvolvidas entre homens e mulheres” (Tibertino, Silva, 2022, p. 10). Como destacam Melo e Castilho (2009, p. 137):

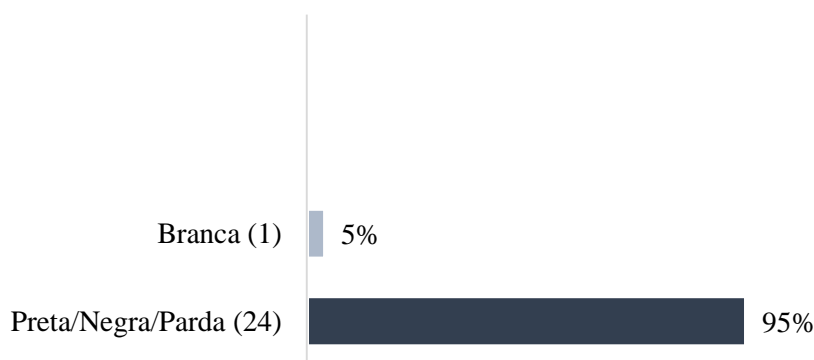
As condições de vida de mulheres e homens não são produtos de um destino biológico, mas, sim, fruto de construções sociais que têm como base material o trabalho e se exprimem através de uma divisão social do trabalho entre os sexos. Essa divisão sexual do trabalho reflete o fato que a maioria dos homens exerce suas atividades no mercado de trabalho capitalista (o chamado ‘trabalho produtivo’) e as mulheres dividem seu tempo ‘naturalmente’ entre a produção de mercadorias fora de casa e a realização das tarefas domésticas relativas aos cuidados da família (o dito ‘trabalho reprodutivo’).

A reflexão das autoras supracitadas atesta uma vez mais a desigualdade profunda vivenciada pelos trabalhadores, com destaque às mulheres trabalhadoras, particularmente durante a pandemia de Covid-19. Com base nos dados da Pnad Contínua 2022, Teixeira (2022, s/p) reporta que:

O maior percentual da **população que está há mais de dois anos em busca de trabalho é formado por mulheres negras**, que representam 30%, e mulheres brancas, que representam 29%. O percentual cai para homens brancos, em torno de 20% ou 21%. Se associarmos a condição socioeconômica dos trabalhadores, esse percentual se eleva. Além disso, a faixa etária que vai até 19 anos, tanto para mulheres quanto para homens, é elevada: em torno de quase 50%, 48% para as mulheres e 35% para os homens. Uma parte dessa população, certamente, está na faixa dos 80% mais pobres e muitos deles estão à procura de trabalho por mais tempo.

Os dados desvelados no Gráfico 5 sobre sexo e raça que constam no Boletim Especial do Dieese *Especial 20 de novembro de 2024 – Dia da Consciência Negra* coadunam com os dados da nossa pesquisa de tese. Segundo os resultados obtidos, verifica-se que a informalidade é majoritariamente entre os trabalhadores que se auto reconhecem como de cor/raça preta/negra/parda, com 24 registros, representando 95% dos participantes.<sup>75</sup> Na sequência, está a trabalhadora autodeclarada branca (5%). Esses dados estão expostos no Gráfico 6:

**Gráfico 6 - Pertença étnico-racial**



Fonte: Elaboração própria (2024).

<sup>75</sup> No roteiro de entrevista de tese no item “Pertença étnico-racial”, constavam as seguintes possibilidades: branca, preta/negra, parda, indígena, amarela, outra, conforme a designação adotada nacionalmente pelo IBGE/Pnad.

O desmembramento da autoidentificação das categorias cor preta/negra/parda permite uma análise mais precisa. Nesse aspecto, 13 trabalhadores (52%) se declararam de cor/raça parda, enquanto 11 trabalhadores (43%) se identificaram como de cor/raça preta/negra. A predominância de pessoas de cor preta/negra/parda entre os trabalhadores informais está em congruência com os dados da Pnad Contínua de 2022. O censo demográfico do IBGE revelou que, pela primeira vez desde 1991, a maioria da população brasileira se autodeclara de cor parda: aproximadamente 92,1 milhões de pessoas, o que equivale a 45,3% da população (Agência IBGE Notícias, 2024). A pesquisa censitária também constatou que, entre 2010 e 2022, as populações preta, indígena e parda ganharam participação em todos os recortes etários, enquanto as populações branca e amarela perderam lugar. A região Nordeste apresentou o maior percentual de população preta (13,0%), seguida pelo Sudeste (10,6%), Centro-Oeste (9,1%), Norte (8,8%) e Sul (5,0%) (*Ibidem*).

É importante frisar que, ao relacionar os resultados da predominância de trabalhadores informais autodeclarados de cor preta/parda com os indicadores de nível de instrução e ocupação, apresentados nos Gráficos 7 e 13 a seguir, evidencia-se uma aproximação desses resultados com as estatísticas públicas existentes sobre o perfil socioeconômico dos trabalhadores informais no Brasil. Essa interseção de indicadores sociais reflete a maior presença da população negra nesse segmento.

Ao refletir sobre essa realidade, é essencial considerar que o cerne da questão reside nos traços históricos e contemporâneos que permeiam o processo de formação social brasileira, especialmente no que diz respeito às origens da “[...] classificação étnico-racial e sua repercussão na hierarquização das relações sociais [...]” (CFESS, 2022). Nesse contexto, como enfatiza Meirelles (2023, p. 148),

[...] tendo como marca principal a raça como fator de classificação, a colonialidade se expressa como parte do poder do capital, por intermédio da manutenção da relação de exploração da força de trabalho e perpetuação das desigualdades. Na colonialidade, as diferenças de cor, de raça, de etnia, de gênero, de idade, de religião, de origem são postas a serviço da segregação.

Além desses elementos que reproduzem as desigualdades no país, a contrarreforma trabalhista, como revelam diversos estudos disponíveis sobre o tema (Soares, 2023; Manzano, Krein, Abílio, 2023; Krein, Oliveira, 2019), agravou ainda mais o cenário de informalidade no Brasil. Para a população negra – e em especial para as mulheres negras –, esse contexto foi ainda mais desfavorável, como mencionado anteriormente, em virtude da histórica inserção da força de trabalho negra em ocupações precárias e informais (Costa Silva, 2013). Essa realidade

constitui uma problemática estrutural que marca a formação do capitalismo brasileiro, baseada em um processo de discriminação racial vinculado às determinações econômicas da lógica capitalista (Martins, 2012).

Nas relações de trabalho, assim como em outras esferas sociais, observa-se a “[...] consolidação de três pilares de dominação: ‘patriarcado-racismo-capitalismo’, que se materializam em um complexo sistema de poder e dominação, relegando as mulheres negras a posições inferiores no contexto social e, conseqüentemente, no mercado de trabalho” (Machado, 2021, p. 75). Nesse sentido, a teórica brasileira Heleieth Saffioti, cuja obra é pautada em uma perspectiva materialista histórica, utiliza a “concepção de nó” para discutir a “simbiose” (Ferreira, 2020, p.56) entre as contradições de gênero, classe e raça como componentes de um “[...] único sistema de dominação e exploração”. Segundo Saffioti, “[...] o patriarcado pode ser pensado como um dos esquemas de dominação-exploração componentes de uma simbiose da qual participam também o modo de produção e o racismo” (Saffioti, 1992, p. 194).

Quanto à identidade dos “chefes de família”, a pesquisa de tese constatou que a maioria das residências (60%) é comandada por mulheres. Esse resultado está em congruência com os dados censitários de 2022. Pela primeira vez, de acordo com o IBGE, há mais mulheres na posição de chefia dos domicílios brasileiros do que na condição de esposas do responsável. Segundo o IBGE:

Em 2022, das 72.522.372 unidades domésticas do Brasil, 49,1% tinham responsáveis do sexo feminino. A proporção representa uma mudança importante em relação ao Censo de 2010, quando o percentual de homens responsáveis (61,3%) era substancialmente maior do que o percentual de mulheres (38,7%) (Agência IBGE Notícia, 2024, s/p).

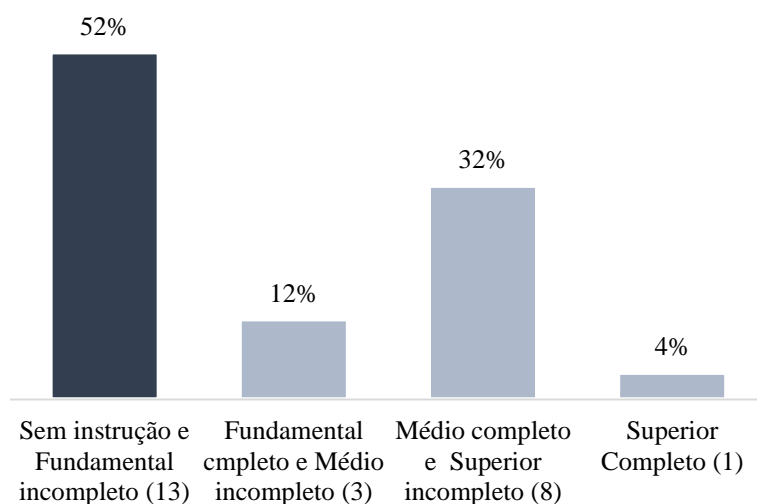
A pesquisa censitária também constatou que, em 10 estados, o percentual de mulheres chefes de família foi maior que 50%: Pernambuco (53,9%), Sergipe (53,1%), Maranhão (53,0%), Amapá (52,9%), Ceará (52,6%), Rio de Janeiro (52,3%), Alagoas e **Paraíba (51,7%)**, Bahia (51,0%) e Piauí (50,4%). O Censo também revelou:

[...] maior proporção de pardos (43,8%) responsáveis pelos domicílios em comparação às pessoas de cor ou raça branca. Em 2010, esses percentuais eram de 40,0% e 49,4%, respectivamente. A proporção de pessoas pretas subiu de 9,0% para 11,7% e a de indígenas variou de 0,4% para 0,5%. Por outro lado, a proporção de pessoas amarelas responsáveis pelas unidades caiu de 1,2% em 2010 para 0,5% em 2022 (Agência IBGE Notícia, 2024, s/p).

O indicador seguinte faz referência à informalidade por escolaridade. A pesquisa de tese registrou que, entre os participantes sem instrução e com menos tempo de estudo, o percentual chega a mais da metade (52%) dos entrevistados. No detalhamento do quantitativo, verifica-se um equilíbrio nos dados: 07 são trabalhadores e 06 trabalhadoras, sem instrução e/ou ensino fundamental incompleto. Por outro lado, a pesquisa revelou que as mulheres têm mais anos de estudos. Essa situação foi verificada entre 08 trabalhadoras que possuem ensino médio completo, superior incompleto e/ou completo.

O resultado acerca do nível de instrução pode ser visto no Gráfico 7:

**Gráfico 7 - Nível de instrução**



Fonte: Elaboração própria (2024).

Na mesma direção já sinalizada, é inegável que os trabalhadores com pouco ou nenhum nível de instrução são submetidos a condições de trabalho precárias, pelo subemprego e pela superexploração da força de trabalho, além da racialização do trabalho, enquanto um ordenamento do racismo estrutural e estruturante que atravessa as relações de trabalho no Brasil. Decerto, há uma relação evidente entre essas condições de trabalho e o processo histórico de desigualdades e exclusão social, que consequentemente concebe poucas oportunidades à população negra para o acesso à formalização das relações de trabalho.

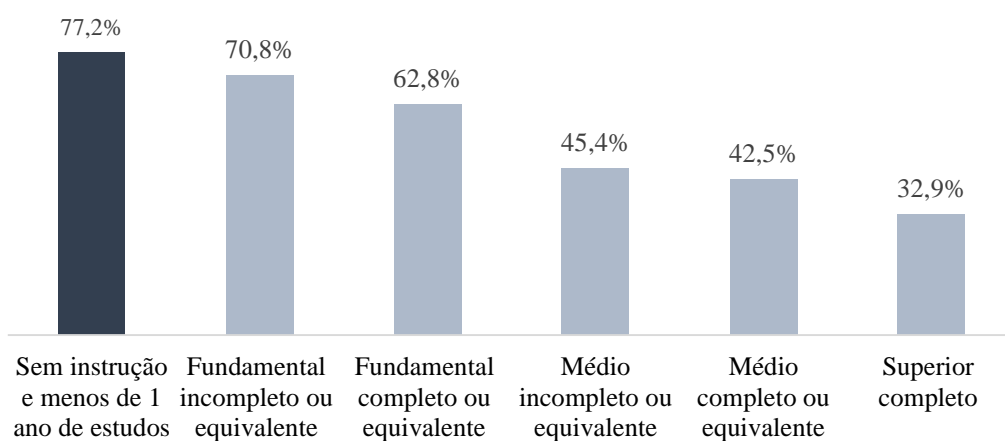
No cruzamento de dados sobre escolaridade e pertença étnico-racial nas relações de informalidade do trabalho, observa-se que a reprodução das desigualdades socioeconômicas:



[...] reflete de forma permanente no sistema educacional brasileiro. O caráter excludente assumido pela educação faz com que o acesso aos níveis de escolaridade seja visto pelas classes mais pauperizadas como privilégio e/ou sorte e não como um direito de todo o cidadão brasileiro. O resultado disso é a disparidade nas trajetórias escolares de negros e brancos, que reforça ainda a necessidade de adoção de medidas que minimizem a desigualdade de acesso de negros e brancos no ensino superior (Lourenço, 2008, p. 225).

Cabe destacar que os dados da nossa pesquisa quanto ao nível de instrução também se assemelham aos dados apresentados pelo Relatório de *Mapeamento do trabalho informal no Brasil* (2022). O Gráfico 8 expõe essas informações.

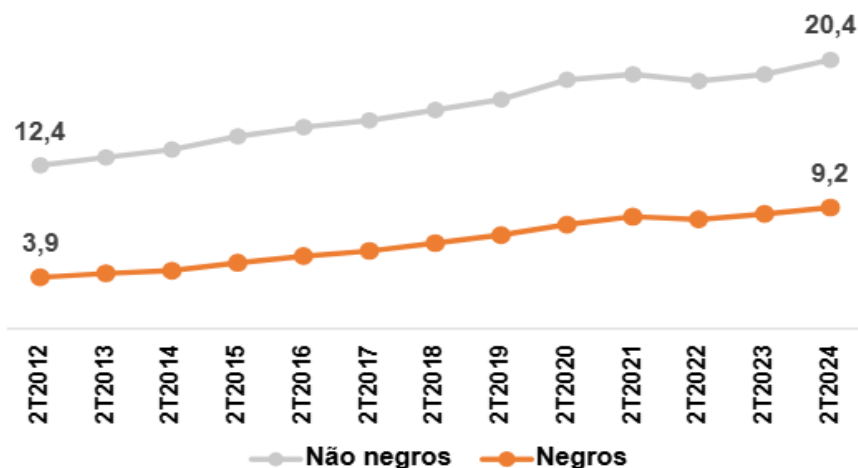
**Gráfico 8** - Taxa de informalidade por escolaridade Brasil, 1º trimestre de 2022



Fonte: Elaboração própria (2024), com base no Fundo Brasil (2022).

Nossa pesquisa de tese apresentou um menor percentual (4%), equivalente a uma trabalhadora entrevistada, que concluiu o ensino superior em Estética e Cosmética, realizado em uma Instituição de Ensino Privado com fins lucrativos, em João Pessoa/PB. Certamente, embora inexpressivo, esse dado se aproxima da realidade nacional quanto à dificuldade de os trabalhadores ampliarem os anos de estudos, sobretudo quando consideramos o cruzamento de informações sobre pertença étnico-racial e o acesso ao ensino superior completo. Essa realidade é apresentada no Gráfico 9.

**Gráfico 9** - Proporção de pessoas com ensino superior completo segundo cor/raça – Brasil, 2º trimestre de 2012 a 2º trimestre de 2024



Fonte: Dieese (2024).

Ainda que os dados do Gráfico 9 apresentem um maior acesso de pessoas brancas com ensino superior, dados do Dieese (2024, p. 12) apontam que, “[...] entre o 2º trimestre de 2012, período anterior à Lei de Cotas<sup>76</sup>, e o 2º trimestre de 2024, a proporção de pessoas negras com ensino superior completo mais do que dobrou, passando de 3,9% para 9,2%”. Apesar desse crescimento, decorrente principalmente da ampliação de matrículas proporcionada pelas políticas de cotas – um instrumento essencial para a inserção de trabalhadores negros –, a população não negra ainda detém os melhores indicadores socioeconômicos do que as pessoas autodeclaradas negras/pretas/pardas, principalmente as mulheres, conforme os dados revelados neste subcapítulo.

A trabalhadora que concluiu o ensino superior relatou que, em decorrência da dificuldade em se inserir no mercado de trabalho formal, abriu um pequeno salão de beleza em sua residência, mas com o “sonho de aumentá-lo”, como demonstra o fragmento de fala abaixo:

[...] O meu sonho é me tornar um Microempreendedor Individual (MEI), para poder investir no meu salão. E, futuramente, quero contratar uma pessoa para me ajudar, até porque o meu adoecimento já está atrapalhando o meu trabalho, pois tenho muitas dores nas mãos, punhos e braços [...] o que acaba diminuindo o meu rendimento, pois tive que diminuir o número de clientes (Esteticista, entrevista nº 24).

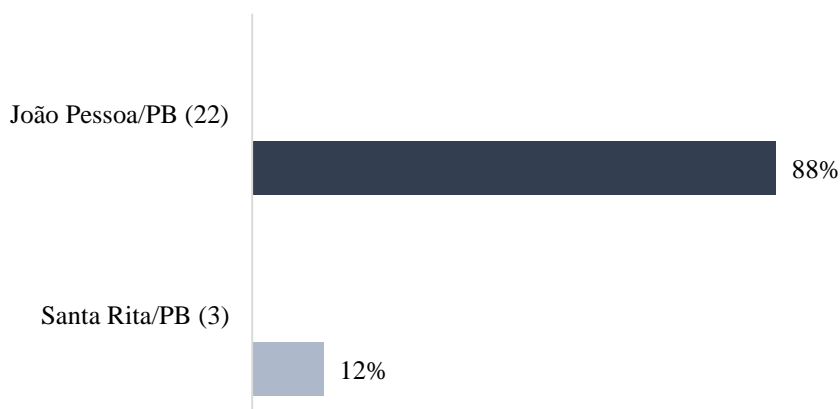
<sup>76</sup> Lei 12.711, sancionada em 29 de agosto de 2012 pela então presidenta Dilma Rousseff.

O relato da trabalhadora (entrevista nº 24) reflete o discurso contemporâneo em torno do empreendedorismo. Para estimular esse movimento, “[...] cresce o ideário do empreendedorismo, não apenas como ideologia, mas como parte da racionalidade econômica que, diante de um mercado de trabalho desestruturado e que não garante proteção social para todos, ‘empurra’ o trabalhador para o autoemprego” (Araújo, 2022, s/p).

Corroborando com essa análise, Tavares (2021, p. 32) explicita que o empreendedorismo constitui uma expressão singular no capitalismo contemporâneo, cuja defesa “[...] conduz o trabalhador a crer que pode ser sócio do capital”. Do mesmo modo, Antunes (2018, p. 39) afirma que o empreendedorismo mescla a conformação de um “burguês-de-si-próprio e proletário-de-si-mesmo”. Nesse contexto, o “trabalhador-empresário” assume os custos de manutenção dos equipamentos e instrumentos de trabalho, além da Seguridade Social, “[...] ao mesmo tempo que é sujeitado às sanções, supervisões contínuas e mecanismos estimulantes” (Ferreira; Assis; Béhar, 2022, p. 149).

O último indicador social relacionado à identificação pessoal diz respeito ao local de residência dos participantes da pesquisa, conforme demonstra as informações do Gráfico 10:

**Gráfico 10 - Local de residência**



Fonte: Elaboração própria (2024).

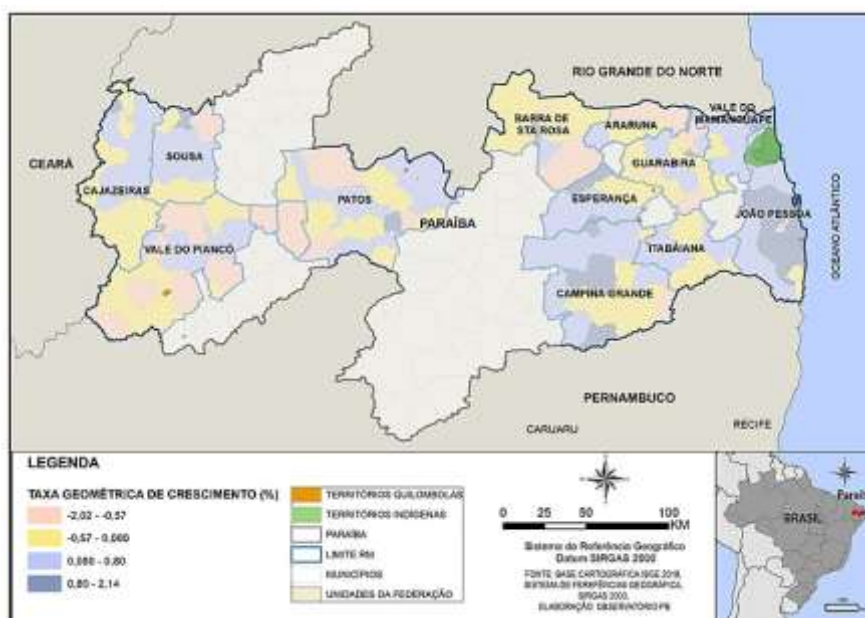
De acordo com as informações apresentadas no Gráfico 10, a pesquisa aponta resultados já esperados: a maioria dos trabalhadores informais (88%) reside em João Pessoa/PB<sup>77</sup>, correspondendo a 22 entrevistados. Os demais (12%), ou 03 trabalhadores,

<sup>77</sup> De acordo com o IBGE, em 2022, a população de João Pessoa era de 833.932 habitantes e a densidade demográfica de 3.970,27 habitantes por quilômetro quadrado. Na comparação com outros municípios do estado,

residem em Santa Rita/PB, município limítrofe da capital paraibana. A título de destaque, a Paraíba, segundo o resultado do Censo Demográfico 2022, possui 12 Regiões Metropolitanas (RM). A Região Metropolitana de João Pessoa, a mais populosa do estado, composta por 12 municípios<sup>78</sup>, concentra 1.304.266 habitantes e 452.173 domicílios. (Observatório das Metrôpoles *apud* Jornal Brasil de Fato, 2023).

A Figura 5 apresenta as informações a respeito das 12 Regiões Metropolitanas paraibanas, que juntas abarcam 159 dos 223 municípios paraibanos.

**Figura 5** - Regiões Metropolitanas da Paraíba, segundo o Censo Demográfico 2022



Fonte: Observatório das Metrôpoles *apud* Jornal Brasil de Fato (2023).

O nosso estudo confirma a tendência nacional e local da condição de precarização e vulnerabilidade social dos trabalhadores informais. A realidade desse cenário indica que 95% dos trabalhadores entrevistados tem algo em comum: residem em áreas periféricas, longe do centro comercial de João Pessoa/PB. Essa particularidade remete à conformação da lógica de exclusão socioespacial que demarca a historicidade do espaço urbano brasileiro. Nas palavras de Itikawa (2016, p. 71-72), “[...] apesar das recentes transformações na economia e mobilidade

ficava nas posições 1 e 1 de 223. Já na comparação com municípios de todo o país, ficava nas posições 20 e 26 de 5570 (IBGE, 2023).

<sup>78</sup> João Pessoa, Bayeux, Cabedelo, Conde, Cruz do Espírito Santo, Lucena, Rio Tinto, Santa Rita, Alhandra, Caaporã, Pedras de Fogo, Pitimbu. Municípios circunvizinhos: Bayeux, Santa Rita, Conde, Cabedelo. (Observatório das Metrôpoles, 2024).

urbanas, (ainda permanece) [...] a lógica da segregação socioespacial e da expansão urbana predatória em direção às periferias, marcada por assentamentos informais e sem infraestrutura adequada, por moradia sem titularidade e pela oferta insuficiente ou precária de oportunidades ocupacionais”.

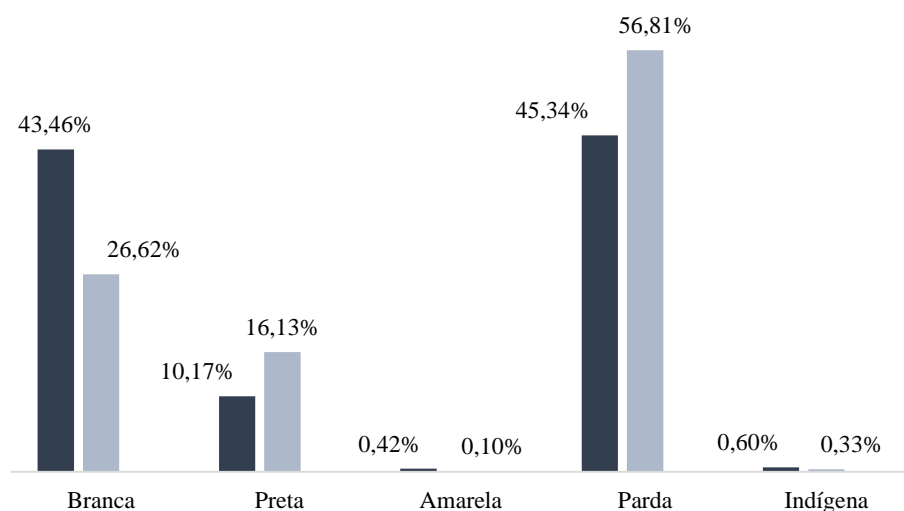
De acordo com Marilane Teixeira, pesquisadora do Centro de Estudos Sindicais e de Economia do Trabalho (CESIT), da Unicamp, o contexto periférico em que a maioria dos trabalhadores informais estão inseridos sinaliza que:

[...] a condição de acesso ao mercado de trabalho é determinada pelo perfil socioeconômico: quanto mais pobre, maior é a dificuldade para se inserir no mercado, principalmente no caso das mulheres. Os dados indicam que cerca de 30% delas justificam a dificuldade de procurar emprego à ausência de políticas de cuidado, ou seja, de ter alguém que possa fazer as tarefas de trabalho doméstico. Outro percentual alto se refere ao acesso ao trabalho próximo da moradia. Em torno de 40% dos homens alegam que o problema é a ausência de trabalho na região onde residem. Dependendo do local de moradia, a pessoa não tem condições de buscar trabalho em outras localidades (Teixeira, 2022 *apud* IHU, 2022, s/p).

A localização do espaço habitacional é um indicador social que influencia de forma incontestável a qualidade de vida da população, sobretudo no que diz respeito à infraestrutura proporcionada por bens, serviços e equipamentos públicos coletivos. De acordo com o Relatório do Observatório Brasileiro das Desigualdades, elaborado com apoio técnico do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap) e com base nos dados da Pnad Contínua 2022, ainda estamos longe do objetivo expresso pela Constituição Federal de 1988 de reduzir desigualdades regionais e entre unidades da federação. Essas desigualdades continuam marcantes, afetando de maneira mais austera a “[...] população negra e periférica, desde o nascimento até a vida adulta. Essa população, frequentemente exposta a áreas precárias ou de risco, enfrenta maior probabilidade de morte devido à ausência de condições básicas de cidadania, incluindo serviços adequados de saúde” (Observatório Brasileiro das Desigualdades, 2024, p.16).

Essa realidade pode ser visualizada pelos dados apresentados no Gráfico 11.

**Gráfico 11 - População total e em favelas e comunidades urbanas, por cor ou raça (%) – Brasil**



Fonte: Elaboração própria (2024), com base em IBGE (2024).

As desigualdades urbanas e o acesso a serviços essenciais podem ser constatadas nos dados abaixo:

- Enquanto a desnutrição entre as crianças negras diminuiu em 4,0%, e entre as crianças não negras em 1,6%, as crianças indígenas experimentaram um aumento alarmante de 13,9% na desnutrição;
- As mulheres negras continuam com as maiores proporções de insegurança alimentar moderada e grave, 37% das famílias, enquanto entre homens não negros é de 20%;
- Nas desagregações por sexo e por cor ou raça, referentes ao ano de 2022, constata-se a persistência de altas participações de mulheres (62,6%) e negros(as) (66,9%) como responsáveis por domicílios nos quais incide o déficit habitacional. Detalhando-se essas desagregações por componentes do déficit, nota-se que mulheres são mais fortemente impactadas pelo ônus excessivo com o aluguel (64,2%), enquanto pessoas negras são proporcionalmente mais atingidas pela habitação precária (74,2%) e pela coabitação (70,9%);
- 71% dos jovens fora da escola são negros;
- Na região Nordeste a taxa de analfabetismo funcional era maior e alcançava 42,1% da população entre 15 e 64 anos;
- No Nordeste e no Sudeste, os homens sofriam com as maiores taxas de analfabetismo funcional (46,1% e 24,9%, respectivamente). Com exceção da região Nordeste, a taxa de analfabetismo funcional afeta principalmente a população negra;
- Os meninos não negros (ou seja, brancos e amarelos) constituem o público com o maior acesso à creche (37,6%); as mulheres negras, por sua vez, constituem no grupo com a menor presença, ou seja, apenas 29,6% frequentam às creches (Observatório Brasileiro das Desigualdades, 2024).

Quanto à naturalidade, a nossa pesquisa de tese revelou que 48% dos entrevistados são naturais de João Pessoa/PB, 24% de Santa Rita/PB, 20% migraram do interior da Paraíba (Passagem, São Mamede, Santa Luzia, Alagoa Grande e Pilar) e 8% vieram de outros estados do Nordeste (Recife/PE e Arapiraca/AL). Esse deslocamento migratório está alinhado ao traço constitutivo da formação e expansão da sociedade brasileira, que moldou o processo de construção do espaço urbano-industrial do país. De maneira desorganizada e sem planejamento, este processo produziu, segundo Teixeira (2022),

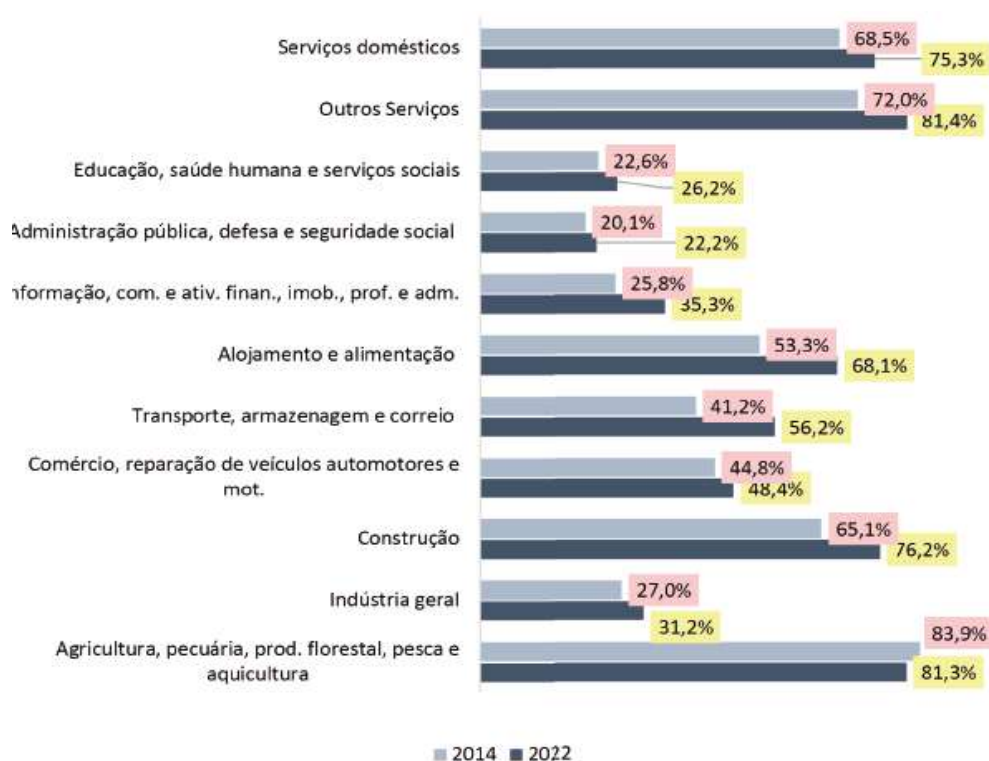
[...] um excedente estrutural enorme. Esse excedente estrutural é formado em boa parte por mulheres que, por sua vez, têm dificuldades de acessar o mercado de trabalho, e pela população negra, que foi historicamente alijada do acesso ao mercado de trabalho e emprego digno. Nós carregamos essa herança até os dias atuais. Mesmo em períodos de maior crescimento econômico, como foram os anos 2000, não se conseguiu reverter essa realidade (*apud* IHU, 2022, s/p).

Finalizando a análise dos dados sobre o perfil de identidade dos trabalhadores informais participantes desta pesquisa, passa-se agora à apresentação dos dados referentes ao segundo bloco de indicadores, alusivos às atuais condições de trabalho, envolvendo o olhar para ocupação, remuneração, estratégias de manutenção e reprodução social, intensidade e tempo de trabalho e o acesso pregresso à carteira de trabalho assinada.

#### 2.2.2 Indicadores referentes às condições de trabalho no contexto da informalidade

De acordo com o Relatório sobre o *Mapeamento do trabalho informal no Brasil*, entre 2014 e 2022, a informalidade aumentou em praticamente todos os grupamentos por atividade econômica. Em alguns deles, a informalidade superou 70%, a exemplo dos setores de serviços domésticos (75,3%), construção civil (76,2%) e agricultura (81,3%). Outros setores também registraram índices elevados: alojamento e alimentação (68,1%), transporte (56,2%) e indústria (31,2%) (Fundo Brasil, 2022). O detalhamento dessas atividades pode ser visualizado no Gráfico 12.

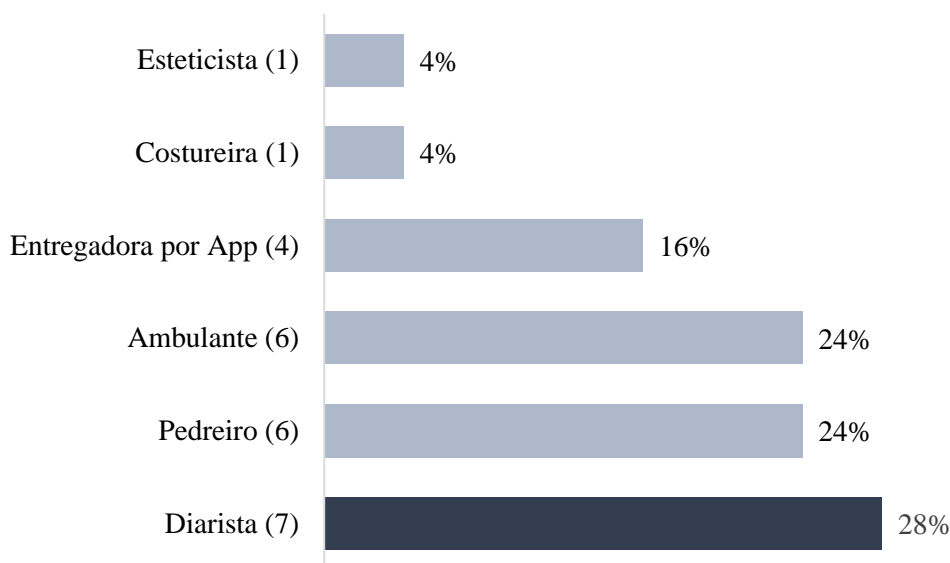
**Gráfico 12** - Taxa de informalidade por grupamentos de atividade – Brasil, 1º trimestre de 2014 e 2022



Fonte: Fundo Brasil (2022).

O que tange a nossa pesquisa, os dados pertinentes à ocupação exercida pelos trabalhadores em situação de informalidade indicam maiores registros entre diarista, situação de 07 trabalhadoras (28%), como detalha o Gráfico 13.



**Gráfico 13** - Ocupação dos trabalhadores informais

Fonte: Elaboração própria (2024).

No Brasil, o trabalho doméstico remunerado é atravessado por desigualdades de gênero, classe, raça e etnia. Para Pinheiro *et al.* (2021, p. 68), os serviços relacionados às atividades domésticas e aos cuidados seguem como uma responsabilidade predominantemente feminina, transferindo às mulheres uma série de desvantagens e custos: “[...] a existência da dupla jornada de trabalho, a precária inserção no mercado de trabalho, a menor proteção social (especialmente quando os sistemas de proteção se aproximam da ideia de seguros sociais, disponíveis somente àqueles que cumprem um conjunto de requisitos no mercado de trabalho)”. Ademais, elas ainda sofrem os maiores índices de adoecimento mental, dada a multiplicidade de jornadas de trabalho, necessárias à reprodução da vida social (Federici, 2019)<sup>79</sup>.

De acordo com Pinheiro *et al.* (2021), é esse trabalho doméstico que, deslocado ao espaço do mercado, abrange um quantitativo expressivo de mulheres, especialmente de mulheres negras, de baixa instrução e oriundas de famílias mais pauperizadas e vulnerabilizadas. Dados da Pnad Contínua do IBGE, equivalentes ao 4º trimestre de 2022, apontam a existência de cerca de 5,8 milhões de trabalhadores domésticos no país. Desses, 91,4% são mulheres, sendo 67,3% negras.

Na Figura 6, é possível examinar o comparativo das pessoas ocupadas no trabalho doméstico no Brasil entre 2013 e 2022.

<sup>79</sup> A discussão em torno da relação saúde-doença e trabalho será retomada no capítulo 3 desta tese.

**Figura 6** - Trabalhadores domésticos – Brasil, 2013-2022

Fonte: Dieese (2022).

Como sublinhado em linhas anteriores, o trabalho doméstico no Brasil é marcado por traços de servidão e profundas desigualdades sociais, sequelas de uma herança escravocrata que moldou as relações sociais no país. Esse contexto decorre de um longo processo histórico de exploração e dominação, que submeteu o povo negro ao trabalho forçado, sem remuneração e desprovido de quaisquer direitos (Leal; Souza, 2023). Como relembra a Declaração das Organizações de ‘Mulheres Negras Brasileiras:

[...] o trabalho doméstico ainda é, desde a escravidão negra no Brasil, o lugar que a sociedade racista destinou como ocupação prioritária das mulheres negras. Nele, ainda são relativamente poucos os ganhos trabalhistas e as relações se caracterizam pelo servilismo. Em muitos lugares, as formas de recrutamento são predominantemente neoescravistas, em que meninas são trazidas do meio rural, sob encomenda, e submetidas a condições subhumanas no espaço doméstico (*apud* Carneiro, 2011, p. 119).

Uma década após a promulgação da Emenda Constitucional nº 72/2013, conhecida como PEC das Domésticas – implementada durante o governo da presidenta Dilma Rousseff e fruto de uma longa trajetória de lutas dos trabalhadores domésticos –, que equiparou os direitos dessa categoria aos dos demais trabalhadores, ainda é necessário considerar a exploração e a espoliação de direitos que persistem no cotidiano laboral desses trabalhadores. Como observa Peres (2023, p. 11):

Sem negar os avanços do que considera um marco na luta contra a exploração do trabalho doméstico no país e resguardando todas as conquistas alcançadas

com a PEC, ela enumera as principais lacunas: pela lei, são apenas 120 dias de licença maternidade, enquanto as demais categorias de trabalhadores têm direito a seis meses; o seguro-desemprego também é diferenciado, não passando de três meses no valor de um salário mínimo – mesmo que a trabalhadora doméstica tenha recebido um salário maior –, já os demais trabalhadores têm direito a cinco parcelas, podendo chegar ao teto de R\$ 2.230,97.

A redução do trabalho doméstico remunerado durante o período registrado na Figura 6 pode estar relacionada aos avanços na legislação protetora dessas trabalhadoras. Contudo, no 4º trimestre de 2022, segundo dados da Pnad Continua, apenas 24,7% das trabalhadoras domésticas possuíam carteira de trabalho assinada, o que significa que cerca de 4,4 milhões atuavam na informalidade (Dieese, 2022). De acordo com o Relatório da pesquisa *Retrato do Trabalho Informal no Brasil: desafios e caminhos de solução*, conduzida entre os meses de outubro de 2021 e maio de 2022, a maior parte das trabalhadoras informais no Brasil é formada por mensalistas (42%) e diaristas (35%) (Vahdat *et al.*, 2022). Ademais, “[...] a renda média das trabalhadoras também piorou em relação a 2019, caindo de R\$ 1.016 para R\$ 930. [...] As trabalhadoras sem carteira ganharam 40% a menos do que as com carteira, e as negras receberam 20% a menos do que as não negras” (Dias *et al.*, 2023, s/p).

Nessa escravidão moderna, como argumentam Leal e Souza (2023), as trabalhadoras domésticas informais estão sujeitas a violações de direitos humanos, como maus tratos, jornada exaustiva, forçada, degradante, abusos, incluindo violência sexual e trabalho análogo a escravidão. De acordo com a coordenadora-geral de Erradicação do Trabalho Escravo, Andréia Minduca, do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC), “[...] embora tenhamos uma regulamentação, ainda temos enraizado uma cultura escravocrata e, na prática, ainda existe trabalho escravo no Brasil. E ele está em todos os lugares, inclusive, nas casas. Todos os dias, mulheres são resgatadas de trabalho escravo doméstico, depois de décadas de exploração” (Brasil/MDHC, 2024, s/p).

Retornando à análise da Figura 6, outra possibilidade que possa justificar a redução da ocupação dos trabalhadores domésticos no país diz respeito às consequências da crise sanitária desencadeada pela pandemia de Covid-19. Como observam Dias *et al.* (2023, s/p), o período da pandemia da Covid-19 revelou “[...] não apenas o aprofundamento do desemprego e a busca de alternativas de acesso à renda, mas também evidenciou uma das formas mais cruéis de superexploração do trabalho”. Convém ainda ressaltar que a informalidade dos trabalhadores domésticos aumentou após a pandemia. Dados da Pnad Contínua, realizada pelo IBGE,

relacionados ao período compreendido entre o quarto trimestre de 2019 e o segundo trimestre de 2022, evidenciam que:

[...] no fim de 2019 havia 5,7 milhões de mulheres ocupadas no trabalho doméstico no país. No segundo e no terceiro trimestres de 2020, períodos intensos de pandemia, vemos que o número de trabalhadoras domésticas caiu significativamente, passando para 4,1 milhões e 4,0 milhões de mulheres, respectivamente. Essa queda representou a perda de 1,7 milhão de postos de trabalho ao longo de três trimestres. Também é relevante notar que, embora o número alcançado no quarto trimestre de 2020 já indique uma recuperação do setor, que se manteve até o quarto trimestre de 2021, os números não alcançaram ainda os patamares pré-pandêmicos. Ou seja, no segundo trimestre de 2022, havia menos 400 mil mulheres trabalhando nos serviços domésticos do que no período anterior à pandemia de covid-19 (Matias; Araújo, 2023, p. 298-299).

Na exposição do Gráfico 13 da nossa pesquisa, aparecem empatadas as ocupações de pedreiro e ambulante, ambas com o registro de seis trabalhadores, correspondendo a 24%. Dados do IBGE indicam que, em 2022, a ocupação na indústria da construção civil cresceu cerca de 4,4%. Nesse período, o país contava com 174,7 mil empresas de construção, empregando cerca de 2,3 milhões de trabalhadores (Agência IBGE Notícias, 2022). Quanto aos indicadores de informalidade nesse setor, os dados do referido instituto apontam que, no mesmo ano, 72,7% dos trabalhadores estavam na informalidade, conforme ilustrado no Gráfico 12, que apresenta a taxa de informalidade por grupamentos de atividade no Brasil.

No que se refere à população ocupada no comércio, a Pesquisa Anual de Comércio (PAC) 2022, do IBGE, informa que, em 2022, esse setor “[...] somou 10,3 milhões de trabalhadores, um aumento de 2,6% em relação ao ano anterior. Pela primeira vez, esse contingente superou o patamar pré-pandemia, registrado em 2019, com alta de 1,5% frente a esse ano, ou mais 157,3 mil postos de trabalho” (Agência IBGE Notícias, 2024, s/p).

A seguir, apresenta-se o detalhamento das atividades comerciais com maior aumento em números absolutos nos últimos dez anos:

[...] hipermercados e supermercados (crescimento de 392,1 mil pessoas); comércio varejista de produtos farmacêuticos, perfumaria, cosméticos e artigos médicos, ópticos e ortopédicos (149,0 mil); e comércio por atacado de matérias-primas agrícolas e animais vivos (34,6 mil). O setor de hiper e supermercados empregava 1,5 milhão de pessoas em 2022 e respondia por 14,8% dos ocupados do setor comercial do país, a maior proporção entre as atividades pesquisadas. (Agência IBGE Notícias, 2024, s/p).

O IBGE também sinaliza que, em dez anos, as maiores quedas na ocupação foram de atividades de: comércio varejista de tecidos, vestuário, calçados e armário, com menos 289,9 mil pessoas; comércio varejista de material de construção, com menos 110,4 mil; e comércio varejista de produtos novos e usados sem especificação, com menos -77,4 mil pessoas”. (Agência IBGE Notícias, 2024, s/p). De acordo com o vice-presidente do SINECOM<sup>80</sup> da grande João Pessoa (entrevista nº 5), atualmente, há 4.700 trabalhadores sindicalizados. Desses, 2.713 têm assegurado o direito ao exercício do voto nas assembleias sindicais. O sindicalista ressaltou que houve uma queda na ocupação comercial significativa, resultante do cenário de crise econômica e da explosão da pandemia do coronavírus.

No que concerne às atividades do comércio informal, os dados nacionais são bastante significativos. De acordo com a Pnad Contínua, havia “[...] 1,3 milhão de ambulantes no país no 3º trimestre de 2017. Especificamente no setor de ambulantes de alimentação, eram 501,3 mil pessoas, o que representa um expressivo aumento frente aos 98,4 mil que atuavam nesse ramo em 2012” (Agência IBGE Notícia, 2018, s/p). Em João Pessoa, *locus* deste estudo, apenas no entorno do Parque Solon de Lucena, localizado no centro comercial da capital paraibana:

Até o mês de fevereiro (2022), aproximadamente 350 camelôs estavam ocupando as calçadas para vender seus produtos, mas até esse início do mês de maio o número de ambulantes nas ruas do Centro passou para cerca de 480. Um aumento de 37%”. A informação é da presidente da Associação dos Ambulantes e Trabalhadores da Paraíba, Márcia Medeiros<sup>81</sup>. “Hoje, a gente vê muita gente na rua que nunca foi camelô, mas precisa ganhar algum dinheiro para conseguir fazer uma refeição”, revelou (*apud* Jornal União, 2022, s/p).<sup>82</sup>

As entrevistas da pesquisa de tese realizadas com os ambulantes ocorreram durante o horário comercial, diretamente em seus locais de trabalho, situados no entorno do Parque Solon de Lucena, principal centro comercial de João Pessoa/PB. As barracas dos trabalhadores, onde são comercializados produtos como confecções adulto e infantil, maquiagem, bijuterias, bolsas, acessórios em geral para celular, relógios, óculos, calçados, guarda-chuvas (nos períodos

---

<sup>80</sup> Área de abrangência do Sindicato: Alhandra/PB; Baía da Traição/PB; Bayeux/PB; Caaporã/PB; Cabedelo/PB; Caldas Brandão/PB; Capim/PB; Conde/PB; Cruz do Espírito Santo/PB; Cuité de Mamanguape/PB; Gurinhém/PB; Itabaiana/PB; Itapororoca/PB; Jacaraú/PB; João Pessoa/PB; Juripiranga/PB; Lucena/PB; Mamanguape/PB; Marcação/PB; Mataraca/PB; Mogeiro/PB; Pedras de Fogo/PB; Pilar/PB; Pitimbu/PB; Rio Tinto/PB; Salgado de São Félix/PB; Santa Rita/PB; São Miguel de Taipu/PB e Sobrado/PB.

<sup>81</sup> Como exposto na parte introdutória deste material, a pesquisadora por diversas vezes tentou agendar entrevista com a presidente da Associação dos Ambulantes e Trabalhadores da Paraíba, mas não logrou êxito.

<sup>82</sup> Por outro lado, o presidente do SINDAMBULANTES destacou que, atualmente, há quase 15.000 associados no estado paraibanos, sendo cinco mil na região metropolitana de João Pessoa.





**Quadro 5** - Exposição dos produtos comercializados  
no centro de João Pessoa/PB





Fotos: Arquivo pessoal da pesquisadora (2023-2024).

Enquanto vendedores de suas mercadorias, os trabalhadores dispõem de carrinhos, barracas, banquinhos para sentar e/ou descansar, suportes para colocar os produtos e mercadorias, guarda sol-chuva, embora insuficientes para sua proteção das condições climáticas. São rotinas cansativas, precarizadas, com jornadas extenuantes de trabalho, em situação de vulnerabilidade, sem garantias efetivas aos seus direitos sociais. Na maioria das vezes, são vistos como subclasses, sujeitos a múltiplos abusos e violações de direitos humanos, impedidos de exercer uma cidadania plena. Eles enfrentam a repressão por parte dos agentes públicos do Estado, além de sofrerem hostilidades por parte de lojistas.

A esse respeito, Figueiredo (2016, p. 35-36), com base nas análises de Carrieri, Maranhão e Murta (2009), argumenta que a repressão ao comércio ambulante:

[...] pode caracterizar um compromisso com setores da sociedade que veem na presença destas/es trabalhadoras/es um prejuízo às suas atividades, a exemplo do setor imobiliário. Sob a justificativa de promover soluções às questões urbanas, as/os ambulantes muitas vezes são retiradas dos seus locais de trabalho – geralmente situados em locais centrais e com alto fluxos de pedestre – e encaminhados a regiões mais periféricas onde são construídos os camelódromos, onde o movimento de pedestre é menor e há a necessidade de pagamentos de taxas que encarecem a atividade.

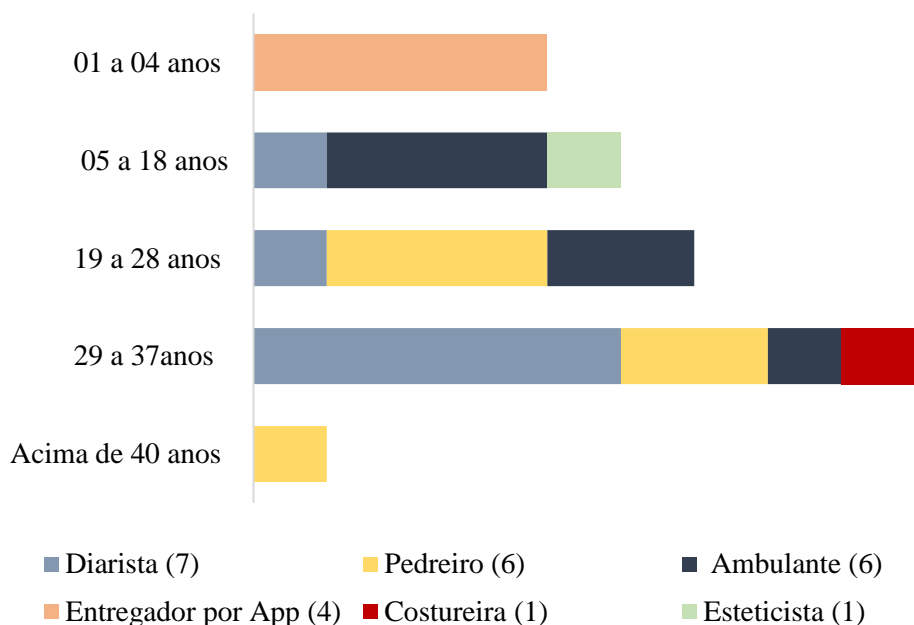


Conforme relataram os trabalhadores informais participantes deste estudo, no final do dia, levam as barracas e/ou produtos para depósitos nos arredores do Parque Solon de Lucena ou para o Mercado Público Municipal de João Pessoa, localizado mais distante de suas barracas. De acordo com os trabalhadores, pagam uma taxa em torno de R\$80,00 mensal para fazer uso desses espaços. A pesquisa de tese também averiguou que, dos 06 ambulantes entrevistados, um trabalhador não é dono do seu próprio negócio, trabalha para um familiar. Segue o relato do trabalhador:

Quando vim morar em João Pessoa, só consegui emprego na construção, como servente de pedreiro (informal). Fiquei trabalhando durante uns quatro anos. Era muito pesado, trabalhava de sol a sol, sem carteira assinada. Depois, fiquei sem trabalho e uma tia minha perguntou se eu não queria vender roupas e outras coisas. Ela tem uma lojinha na sua casa. Minha tia compra as mercadorias no Pernambuco. Aí aceitei, né? Pelo menos o trabalho não é tão puxado. É um trabalho bom. A gente acaba interagindo muito com as pessoas, com os outros colegas ambulantes. (Ambulante, entrevista nº 15).

Ainda com base no Gráfico 13 da nossa pesquisa, os dados indicam que 16% dos entrevistados trabalham por plataformas digitais, por meio de aplicativo de entregas. São condutoras de motocicletas nos serviços de entregas de comidas e produtos. Como exposto neste capítulo, ao longo do Século XXI, observaram-se no contexto internacional e nacional transformações nas relações de trabalho, incluindo o aumento exponencial de distintas modalidades laborais presentes no “*capitalismo informacional-digital-financeiro*” (Antunes, 2019, p. 15). Essas novas modalidades de trabalho têm alterado significativamente os modos de viver, conviver e trabalhar, cujo cotidiano laboral é marcado pela invisibilidade social, discriminações, acidentes, assédios e outras formas de violência, cansaço, desânimo, perda de horizontes, acarretando o aumento do adoecimento do corpo e da mente (Praum, 2023; Masson; Oliveira, 2022).

Os dados do Gráfico 14 expõem as informações referentes ao tempo de trabalho na ocupação atual dos trabalhadores informais participantes da nossa pesquisa de tese.

**Gráfico 14** - Tempo de trabalho na ocupação atual (n)

Fonte: Elaboração própria (2024).

O Gráfico 14 evidencia uma realidade esperada: os trabalhadores informais possuem maior tempo de trabalho nas atividades de construção civil, serviços domésticos, costureira e comércio ambulante. Seguem alguns relatos ilustrativos desta realidade:

Trabalho desde os 11 anos. Minha mãe tinha um bar na praia *Barra de Gramame* (localizado em Conde, município limítrofe de João Pessoa). Trabalhava lavando os pratos, servindo as mesas e cuidando do meu irmão mais novo. Quando completei 13 anos, passei a ajudar no caixa do bar. [...]. Aos 15 anos, comecei a namorar um cliente (tinha 37 anos). Logo depois, casamos e ele comprou o bar da minha mãe. Trabalhei no bar por mais 10 anos até o meu marido vende-lo. Depois, comecei a trabalhar como cabeleireira (Esteticista, entrevista nº 24).

Tenho 57 anos e, desde os catorze anos, trabalho em casa de família. [...]. Minha família era muito pobre. Eu e minha outra irmã tinha que ajudar em casa. Nunca tive outra profissão. Agora sou diarista. Já trabalhei durante um tempo com carteira assinada, hoje é mais difícil. Como minha saúde não está boa, só consigo trabalhar três vezes por semana. Estou trabalhando nessa casa há muito tempo, acho que mais de onze anos. Continuo fazendo de tudo lá [...] cozinhar, passar roupa e outros serviços pesados de casa (Diarista, entrevista nº 01).

Comecei a trabalhar muito cedo. Ajudava meu pai na agricultura. Era um trabalho bem pesado. Depois que vim morar em João Pessoa, fui trabalhar na construção. Trabalho há mais de 40 anos nessa profissão. Já tive carteira de trabalho assinada, mas tem um tempo que trabalho por conta própria [...]. Já

fui servente de obras, pedreiro e hoje sou mestre de obra. Fiz de tudo no canteiro de obras. Já fiz serviço de carpintaria, montei estruturas, escoramento das lajes, moldes de escadas de madeiras, tudo que o chefe pedia eu fazia (Pedreiro, entrevista nº 12).

Trabalho desde muito novo [...] trabalhava no sítio com meus pais. Quando vim morar aqui (João Pessoa), há mais de 10 anos, comecei a trabalhar na construção civil, como ajudante de pedreiro. Nessa época, fazia um pouco de tudo na obra. [...] preparava o canteiro, a massa do concreto, limpava, tirava as pedras, plantas, galhos e outros materiais que estavam na terra. Também olhava se estava faltando algum material no canteiro, como carrinho de mão, betoneira, colher de pedreiro. [...] também ajudava na demolição dos prédios. Hoje, como não sou mais fichado, trabalho com pintura de casas, trocando piso, reboco, coloco pisos de cerâmicas. Nunca falta trabalho. Os clientes acabam me indicando a outras pessoas (Pedreiro, entrevista nº 08).

Trabalhei muito tempo no roçado com meus pais. Acho que comecei quando eu tinha uns dez anos. Depois, fui trabalhar numa usina de cana-de-açúcar, fiquei lá durante uns cinco anos. Tive um acidente de trabalho e, quando voltei, fui demitido (O acidente de trabalho ocorreu há mais de 15 anos). Fiquei com um problema na perna direita e não consegui mais trabalhar com carteira assinada. Fui trabalhar na construção, mas não fiquei muito tempo não, pois minha perna doía quando faço trabalho pesado. Estou há mais de dezessete anos vendendo frutas e legumes nas ruas (Ambulante, entrevista nº 14).

O conjunto dos relatos dos trabalhadores expressa uma realidade comum de tantos trabalhadores informais. Suas trajetórias são marcadas por trabalhos precarizados, com ausência de proteção social, mas, sobretudo, precoces, vivenciados ainda na infância e/ou adolescência. Com efeito, muitas vezes, essa inserção precoce é vista por parte da sociedade com base em concepções culturais e ideológicas que sustentam e naturalizam o trabalho infanto-juvenil enquanto elemento disciplinador e preventivo da marginalidade. Decerto, quando se trata daqueles inseridos em situação de pobreza, vulnerabilidade e em condições precárias de sobrevivência.

Ao contrário, a utilização da força de trabalho de crianças e adolescentes deve ser compreendida como uma das expressões da questão social, revelando, na contemporaneidade, as contradições próprias de uma sociedade forjada na exploração e na opressão, que sequestra a infância de milhões de brasileiros, conforme dados oficiais apresentados a seguir. A realidade de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil traz enormes consequências para a sua formação, com impactos reais para a saúde, o desempenho educacional, aliado à inexistência no tempo para o lazer, o convívio familiar e social, além da exposição em situações de abusos físicos, sexuais, emocionais e demais violações de direitos.

Embora o Brasil tenha firmado o compromisso junto à Organização das Nações Unidas (ONU), para erradicar o trabalho infantil até o final de 2025 (Antunes, 2025), os dados apresentam uma realidade ainda muito distante a ser alcançada. De acordo com a Pnad Continua 2022, o percentual de crianças e adolescentes, de 5 a 17 anos, em situação de trabalho infantil “[...] chegou a 1,607 milhão em 2023 [...] O contingente é 14,6% inferior ao registrado em 2022 (1,881 milhão) e o menor da série histórica da pesquisa, iniciada em 2016” (Agência IBGE Notícias, 2024, s/p). Os dados da Pnad sinalizam que quase dois terços desses jovens são pretos e pardos (65,2%). Essa disparidade estatística entre crianças negras e brancas é um espelho da nossa herança escravocrata. Seguem outros resultados da Pnad Continua 2022:

- Do total de crianças e adolescentes envolvidos em trabalho infantil, 1,182 milhão estavam envolvidas em atividades econômicas, ou seja, para geração de renda. As outras 425 mil trabalhavam apenas para o autoconsumo, ou seja, a produção de bens para uso dos moradores do domicílio ou de parentes não moradores, como criação de animais, pesca e agricultura;
- Quase metade dos casos de trabalho infantil no país se deram no comércio e reparação de veículos (26,7%) e na agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura (21,6%), com alojamento e alimentação (12,6%), indústria geral (11,0%) e serviços domésticos (6,5%);
- A região Norte concentrava a maior proporção de crianças e adolescentes em trabalho infantil (6,9%), seguida pelo Centro-Oeste (4,6%) e Nordeste (4,5%). Sudeste (3,3%) e Sul (3,7%) tinham as menores proporções.
- Em números absolutos, o Nordeste tinha o maior contingente em trabalho infantil (506 mil). O Sul tinha o menor número (193 mil) e também apresentou a maior queda em relação a 2022 (-28,8%) (Agência IBGE Notícias, 2024, s/p).

O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/1990, representa um importante instrumento jurídico na defesa dos direitos desta população, proibindo qualquer tipo de trabalho a menores de quatorze anos de idade, salvo na condição de aprendiz. Igualmente, a OIT estabelece uma série de normativas para coibir a inserção precoce no mundo do trabalho. No entanto, os dados apresentados pela Pnad Continua, embora sinalize um recuo, ainda são bastante alarmantes. Na Paraíba, a realidade não difere. Dados da referida pesquisa registraram que pelo menos 39,6 mil crianças e adolescentes, entre 5 e 17 anos, vivem nesta situação. Desse total, 11,4 mil (28,8%) vivem nas piores formas de trabalho infantil, e 74,1% são negros (29,3 mil). (Agência IBGE Notícias, 2024, s/p).

Como sublinhado, a exploração do trabalho infantil se configura como um fenômeno social complexo que, embora proibido, abarca milhões de crianças e adolescentes no mundo e no Brasil, em particular. Quando se analisa o impacto desse tipo de trabalho na saúde infanto-juvenil, o cenário é preocupante. A exposição desse segmento populacional ao trabalho precoce

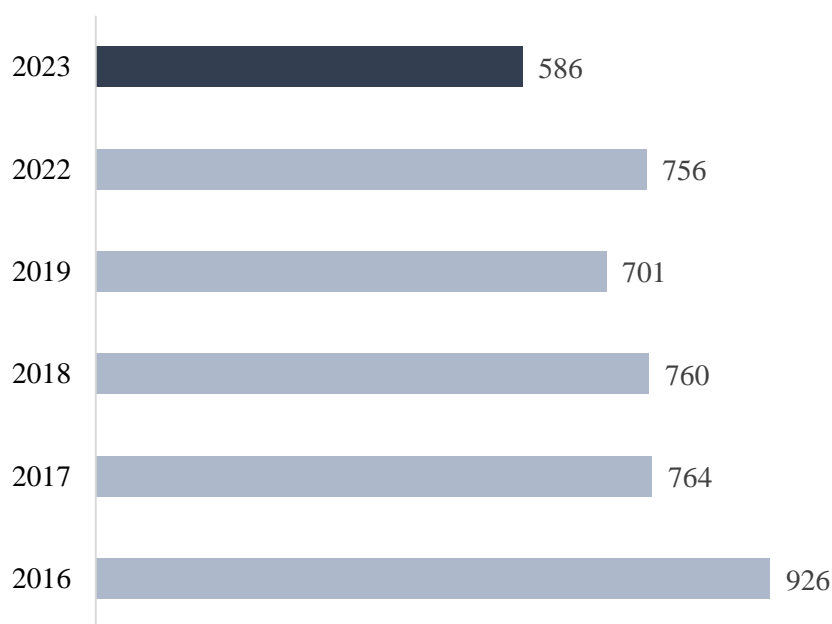
afeta a saúde mental, a pele, os sistemas musculoesqueléticos, imunológico, cardiorrespiratório e o nervoso (Minayo-Gomez; Meirelles, 1997).

De acordo com informações do Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil (FNPETI), divulgados em 2020:

[...] nos últimos 13 anos, 290 crianças e adolescentes entre 05 e 17 anos morreram em decorrência de acidente de trabalho e 29.495 sofreram acidentes graves, sendo que ano de 2020 foram contabilizadas 10 mortes, em 2019, 19, e em 2018, 25 mortes em ambiente laboral. Dos 29.495 acidentes graves citados acima, 10.789 acometeram a mão e 4.175 um dos membros superiores, sendo 748 amputações traumáticas ao nível do punho e da mão de crianças e adolescentes. Sendo a faixa etária 14 a 17 anos a mais atingida, com 28.536 notificações (Ministério Público-PA, 2020, s/p)

O Gráfico 15 apresenta os resultados da dimensão do trabalho infantil, enquanto uma questão de saúde pública, referentes aos dados anuais de 2016 a 2023.

**Gráfico 15 - Trabalho infantil (pessoas com 5 e 17 anos) – Brasil, 2024\***



Fonte: Elaboração própria (2024), a partir dos dados do IBGE (2023).

\*Nota: Em razão da pandemia de Covid-19 não houve mensuração dos dados nos anos 2020 e 2021.

O Gráfico 15 indica a seriedade e gravidade dessa problemática. Em 2004, o Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica de Saúde do Trabalhador, já formulava e buscava implementar uma Política de Saúde para a erradicação do Trabalho Infantil e Proteção do

Adolescente Trabalhador (Aguiar Jr; Vasconcellos, 2021). Ainda no mesmo ano, por meio da Portaria MS/G n.777, definiu-se que os acidentes do trabalho com crianças e adolescentes recebiam agravos de notificação compulsória. No ano seguinte, o Ministério da Saúde publicou o documento *Trabalho infantil: diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos*, com o objetivo de formar e dar suporte ao SUS, por meio de suas diretrizes, para formular estratégias para a prevenção e erradicação do trabalho infantil no país (Brasil/MS, 2005).

Como indicam os dados do Gráfico 15, essas estratégias não foram amplamente incorporadas na rede de atenção à saúde do SUS, no sentido de dar resposta a essa expressão da questão social. Sobre essa realidade, os autores Aguiar Jr e Vasconcellos (2021, p. 43) ressaltam que a discussão em torno do trabalho infantil:

[...] não parece ter sido suficientemente apropriado pelo setor Saúde, e dessa forma, o SUS ainda tem uma atuação relativamente tímida e incipiente diante de suas possibilidades na atenção à saúde relacionados ao trabalho infantil. Os principais avanços ficam mais restritos às notificações dos agravos relacionados ao trabalho infantil, ainda assim, com forte tendência à subnotificação.<sup>83</sup>

Conforme mencionado na parte introdutória desta tese, a subnotificação dos agravos à saúde dos trabalhadores, de adultos e, em particular, de crianças e adolescentes em situação de exploração do trabalho, é um agravante que permeia o campo da saúde do trabalhador no Brasil. Na Paraíba, não é diferente. A ocultação de acidentes e adoecimentos relacionados ao trabalho, por parte de agentes públicos, profissionais de saúde, reflete a seguinte realidade: atualmente, existem no estado paraibano 47 “municípios silenciosos”<sup>84</sup>, ou seja, que não notificaram nenhum agravo à saúde relacionado ao trabalho no Sinan.

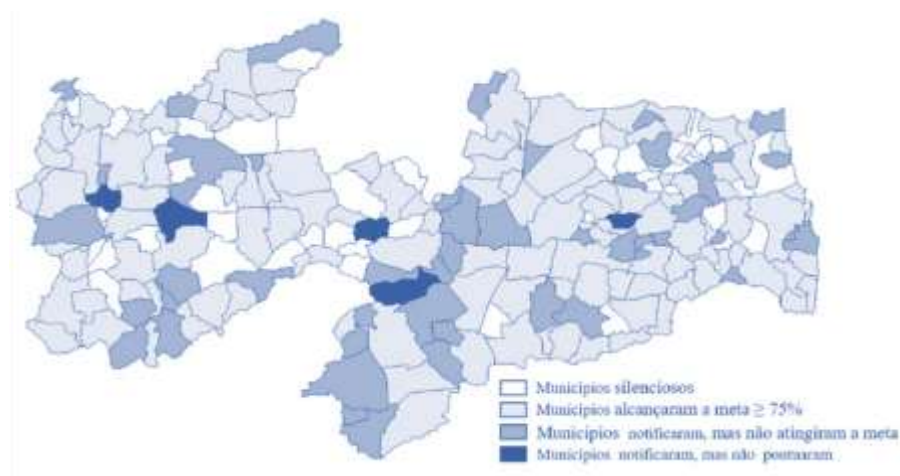
A Figura 8 sinaliza os municípios silenciosos no estado paraibano.

---

<sup>83</sup> A discussão sobre subnotificação dos agravos à saúde do trabalhador será retomada no capítulo 3 desta tese.

<sup>84</sup> Dados avaliados em 03 outubro de 2024 (Paraíba/SES/CEREST Estadual, outubro, 2024).

**Figura 8** - Distribuição dos municípios de acordo com a situação do indicador 13<sup>85</sup>, na Paraíba de janeiro a agosto de 2024



Fonte: SES-PB/Sinan, dados avaliados em 03 outubro de 2024.

Na 1ª Macrorregião de Saúde, área de abrangência do CEREST regional João Pessoa, há 16 “municípios silenciosos”<sup>86</sup>, conforme dados do Sinan, consolidados pelo CEREST estadual da Paraíba. De acordo com o procurador do MPT-PB, Marcos Almeida, em audiência ocorrida em novembro de 2024, “[...] os municípios que ‘escondem’ ou ‘omitem’ acidentes e adoecimentos relacionados ao trabalho serão punidos e poderão perder recursos públicos da saúde [...] foi dado um prazo de 10 dias para gestores de ‘municípios silenciosos’ regularizarem a situação e apresentem ao MPT um relatório comprovando a inclusão dos dados no Sinan” (MPT-PB, 2024, s/p).

No que concerne à subnotificação das doenças e agravos à saúde dos trabalhadores no território paraibano, os diretores do CEREST estadual e regionais expressaram os seguintes relatos:

Primeira coisa, quem notifica são os municípios. Então, os serviços não conseguem enxergar que aquele adoecimento que chega todo dia na porta do PSF, das UPAs, acidentes, queixas que têm correlação com o processo de

<sup>85</sup> De acordo com a Portaria GM/MS nº 233, de 9 de março de 2023, do indicador da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), é o indicador de número “13”, que se refere à “proporção de preenchimento dos campos ‘Ocupação (CBO)’ e a proporção de preenchimento dos campos ‘Atividade Econômica (CNAE)’ nas notificações por municípios notificador de; Acidente de trabalho (AT), Acidente com exposição a material biológico (ATMBIO) e Intoxicação exógena relacionada ao trabalho (IERT)” (SES-PB, 2024).

<sup>86</sup> São eles: Belém; Casserengue; Cruz do Espírito Santo; Cuitegi; Duas Estradas; Logradouro; Mari; Pedro Régis; Pilões; Pirpirituba; Rio Tinto; Serra da Raiz; Serraria; Sertãozinho; Sobrado e Solânea (Paraíba/SES/CEREST Estadual, outubro, 2024).

trabalho, ele não fala. Agora mesmo a gente fez treinamento para rede psicossocial. Impressionante é quando o pessoal começa a falar “meu Deus, é mesmo, tem correlação”. Mas o povo, não sei como é isso, eu acho que vendam os olhos para não enxergar que o trabalho adoce e mata. Então, eu acho que passa ali pela sensibilidade, além da alta rotatividade de profissionais de saúde nos municípios. Hoje você treina, forma um núcleo. Aí é só o povo chegando no grupo (*WhatsApp*) dizendo “não estou mais no município”. Ou falam que não sabe de nada, não passou por treinamento. O treinamento tem que ser contínuo, dentro da saúde do trabalhador, porque a gente não dá conta e não vence, não consegue vencer. Então, isso tudo fragiliza. É um dos motivos da subnotificação das doenças e agravos relacionados ao trabalho (Entrevista nº 03).

No que tange à subnotificação, hoje, a articulação junto com o Ministério Público do Trabalho tem contribuído fortemente para o aumento do registro dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. No estado da Paraíba, foi estabelecido, com todas as macrorregiões, inclusive João Pessoa, uma pactuação para a definição das referências técnicas em saúde do trabalhador por município. Então, todas essas referências técnicas e os secretários de saúde dos respectivos municípios foram convocados a partir de uma notificação do Ministério Público para dar início aos processos de registro das notificações ao trabalhador. É importante ressaltar também que nós estamos falando de municípios que, no seu sistema local de saúde, funciona majoritariamente a Atenção Primária em Saúde, a atenção especializada, os serviços ambulatoriais, urgências e emergências hospitalares são encaminhados para o município central, nesse caso, João Pessoa ou Campina Grande, que são mais próximos dos municípios que fazem a composição com a 1ª macrorregião do estado. Então, assim, termina que muitos casos de acidentes graves são encaminhados para essas referências de saúde na capital ou no município de Campina Grande para atendimento. Termina que esse registro também fica contabilizado no município de notificação. É importante pensar também que, quando a gente levanta as informações para os municípios de residências, a gente tem 100% dos municípios com registros ativos, no que diz respeito às notificações em saúde do trabalhador (Entrevista nº 04).

Veja só, o CEREST Campina Grande está desenvolvendo uma estratégia com relação à subnotificação. A gente consegue chegar um pouco mais próximo dos municípios que compõem a nossa área de abrangência, porque a gente tem um contato direto com as coordenações dos serviços de saúde. Nos municípios, a gente está desenvolvendo uma estratégia agora que vem dando bastante certo. Do jeito que a gente tá sendo avaliado pelo Qualifica CEREST<sup>87</sup>, a gente elaborou o projeto e estamos fazendo também um projeto de qualificação dos municípios, que é o Qualifica Municípios. Dentro desse projeto, a gente desenvolveu capacitação, treinamentos, ações e a gente traz as referências técnicas, capacita e fica monitorando os municípios. Isso vem dando muito certo; 70 municípios hoje, aliás 69, porque Campina já fica tranquilo. A gente teve um aumento aí em 70% de notificações dos municípios

---

<sup>87</sup> O Qualifica CEREST, elaborado pelo Ministério da Saúde em 2020, “[...] é um instrumento de monitoramento quadrimestral das ações desenvolvidas pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no país. A avaliação é composta por indicadores relacionados às ações de Vigilância, Assistência e Educação Permanente em Saúde do Trabalhador e envolve dados obtidos em sistemas nacionais, bem como informações registradas em questionário preenchido por cada CEREST. O objetivo é avaliar os Centros de Referência municipais e regionais de todo o Brasil e seus processos de trabalho, tendo como base a meta de Saúde do Trabalhador do Plano Nacional de Saúde (PNS)” (Jesus, 2021, s/p).



da nossa área de abrangência. Aí temos poucos municípios se notificações. Para a gente, é muito bom, mas a gente entende que, para haver notificação, tem que chegar ao conhecimento dos profissionais que estão recebendo aquele trabalhador na rede de atenção. Ele tem que ter o conhecimento sobre o acidente de trabalho e notificar. Isso é um desafio muito grande. Acredito que esse nosso projeto irá reduzir ainda mais a subnotificação das doenças e agravos relacionados ao trabalho aqui na Paraíba (Entrevista nº 01).

Existe sim uma subnotificação. Nós observamos que os municípios, às vezes, têm resistência quanto ao profissional notificar, e a gente também tem uma grande dificuldade com a rotatividade dos trabalhadores dos serviços de saúde. Então, a gente capacita uma equipe de um determinado município. Daí a pouco, essa equipe muda e vem um pessoal não capacitado que não tem visão em saúde do trabalhador. Então, esse é um grande prejuízo para a questão da subnotificação. Também temos municípios muito pequenos. Aí eu entendo que não é possível que não tenha ninguém com adoecimento do trabalho ali. Mas, como é pequeno, às vezes, a visão não é do trabalho, não consegue enxergar se reconhecer que é do trabalho. É tanto que, muitas vezes, quando a gente faz capacitação nos locais, o pessoal refere que “ah por isso que fulano nunca melhorou, porque vivia na unidade fazendo um tratamento e, ao mesmo tempo, ele estava sendo sapateiro na casa dele, inalando a cola, o solvente, e aí esse trabalhador não melhorava, porque estava no processo de trabalho e ele sempre estava doente”. Então, assim, às vezes, a não identificação que é do processo de trabalho, a mudança, rotatividade da equipe, é um problema também. Às vezes, realmente, a não responsabilidade do profissional e fazer a notificação, sabe. Uma estratégia que a gente vem trabalhando bem é capacitar, educar estudantes, estudantes da fisioterapia, estudantes da enfermagem, estudantes da psicologia, sempre a gente recebe no CEREST grupos de estudantes nesses perfis que podem migrar para um trabalho com a saúde do trabalhador, para que ele já esteja sabendo da importância da notificação. A gente também liga para os núcleos da saúde do trabalhador, informando que ele está silencioso, informando que há necessidade da notificação, que já está sendo cobrado pelo CEREST regional, estadual, inclusive pelo MP. A gente fala com o pessoal e diz “olha, a gente vai encaminhar um e-mail para que você possa cobrar sua equipe”. Aí eles dizem que têm essas resistências por parte dos profissionais. É um desafio constante (Entrevista nº 02).

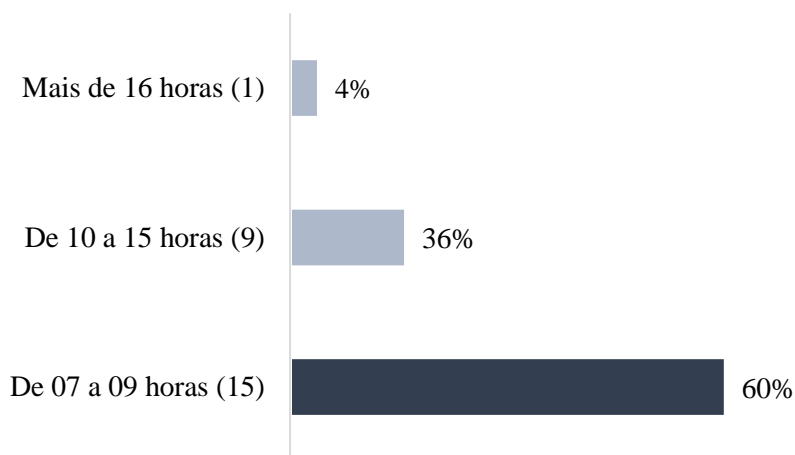
Embora a RENASTT estabeleça os CEREST como polo irradiador de integração, articulação e apoio matricial, fornecendo suporte técnico e especializado, para o desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador, nos demais serviços de atenção à saúde no SUS (Brasil/MS, 2012), por meio da fomentação de pactuação das ações de saúde, intra e intersetorialmente, no intuito de promover educação permanente em saúde do trabalhador, o conjunto dos depoimentos dos diretores dos CEREST aponta para a realidade persistente da subnotificação das doenças e agravos relacionados ao trabalho. Essa realidade reflete na ausência e/ou dificuldade de compreensão, por parte de profissionais de saúde, além da ausência de responsabilidade dos gestores municipais de saúde, em reconhecer o trabalho como gerador de sofrimento, doença e morte.

Retomando a análise dos dados da nossa pesquisa de tese sobre o tempo de trabalho na ocupação atual, o Gráfico 14 aponta com menor tempo: entregadoras por aplicativo e esteticista. Nas palavras da trabalhadora do serviço de beleza e estética:

Até os vinte cinco anos, trabalhei num bar. Mas não aguentava mais lidar com pessoas bêbadas. E era muito distante da minha casa [...]. Sempre gostei de mexer com cabelos, cortava os cabelos das minhas primas e do meu irmão. Comecei fazendo manicure e pedicure para atrair os clientes. Depois fui fazer um curso de cabeleireiro. Quando consegui o Fies (Fundo de Financiamento Estudantil)<sup>88</sup>, fui cursar faculdade para aprimorar meus conhecimentos e expandir para outras áreas. Em 2015, abri um salão de beleza na minha casa e ofereço diversos serviços [...]: designer de sobrancelhas; sobrancelhas de henna, micropigmentação; manicure e pedicure; tratamento estético das mãos e dos pés; cortes das unhas, cutilagem, polimento e esmaltação. Também corto cabelos, escovo, faço selagem, coloração, hidratação e progressiva; depilação; limpeza de pele e massagem relaxante (Esteticista, entrevista nº 24).

Quanto à média de horas habitualmente trabalhadas, os dados estão apresentados no Gráfico 16 a seguir.

**Gráfico 16 - Média de horas trabalhadas**



Fonte: Elaboração própria (2024).

Conforme o Gráfico 16, os maiores índices de cargas horárias se encontram de 07 a 09 horas diárias, equivalente a 60%. A pesquisa verificou que os registros de maior percentual de

<sup>88</sup> De acordo com o Ministério da Educação, o Fies “é uma ação do Governo Federal destinada a financiar a graduação de estudantes matriculados em cursos presenciais não gratuitos e com avaliação positiva nos processos de avaliação conduzidos pelo Ministério da Educação. O programa financia até 100% do valor dos encargos educacionais cobrados pelas instituições de ensino com adesão ao Fundo, de acordo com a renda familiar mensal bruta do estudante e do comprometimento dessa renda com o pagamento da mensalidade” (Brasil/ME, 2024, s/p).

hora trabalhada dizem respeito às ocupações de pedreiro, ambulante e diarista. Por outro lado, a pesquisa constatou que uma entregadora por aplicativo chega a trabalhar mais de 16 horas ao dia. A pesquisa também constatou que todos os 25 trabalhadores entrevistados trabalham nos finais de semana. As entregadoras por aplicativos são as únicas que trabalham sábados e domingos.

Decerto, esses resultados revelam que os trabalhadores estão submetidos à insegurança, ausência de proteção social, jornadas intensas e com sobrecargas de trabalho. No caso das mulheres, entre o trabalho no espaço laboral e doméstico, elas estão atravessadas por relações de classe, raça e gênero, além da produção do cuidado, com impactos reais para a saúde, conforme podemos observar nos relatos a seguir:

Trabalho todo tempo. É muito cansativo. Quando chego em casa, tem mais trabalho. Quase não descanso. Ando esgotada. Vivo com dores nas costas e na coluna. Acho que é porque fico muito tempo em pé, curvada. Às vezes, minhas pernas ficam dormentes. Também tenho muitas dores nos ombros e braços. Quando faço faxina em uma das residências, parece que eles juntam todas as louças do mês para eu lavar (Diarista, entrevista nº 05).

Durante o meu dia de trabalho, realizo as seguintes tarefas: limpo e arrumo todo o local em seus mínimos detalhes. Lavo as janelas, banheiros, cozinha, área de serviço, garagem. Limpo o chão, os móveis de toda a residência e ainda coloco o lixo para ser recolhido. À noite, estou muito cansada. Tenho muito dores nas pernas e na coluna (Diarista, entrevista nº 02).

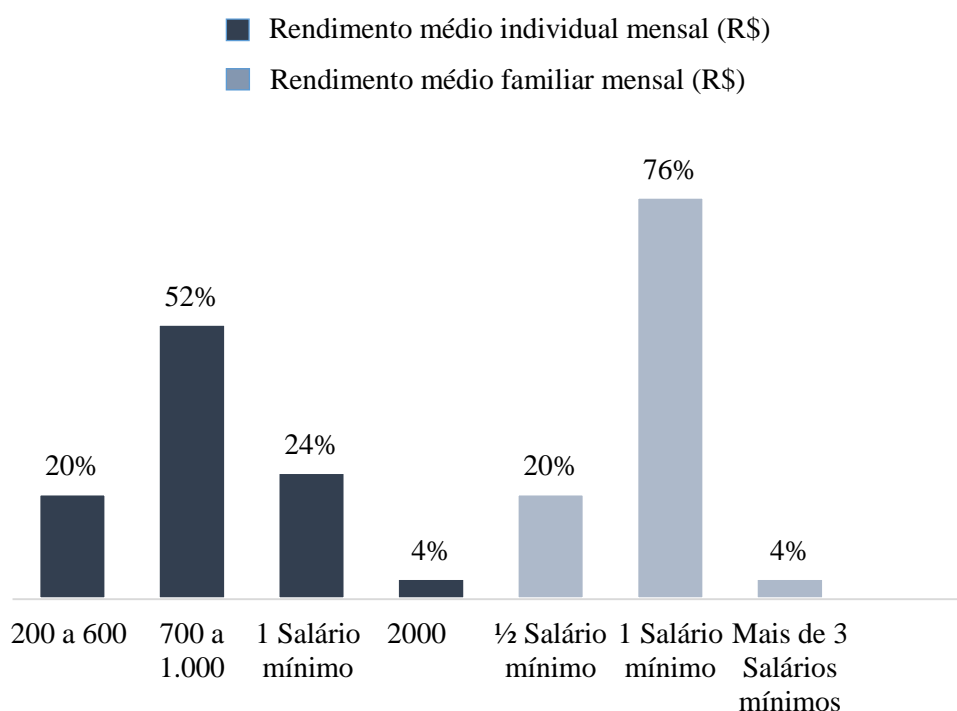
Trabalhar como entregadora é bem cansativa. A sobrecarga de trabalho é muito alta. A gente não para! E, quando chega em casa, ainda têm as tarefas domésticas, filho para cuidar. É muito estressante conciliar trabalho e as atividades de casa. À noite, estou com muitas dores nos ombros e na coluna, sem contar a ansiedade que estou passando. Acredito que foi em razão de uma situação que passei. Fui assediada sexualmente por um outro entregador. Foi bem difícil essa situação. Nem tive coragem de contar em casa [...] (Entregadora por aplicativo, entrevista nº 22).

A carga, sobrecarga e a intensificação do trabalho, que, na maioria das vezes, exigem uma mobilização física e subjetiva exaustiva, teoricamente é conceituada através de alguns olhares. Para a autora Seligmann-Silva (1994, p. 42), a carga de trabalho é compreendida enquanto o “[...] conjunto de esforços empreendidos para atender as exigências das tarefas, incluindo esforços físicos, cognitivos e emocionais [...]”. Para Laurell e Noriega (1989, p. 32), o conceito geral de carga de trabalho perpassa um conjunto de variáveis pertinentes ao processo e dinâmica de trabalho, que incidem diretamente sobre o trabalhador, exigindo deste um “esforço contínuo de regulação e de adaptação para a obtenção dos resultados da produção”.

De acordo com Lacaz (2007, p. 760), a nocividade do processo de trabalho sob os influxos do capital produz implicações, a exemplo da “[...] alienação; sobrecarga e/ou subcarga; pela interação dinâmica de ‘cargas’ sobre os corpos que trabalham, conformando um nexo biopsíquico que expressa o desgaste impeditivo da fluidez das potencialidades e criatividade”.

Quanto ao rendimento individual e familiar dos trabalhadores informais, o Gráfico 17 expõe os seguintes resultados:

**Gráfico 17 - Rendimento médio individual e familiar<sup>89</sup>**



Fonte: Elaboração própria (2024).

No detalhamento das informações sobre renda individual e familiar, a pesquisa verifica o baixo rendimento dos trabalhadores informais que residem na região metropolitana de João Pessoa/PB. Os menores rendimentos se encontram entre os trabalhadores que ganham entre R\$ 200 a R\$ 600 (20%) e os que ganham entre R\$ 700 a R\$ 1.000 (52%) dos trabalhadores entrevistados. Apenas um trabalhador (pedreiro) afirmou ganhar mais de 02 salários-mínimos. O emprego sem carteira assinada, assim como o trabalho por conta própria, representa para o trabalhador um maior risco de oscilação da renda (Neris; Fontes, 2010), considerando que seus

<sup>89</sup> Durante o ano da realização da pesquisa empírica, o valor do Salário Mínimo era de R\$ 1.320,00.

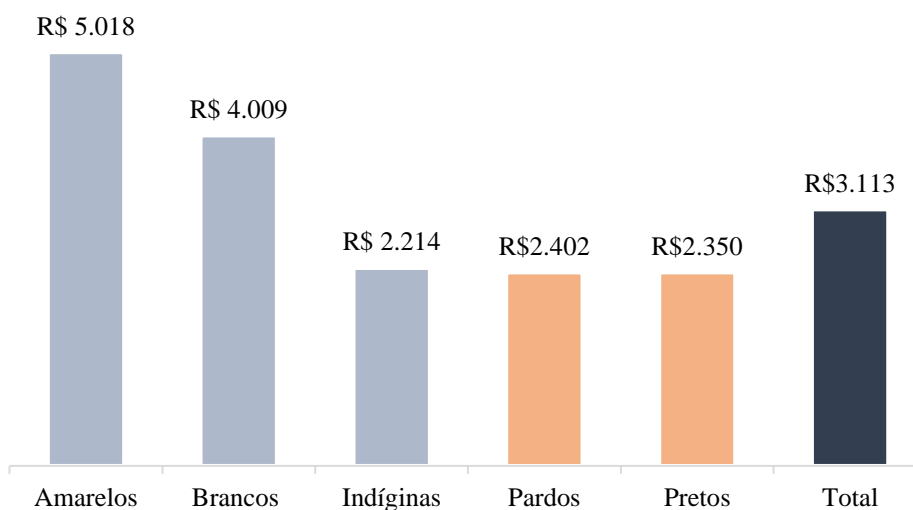
rendimentos são determinados pela compra e venda de produtos. Além disso, os trabalhadores ficam mais vulneráveis à sazonalidade, com impacto direto sobre o aumento da desigualdade de renda.

Os resultados da nossa pesquisa de tese sobre rendimento salarial estão em sintonia com os dados divulgados pela Síntese de Indicadores Sociais (SIS) do IBGE (2024): “João Pessoa, como a capital com maior concentração de renda do país. Em 2010, a capital paraibana ficava em nono lugar entre as capitais mais desiguais do Brasil. Em 2023, passou a ocupar o primeiro lugar desta lista”. (IBGE/SIS, 2024, s/p). Enquanto João Pessoa é apontada como “[...] um dos destinos mais procurados do mundo, referência em qualidade de vida e belezas naturais”. (Portal G1 PB, 2024, s/p), os indicadores sociais para uma significativa parte da população desvelam uma realidade bem diferente das apresentadas e divulgadas pelas mídias sociais do governo municipal e das operadoras de turismo Brasil afora.

De acordo com o IBGE, o salário médio mensal dos trabalhadores formais da capital paraibana é de 2,7 salários mínimos. Por outro lado, “[...] o rendimento médio individual dos 10% mais ricos em João Pessoa é de R\$ 26.070, para os 40% mais pobres da capital esse rendimento é de R\$ 972. Esse número é maior do que a média da Paraíba, que é de 18,6, e mais do que o dobro das proporções tanto para o Nordeste como para o Brasil, de 13,2 e 11,9, respectivamente” (Portal G1 PB, 2024, s/p). Outrossim, segundo os dados do IBGE, 7,4% da população da Paraíba, quase 300 mil pessoas, “[...] está vivendo em situação de extrema pobreza, ou seja, tinham rendimento domiciliar per capita abaixo da linha de extrema pobreza definida pelo Banco Mundial (US\$ 2,15 PPC por dia ou R\$ 209 por mês). No Brasil, a proporção da população em extrema pobreza era de 4,4%, enquanto no Nordeste era de 9,1%” (*Ibidem*),

Sobre o cruzamento de rendimento salarial e pertença étnico-racial no mercado de trabalho formal, o BoleM Especial do Dieese *Especial 20 de novembro de 2024 – Dia da Consciência Negra* destaca os seguintes resultados, conforme mostra o Gráfico 18.

**Gráfico 18** - Rendimento médio do trabalho segundo cor/raça – Brasil, 2º trimestre de 2024



Fonte: Elaboração própria (2024), com base em Dieese (2024).

Os dados do Gráfico 18 sintetizam a análise elaborada ao longo deste subcapítulo: a persistente desigualdade racial no mercado de trabalho brasileiro. Ao analisar esses dados pelo olhar de gênero, essa realidade é ainda mais distinta. Dados da RAIS de 2023, divulgados em novembro de 2024 pelos ministérios do Trabalho e Emprego e das Mulheres (MM), apontam que as mulheres ganham 20,7% menos que homens em empresas com mais de 100 funcionários. Em cargos de gerência, a diferença salarial é ainda mais acentuada: 27% a menos (Brasil/MTE, 2024). Esses dados evidenciam, para além do capitalismo patriarcal e racista, o descumprimento da Lei da Igualdade Salarial, nº14.611/2023<sup>90</sup>, sancionada pelo presidente Lula (PT).

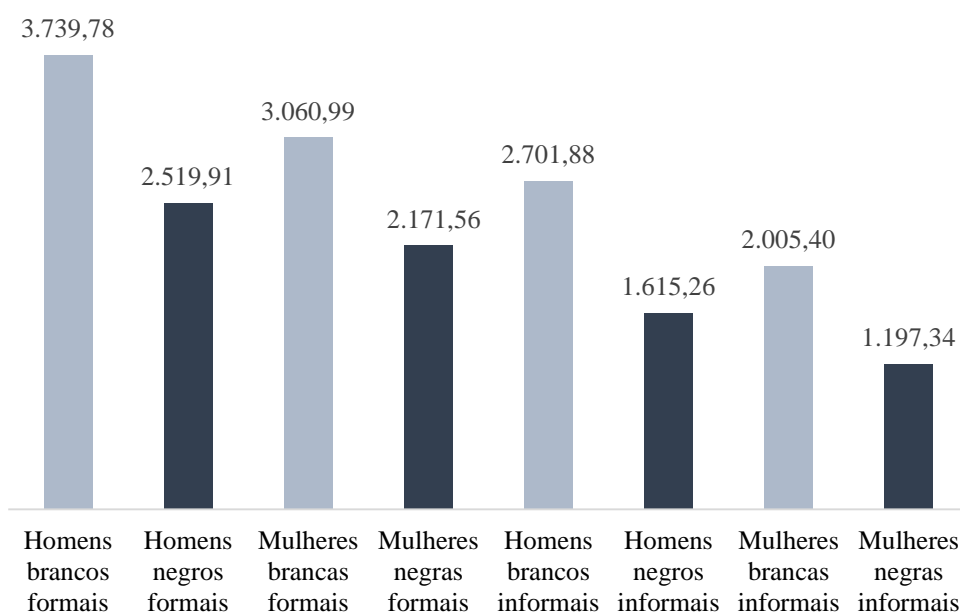
Considerando o panorama exposto, Silva (2024, p. 07) explica que:

[...] o combate à desigualdade de gênero no mercado de trabalho brasileiro exige uma combinação de políticas públicas, regulamentações e comprometimento por parte do setor empresarial. A implementação de iniciativas como o Programa Pró-Equidade de Gênero e Raça, a Lei de Igualdade Salarial e de Critérios Remuneratórios e os relatórios de transparência salarial implementados por ela representam passos fundamentais para enfrentar práticas arraigadas de desigualdade e discriminação.

<sup>90</sup> A igualdade salarial entre homens e mulheres já constava em normas legais vigentes no Brasil, como a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (Art. 5.º e 7.º); a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT, Art. 461); a Convenção n.º 100 da OIT, ratificada pelo Brasil; e a Lei n.º 9.029, de abril de 1995 (Silva, 2024, p. 04).

A desigualdade de gênero no Brasil é agravada pela desigualdade racial e regional (Silva, 2024). É ilustrativa desta persistente desigualdade de raça e gênero no mercado de trabalho a comparação do rendimento mensal entre trabalhadores formais e informais, divulgada pelo Relatório do *Mapeamento do trabalho informal no Brasil* (2022). O Gráfico 19 contém essas informações:

**Gráfico 19** - Média de rendimento nominal mensal por posição na ocupação, sexo e raça, em reais – Brasil, 1º trimestre de 2022 (em R\$)



Fonte: Elaboração própria (2024), com base em Fundo Brasil (2022).

Os dados expostos no Gráfico 19 corroboram as análises já delineadas sobre a estrutura social que reproduz as práticas hierarquizantes de desigualdades de gênero, raça e classe, pelo olhar da interseccionalidade, como conceitua Kimberly Grenshaw (1991 *apud* Meirelles, 2023). Segundo Akotirene (2019, p. 19), busca-se “[...] dar instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado – produtores de avenidas identitárias em que as negras são repetidas vezes atingidas pelo cruzamento e sobreposição de gênero, raça e classe, modernos aparatos coloniais [...]”, que atravessam e demarcam o lugar de precariedade, informalidade e exclusão do povo negro no mercado de trabalho no Brasil.

A nossa pesquisa de tese também constatou que todos os trabalhadores entrevistados afirmaram que as suas condições de trabalho pioraram nos últimos 05 anos. Ademais, a quase

totalidade dos entrevistados (95%) informaram que os seus rendimentos não são suficientes para a manutenção das despesas, custos pessoais e familiares. À vista deste cenário, apontaram como estratégias de manutenção e reprodução social o acesso ao programa de transferência de renda, o Bolsa Família<sup>91</sup>, com representação de 09 trabalhadores (36%), e o Benefício da Prestação Continuada (BPC/LOAS)<sup>92</sup>, dois trabalhadores (ambulantes, 8%). Os demais (52%), ou 13 trabalhadores, relataram que o complemento de renda se efetiva por meio de redes de sociabilidade, como a da vizinhança, familiar e da igreja evangélica.

Dados da Pnad Continua 2022 demonstra que 01 em cada 05 lares brasileiros recebeu o PBF em 2023. Além disso, “[...] a proporção de domicílios com pelo menos um beneficiário do programa chegou ao maior patamar da série histórica, com 19%. Os maiores percentuais estavam concentrados nas regiões Norte, com 31,7%, e Nordeste, em 35,5% dos lares” (Brasil/MDS, 2024, s/p). Como alude Silva e Silva (2010), o PBF consiste no maior programa de transferência de renda em implementação no país, assumindo a centralidade do Sistema de Proteção Social, considerado como um dos mecanismos centrais para intervenção da Política de Assistência Social, tendo os Centros de Referências da Assistência Social (CRAS) como a porta de entrada e o espaço de acolhimento e de atendimento das famílias beneficiárias.

Importa ressaltar que, embora se configure como o maior programa de proteção social já desenvolvido no país, não implica na superação da pobreza. Como bem expõem Silva e Silva e Lima (2010, p. 58), significa, sobretudo:

---

<sup>91</sup> De acordo com o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, para ter direito ao Programa Bolsa Família, “[...] a principal regra é que a renda de cada pessoa da família seja de, no máximo, R\$ 218 por mês. Por exemplo, se apenas um integrante da família tem renda e recebe um salário mínimo (R\$ 1.412), e nessa família há sete pessoas, a renda de cada um é de R\$ 201,71. Como está abaixo do limite de R\$ 218 por pessoa, essa família tem o direito de receber o benefício” (Brasil/MDS, 2024, s/p). Cabe destacar que, em novembro de 2024, o Congresso Nacional aprovou em caráter de urgência o Projeto de Lei (PL) 4614/2024, que altera regras para concessão do BPC, enquanto medida de ajuste fiscal do governo federal. Entre os principais pontos, o PL impõe: “[...] barreiras tecnológicas para acesso e permanência do benefício - a exemplo do cadastro biométrico e da atualização cadastral, sem investimento para viabilizá-la. Além disso, limita o aumento real do salário-mínimo e, consequentemente, o valor do BPC, colocando em risco a renda da pessoa beneficiária para suprir suas necessidades básicas. Outro ponto de retrocesso é a redução das pessoas idosas e das pessoas com deficiência a categoria de ‘infracidadãs’, ao alterar o conceito de ‘família’ sem sustentação jurídica, social e científica. [...]. O projeto também coloca em risco a chance de sobrevivência de famílias com múltiplos membros em situação de pobreza, pois revoga a regra de não contabilizar a renda de um BPC já concedido e de outros benefícios da Seguridade Social para a elegibilidade de outro membro ao BPC. O PL tem caráter racista, capacitista, misógino, patriarcal e etarista, afronta o Estado social brasileiro e poderá gerar fome, colocando em risco a vida da população” (CFESS, 2024, s/p).

<sup>92</sup> O BPC está previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e constitui “[...] a garantia de um salário mínimo por mês ao idoso com idade igual ou superior a 65 anos ou à pessoa com deficiência de qualquer idade. No caso da pessoa com deficiência, esta condição tem de ser capaz de lhe causar impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo (com efeitos por pelo menos 2 anos), que a impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas” (Brasil/MDS, 2024, s/p).

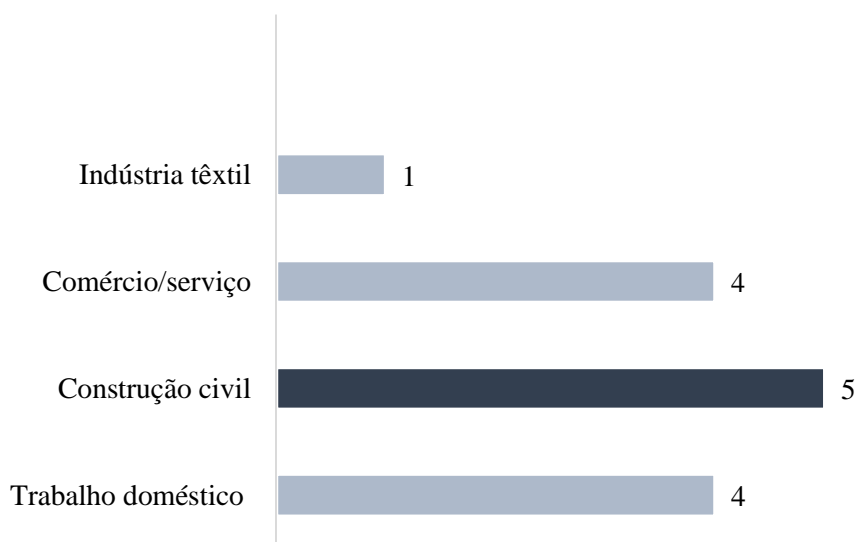


[...] um esforço de administração e de controle do modo a contribuir para que a pobreza mantida num determinado patamar não avance. Entendemos ser esse o limite que o capitalismo impõe à política social, permitindo que, contraditoriamente, atenda a algumas necessidades reais das populações, mas que esse atendimento permaneça em um patamar que não secundarize a produção, a produtividade e o lucro.

Ainda com base nos dados do Gráfico 19, apenas um trabalhador (pedreiro) informou que a renda familiar é suficiente para a manutenção das despesas domésticas. De acordo com o trabalhador, essa realidade só é possível “[...] porque minha esposa e meus dois filhos adultos trabalham com carteira assinada e ganham bem. Como eles ainda moram em casa, eles ajudam nas despesas do dia a dia, ajudam na compra de alimentos, pagam a energia e a internet” (Pedreiro, entrevista nº 11).

Em relação à carteira de trabalho, os dados da nossa pesquisa de tese registram que 16 trabalhadores (64%) já tiveram a carteira de trabalho assinada. Os demais (36%) nunca tiveram acesso. Os trabalhadores informaram que, durante o período que trabalharam com carteira assinada, se encontravam inseridos nas seguintes atividades, como demonstra o Gráfico 20:

**Gráfico 20** - Ocupação durante o período de carteira de trabalho assinada (n)



Fonte: Elaboração própria (2024).

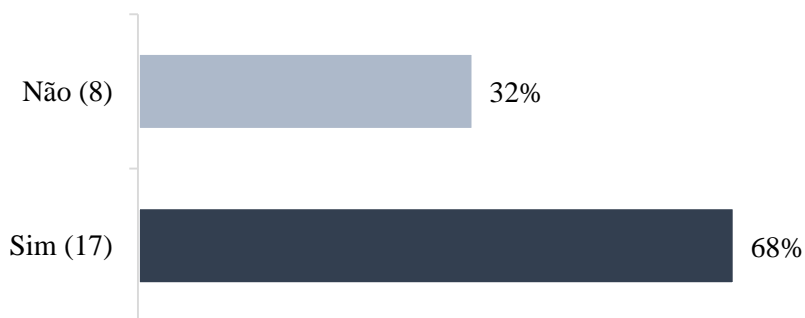
Como desdobramento dos dados apresentados no Gráfico 21, dentre os 16 trabalhadores que já tiveram carteira de trabalho assinada, o tempo de permanência apresentado que variou de 02 a 04 anos constitui a maior parte, equivalente a 11 trabalhadores; de 05 a 11

anos equivale a 04 participantes; e apenas um trabalhador da construção civil afirmou ter permanecido mais de 12 anos com carteira de trabalho assinada. Esses dados indicam que, quando há formalização, ela se dá por pouco tempo, demonstrando a constância da situação de vulnerabilidade para esses trabalhadores. É uma marca.

Mesmo diante de um contexto de transformações que assolaram o mundo do trabalho, com impactos reais na dinâmica do emprego e desemprego no país, como apontam as reflexões tecidas nos Gráficos 2 e 5 da nossa pesquisa, e das implicações das contrarreformas trabalhista e previdenciária, a carteira de trabalho assinada ainda representa para o trabalhador, o acesso ao sistema de proteção social, como férias, 13º salário, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), seguro-desemprego e direitos previdenciários.

Ao serem questionados sobre o desejo de possuir carteira de trabalho assinada atualmente, dos 25 trabalhadores entrevistados, 17 responderam afirmativamente, o que corresponde a 68%. Os demais trabalhadores informais (32%) relataram não ter interesse na carteira assinada. Entre estes, 02 trabalhadores declararam não ter interesse por serem beneficiários do BPC/LOAS. Esses dados estão apresentados no Gráfico 21:

**Gráfico 21** - Interesse na carteira de trabalho assinada



Fonte: Elaboração própria (2024).

A pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getúlio Vargas (FGV-Ibre), com 5.321 pessoas, em março de 2024, constatou que “[...] 75,6% dos autônomos com renda de até um salário-mínimo (R\$ 1.412) gostaria de ter um trabalho com carteira assinada. Já entre aqueles com renda entre um e três mínimos, o nível chega 70,8%” (FGV-Ibre, 2024, s/p). Para os trabalhadores mais precarizados, o interesse era maior. A pesquisa destaca que “[...] 75,6% dos autônomos com renda de até um salário mínimo (R\$

1.412) gostaria de ter um trabalho com carteira assinada. Já entre aqueles com renda entre um e três mínimos, o nível chega 70,8%” (*Ibidem*).

Como demonstra o Gráfico 21 da nossa pesquisa de tese, 68% dos trabalhadores informais sinalizaram o interesse pela carteira de trabalho assinada. Destacam-se os seguintes relatos:

Eu trabalhei como atendente de lanchonete durante quatro anos. Tinha carteira assinada, férias, 13º salário e outros direitos. Era muito bom. Aí veio essa pandemia, fiquei desempregada e não consegui mais voltar a trabalhar com carteira assinada. Se fosse para escolher, com certeza eu queria ter novamente a carteira assinada. Pelo menos a gente tem um salário fixo (Entregadora por aplicativos, entrevista nº 23).

Apesar do trabalho ser muito cansativo, tinha carteira assinada. Tinha folga e garantia de me aposentar. Hoje tenho que trabalhar em várias casas para conseguir um dinheiro a mais. Vejo como é importante a carteira assinada. [...]. Atualmente, estou doente e não tenho como me afastar do trabalho e ter um auxílio do INSS. Infelizmente, está difícil conseguir um trabalho com a carteira assinada (Diarista, entrevista nº 05).

Esses depoimentos atestam que, embora a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) “[...] como um todo, está longe de ser uma maravilha, mas se o trabalho é assalariado (independentemente da aparência do contrato), o pior é não ter a formalização”, o reconhecimento do trabalho e os direitos mínimos garantidos (Filgueiras, 2021, p. 153).

Os trabalhadores informais (32%) que não demonstraram o desejo pela carteira de trabalho assinada expressaram os seguintes relatos:

Eu prefiro trabalhar sem carteira assinada. Quando trabalhava na fábrica (têxtil), era muito pesado. A gente trabalhava muito, era muito cansativo. Tinha dia que costurava mais de 300 toalhas de banho [...] A gente sofria muito assédio (moral) por parte do supervisor. Era muita meta para bater. Quando chegava em casa, eu estava acabada. Tinha dias que não conseguia nem pentear meus cabelos com tanta dor nos braços e punhos. Mesmo adoecida, prefiro trabalhar por conta própria, pois consigo trabalhar dentro das minhas condições (Costureira, entrevista nº 25).

Apesar das longas horas de trabalho e de estar exposta a mais riscos de acidentes e violência, eu prefiro trabalhar sem carteira assinada. Tenho mais autonomia para conciliar melhor as entregas com minhas atividades de casa. [...]. Como tenho dois filhos pequenos, nem sempre minha mãe pode me ajudar. Assim, eu consigo organizar melhor meus horários de trabalho (Entregadora por aplicativos, entrevista nº 21).

Prefiro trabalhar sem carteira assinada, pois tenho mais flexibilidade e mais liberdade em fazer o meu próprio horário de trabalho (Entregadora por aplicativo, entrevista nº 23).

Sobre a percepção da entrevistada, Filgueiras (2021, p. 152) afirma que há uma retórica do empreendedorismo, da “‘ilusão de liberdade’, da presunção de que vai ganhar mais como ‘autônomo’, [...] a rejeição ao contrato formal de emprego pode envolver a resistência às condições cada vez mais precárias sob a CLT, bem como à própria subordinação”, desse *novo proletariado de serviços* da era digital (Antunes, 2023).

A ampliação da desproteção estatal e os desafios atuais para o campo da saúde do trabalhador, assim como para os sindicatos, coletivos de trabalhadores e associações políticas, frente ao aumento das doenças, acidentes e mortes nos ambientes e processos de trabalho, são elementos de análises dos próximos dados. O controle social é um importante mecanismo de fortalecimento da saúde dos trabalhadores, considerando a historicidade de lutas por melhores condições de trabalho e saúde no país, que constituem, desde a criação do SUS, “[...] os espaços institucionalizados para [...] a formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (Brasil/CNS, 2024, p. 24). No campo da saúde trabalhador, há a Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador (CISTT).

De acordo com o Documento orientador da 5ª CNSTT,

[...] essas comissões devem ter sua composição de maneira mais representativa possível, garantido a presença de conselheiros de saúde (titulares e/ou suplentes), órgãos/gestores ligados à política de STT e entidades sociais (movimentos sociais, movimento sindical, associações, empregadores, universidades, etc. A CISTT Nacional assessora o CNS na formulação de estratégias e no controle da execução de políticas públicas de saúde reiterando os princípios do SUS e do controle social. Em um levantamento realizado pelo Diesat com o CNS, atualmente existem 271 CISTT, sendo 27 estaduais e 244 municipais (Brasil/CNS, 2024, p. 24).

Levando em conta a relevância do controle social no SUS, particularmente na saúde do trabalhador, perguntou-se aos diretores dos CEREST estadual e regionais da Paraíba e aos representantes sindicais os *desafios atuais que se colocam à participação popular e dos trabalhadores para o fortalecimento do campo da saúde do trabalhador*. Os diretores dos CEREST elencaram os seguintes desafios:

Eu acho que não pode existir saúde do trabalhador sem o controle social. Até as fragilidades dos CEREST é porque não tem controle social. Na hora que a gente tiver um controle social, a gente não passa por perrengue, porque o próprio controle social é quem vai articular, demandar junto à gestão. Então, isso é muito importante, mas eu acho que o controle social começou a cair quando ele passou a ser situação, na hora que a gente começou como um trabalhador sendo presidente da gente. A gente achou que estava tudo muito

bem. Eu acho que a gente descansou, relaxou em berço esplêndido, né? Então, todo mundo ficou “paradão”, não se movimentou. [...] A gente tem que criticar mesmo, mesmo que seja os dos nossos lados. Isso não ocorreu, isso enfraqueceu muito a saúde do trabalhador. Enfraqueceu o controle social. A gente tão não consegue que o pessoal assuma a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT), porque eles consideram um trabalho a mais, ninguém quer se envolver, o povo não é mais aguerrido como era antigamente, e a gente precisa, porque, se a gente olhar para nossa situação, hoje, a nível de Brasil, a nível de política, quem manda não é o presidente, quem manda são os deputados federais e os senadores. Quando o controle social for para rua, quando nós trabalhadores formos para rua, começar a reivindicar os direitos, eles (senadores/deputados) vão ter medo, porque somos nós que elegemos eles. Então, enquanto isso não ocorrer, a saúde do trabalhador não terá visibilidade, importância para a toda sociedade (Entrevista nº 03).

Entre os desafios presentes no que diz respeito ao controle social junto à PNSTT, penso eu que, de fato, é a apropriação desse espaço pelos trabalhadores. Os trabalhadores precisam se apropriar da política de saúde trabalhador, sobretudo os seus segmentos sindicais, os seus centrais sindicais, e fazer o espaço dos CEREST um espaço de fortalecimento da luta política na defesa do direito à saúde, nos ambientes de trabalho, na perspectiva do fortalecimento do SUS a partir da atuação do controle social, a fim de colocar na prática aquilo que está dentro das prerrogativas legais, das legislações, desde a Constituição Federal, desde a Portaria de instituição dos CEREST, desde a fundação da RENASTT, enfim, trazer isso para o campo da materialidade concreta junto à efetivação da política. Então, acho que esse é um dos grandes desafios: trazer o controle social para essa luta, para esse embate, para o campo do CEREST. Não fazer dos CEREST apenas um espaço ambulatorial especializado, que vai atender os trabalhadores já adoecidos, que vai fazer uma ação de vigilância numa empresa que a gente encontra, por exemplo, alguma irregularidade e que está negligenciando, por exemplo, a questão da saúde do trabalhador. Isso é importante. Isso é necessário. Não tiro a importância desse aspecto. Mas, sobretudo, mobilizar uma luta política para o fortalecimento desta política de saúde, na vertente do mundo do trabalho, ultrapassando os muros dos CEREST, e articulando saúde, direito previdenciário e o próprio direito a inserção ao trabalho, enquanto política de Estado. Eu acho que esse é um desafio muito grande frente ao controle social. Por que eu falo isso? Porque nós estamos falando de uma política de Estado que está posta no aspecto da saúde enquanto defesa de um ambiente saudável, de um ambiente capaz de produzir a saúde que não negligencia e que não é nocivo ao trabalhador. Mas, por outro lado, esquece, nesse aspecto, a interlocução com a previdência social, a interlocução, por exemplo, com o Ministério do Trabalho e Emprego, com as perspectivas de desenvolvimento econômico e social do Estado brasileiro. Então, assim, existe uma fragilidade muito grande nesse campo. Então, a questão da saúde do trabalhador, ela não está apenas no aspecto da saúde, enquanto intervenção de saúde pública. Ela está dentro das demais políticas que permeiam os determinantes sociais de saúde. E, entre elas, está o acesso às políticas sociais, à política de trabalho e emprego. Tem todos esses aspectos que precisam ser observados (Entrevista nº 04).

A gente tem entrave muito grande com o sindicato. Acredito até que a gente vai ter que repensar as estratégias para os próximos anos, para trazer mais para perto da gente os sindicatos. Mas, hoje em dia, o que a gente recebe deles são

denúncias, cobranças por relatórios, para que eles possam brigar judicialmente, ou através do próprio MPT, por melhorias nos ambientes de trabalho. Mas assim, vejo que os sindicatos deveriam ser mais atuantes, porque se o CEREST ficar só recebendo denúncias de todo tipo, como a denúncia que o trabalhador não recebe 13º, não recebe férias, isso não é o papel do CEREST. Eles não entendem ainda qual é o papel do CEREST para que a gente realmente possa caminhar com eles. A gente também precisa do apoio deles. Aqui a gente tem mais aproximação com o sindicato dos comerciários. Em outros momentos, a gente já teve um apoio da construção civil (Entrevista nº 01).

Atualmente, a CISTT não funciona. Já teve, mas não está em funcionamento. Eu não sei o motivo, porque desde que eu cheguei eu tive apenas uma reunião com o conselho de saúde do município. É bem atuante. Então, a gente tem uma boa relação. Inclusive, o conselho cobra muito da gestão municipal, para a efetivação da saúde trabalhador. A gente só mantém contato com o sindicato dos mototaxistas e do sindicato rural. Eles são bem atuantes, e a gente busca para tentar fazer ações em conjunto eles. São ações pontuais, ainda não vejo assim como se fosse uma ação para dar continuidade, sabe? Por conta da questão do número de profissionais do CEREST ser insuficientes para tanta demanda (Entrevista nº 02).

Em um contexto de insegurança no trabalho, com as distintas formas de contratos e relações laborais, com impactos reais para a saúde dos trabalhadores, como já mencionado no decorrer desta tese, os depoimentos dos diretores dos CEREST explicitam a fragilização da organização do controle social e da participação popular na saúde do trabalhador. A fragilização e/ou ausência dos sujeitos coletivos enfraquecem a luta no campo da saúde do trabalhador, considerando que ações e práticas neste campo são fundamentais para a materialização das fiscalizações nos ambientes e processos de trabalho, além de promover e prevenir doenças e acidentes relacionados ao trabalho.

Com o objetivo de enriquecer essa discussão e considerando as dificuldades de organização sindical diante das contradições capitalistas contemporâneas, os sindicalistas participantes de nossa pesquisa indicaram os seguintes desafios à ação sindical na atualidade:

Eu acho que o maior desafio, né? Mais assim, se sintetizando a questão da saúde, o maior desafio inclusive também acho que o nosso governo. Nosso governo que eu tenho porque é um governo que tem mais lado esquerdo. O lado trabalhador é a questão de voltar a ter uma flexibilidade com relação à questão dos direitos e a questão da previdência porque as classes trabalhadoras, no geral, ela está adoecendo muito e a questão dos direitos dos benefícios são muito restritos. Precisou dos 4 anos e 6 anos o governo Temer e o governo que não gosto nem de falar o nome. A gente teve uma perda muito grande de direitos e a previdência foi quase que totalmente sucateada. Então, o grande desafio é que as instituições junto com o governo tentar fazer formar essa força para poder a gente alavancar e trazer de volta um pouco de direito e de estabilidade para os trabalhadores (Sindicato A, entrevista nº 01).

Os desafios que mais impactam a gente é associar as trabalhadoras ao sindicato, que esse é um trabalho de formiguinha muito grande que a gente tem. É dizer à trabalhadora a importância de ser sindicalizada. Por outro lado, a gente da realidade dessas trabalhadoras. A maioria são diárias, sem carteira assinada, o que dificulta ainda mais. Mesmo assim, a gente convida e faz atividades com elas, independentes de serem sindicalizadas ou não (Sindicato B, entrevista nº 02).

O maior desafio hoje realmente é poder organizar essa categoria, tanto na área de saúde como na área econômica desses trabalhadores, junto com os patrões. Ainda o capitalismo predomina. Não vê lá do trabalhador e só vê o trabalhador como uma máquina, aquela máquina que a diz que não precisa de manutenção, de cuidados, né? Então, é essa nossa dificuldade. Até agora que a gente acabou de sair de várias convenções coletivas que se trata disso. Aí a gente teve uma briga muito grande e ainda está tendo para que a gente implante um plano de saúde para que aqueles trabalhadores consigam olhar para a sua saúde. Ainda é dificultoso (Sindicato C, entrevista nº 03).

Nosso maior desafio é trazer os trabalhadores para o sindicato, mobilizar esses trabalhadores para as atividades do sindicato. Vou dar um exemplo. Quando tem curso oferecido pela Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO) aqui em João Pessoa, só quem participa é o cipeiro<sup>93</sup>, que, embora seja importante a sua participação, o os outros trabalhadores, que muitas vezes não conhecem os riscos no ambiente de trabalho, não conseguem participar porque os empresários não liberam, mesmo a gente informando a importância desses cursos para a saúde e segurança no local de trabalho. Outra questão é o desemprego e o aumento da informalidade, que torna mais difícil ainda essa situação (organização dos trabalhadores) (Sindicato D, entrevista nº 04).

Hoje o maior desafio do movimento sindical é ter um poder realmente de negociação. Antes da reforma, a gente tinha um poder de força de negociar. Após a reforma, perdemos de certa forma esse poder. Tirou diretamente poder de homologação dos sindicatos, o poder de intervir mais. Então, as empresas ficam com mais poder de mexer em todos os setores dos trabalhadores. Por exemplo, até os contratos mudaram. Todos os contratos de trabalho intermitente, contrato por hora, de uma certa forma, é você enfraquecer a relação de trabalho por contratações. Tirar os sindicatos das jogadas, quando se tira as homologações, aí não tem mais contato com os problemas que acontece ali internamente na empresa. Fica tudo entre o trabalhador e a empresa. O trabalhador, 70% têm medo até de falar com o sindicato (Sindicato E, entrevista nº 05).

O maior desafio da gente são dois segmentos: a estabilidade da moradia e a estabilidade financeira. Nem que ele tenha o mínimo do mínimo, você tem que ter. Eu até, em algumas palestras, em algumas entrevistas anterior, eu sempre comentava com o pessoal, o ambulante, como o pessoal conhece popularmente, que é o trabalhador informal. Pro banco, é o autônomo, mas é o mesmo contexto. Para ele se ele sair de casa de manhã e tendo a certeza que,

---

<sup>93</sup> Trabalhador que compõe a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA): Prevista no artigo 163 da CLT e regulamentada pela NR 05, a CIPA “[...] tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador” (Celis, 2021, p. 173).

no final da tarde, ele consegue trazer o pão e o litro de leite para os filhos, já está feliz. Mas, se ele não conseguir fazer isso, ele entra no primeiro ponto que é alta depressão mesmo. Não tem esse negócio de vai entrando ou fulano está com uma depressãozinha. Essa é alta depressão, mesmo porque ele fica preocupado quando por não estar com dinheiro do aluguel, por não estar com o dinheiro da alimentação da criança. E aí vêm as preocupações da saúde com a família, é a questão da locomoção. Têm pessoas que chegam a andar 8 km para tentar quando chegar no local, ver se valeu a pena você andar todo esse trajeto, e tentar conseguindo levar uma alimentação para o seu filho e você não ter nada em mãos. Porque você sai de casa deixando os filhos a sua família sem nada, e sair caminhando 8 km para tentar ganhar uma possibilidade, olhe a dificuldade que ele tem, a possibilidade de conseguir encontrar alguém ou alguma coisa que consiga ele, levar aquele alimento para casa. Claro que, com essa criação do banco de alimento, para quem é credenciado, ajuda. Mas o governo cria e dá dificuldade. Se você cria uma associação na intenção de ajudar seu vizinho, mais e mais outro até criar aquele grupo de pessoas da sociedade mais vulnerável, aí você leva o nome da associação, o nome do pessoal para dar entrada aonde disponibiliza aquele projeto. Aí, quando chegar lá, encontra as dificuldades. Tem que ter documento esse, documento aquele, e isso aqui, isso ali. Como você vai ter imediato se você não tem expectativa nenhuma? Não teve ninguém que orientasse você melhor. Nesse caso aí, a assistência do Governo Federal, eu acho assim, eles podem até criar uma “expectativa de visão, vamos ajudar”, mas ele não cria de uma forma que facilite o acesso. Poderia, por exemplo, a instituição tem quanto tempo? Ah tem 5 anos. Ah então essa aqui vai ter essa documentação que a gente está pedindo. Mas aí você criou uma que tem pouco tempo. Então, vai ter uma equipe, uma assessoria para isso, que vai orientar eles dando assistência até terem autonomia. Porque, no banco de alimentos, eles falam que pode se inscrever, é um exemplo. E, quando chega lá, eles dizem que tem que ter um assistente social, tem que ter uma nutricionista. Mas, se você não tem renda, você vai ter se você não tiver conhecimento com você, porque, se, por acaso, você conhece alguma colega que poderia entrar no projeto, pelo menos um período aí, bem. Mas, se você não tiver, não vai. O governo faz, mas faz de uma forma que dificulta. Como falei para você, essa questão previdenciária. Quando a gente criou dando a expectativa de trazer a previdência para o nosso pessoal ter condições de garantir a seguridade dele. O bom que foi que a gente achou que quando ele transformou em parte o direito da CLT junto ao microempreendedor (Sindicato F, entrevista nº 06).

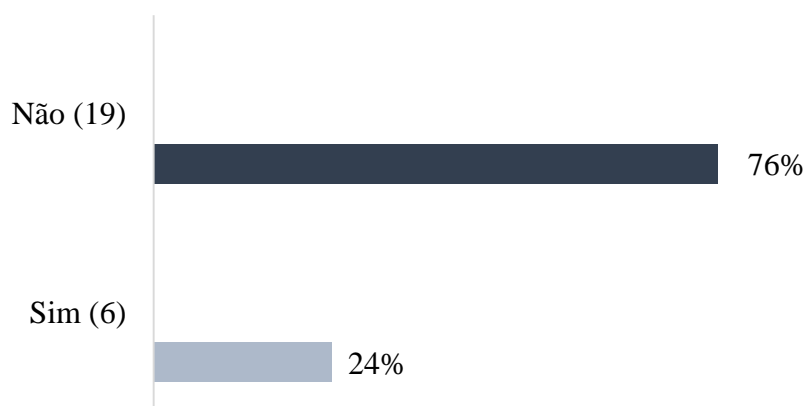
Como exposto anteriormente, a contrarreforma trabalhista trouxe inúmeros impactos para os trabalhadores e a organização sindical, como demonstrou os depoimentos dos sindicalistas participantes de nosso estudo. A esse respeito, Valentin (2022, p. 97) observa que as alterações perpetradas na CLT, com a materialização da Lei nº 13.467/17, demonstram que,

[...] ao final do terceiro ano em que a contrarreforma está em vigor, os dados apontam para o estremecimento das relações empregatícias e para a ampliação do trabalho informal, incidindo diretamente na Seguridade Social e na saúde do trabalhador, além de um considerável declínio nas contribuições sindicais, decorrente das mudanças sobre o recolhimento do imposto sindical.



O Gráfico 22 diz respeito à participação social em organização coletiva de trabalhadores e/ou sindicato por parte dos trabalhadores informais que compõem nossa pesquisa de tese.

**Gráfico 22** - Participação em organização coletiva e sindical



Fonte: Elaboração própria (2024).

Os dados do Gráfico 22 expõem a prevalência (76%) de trabalhadores informais que não participam de nenhum tipo de organização coletiva e/ou política. Este resultado não surpreende, tendo em vista o contexto atual de fragmentação e das condições de lutas sociais do trabalho no tempo presente. Outrossim, deve-se considerar, como analisa a extensa bibliografia disponível (Alves, 2002; Antunes, 2015, 2018; Boito Jr. 1999; Braga; Santana, 2015; Lara, 2010; Oliveira, 2015), que a expansão do capital financeiro, mediada pela reestruturação produtiva e as ofensivas neoliberais, tem operado efeitos negativos nos organismos e nas práticas políticas de representação coletivas dos trabalhadores.

Na cena contemporânea, no contexto da terceirização irrestrita, flexibilização, precarização estrutural do trabalho e do aumento intensivo da miséria social (Lara, 2010), agravam-se os desafios, considerando os impactos da contrarreforma trabalhista, que ampliou a queda na taxa de sindicalização no país. Dados da Pnad/IBGE assinalam que, em 2023, “[...] apenas 8,4% dos 100,7 milhões de ocupados eram associados a sindicato, o equivalente a 8,4 milhões de pessoas. O número representa uma queda de 7,8%, ou de 713 mil pessoas, em relação ao ano anterior, quando havia 9,1 milhões de ocupados sindicalizados (9,2% do total), e chegou novamente ao menor patamar da série histórica, iniciada em 2012 (16,1%)” (Agência IBGE Notícias, 2024).

Para Oliveira (2015):

[...] ao sindicalismo restou uma ação fundamentalmente defensiva, de resistência (mesmo sob variações produzidas por condições e orientações diversas); teve que lidar com: quadro econômico adverso, governos hostis, ações empresariais precarizantes e antissindicais, ambiente político geral desfavorável, além dos problemas históricos da institucionalidade sindical e de equacionamento político de suas divergências; sendo que, ainda assim, se manteve como referência das demandas dos trabalhadores nas negociações coletivas e junto à Justiça, assim como no âmbito das interlocuções políticas mais gerais, com o Executivo, o Parlamento etc.; em ambos os casos, com desempenho claramente inferior ao do período anterior (anos 1980/1990) (Oliveira, 2015, p. 562)

Por outro lado, como revelam os dados do Gráfico 22, da nossa pesquisa de tese, 24%, ou 06 trabalhadores, participam de organizações coletivas e/ou sindicais. São trabalhadoras das seguintes ocupações: quatro entregadoras por aplicativos e duas diaristas. As entregadoras por aplicativos integram o Coletivo *MotoGirl*, criado durante a pandemia de Covid-19 em João Pessoa. De acordo com a fundadora do Coletivo, o objetivo foi garantir direitos e fortalecer a união da categoria. Segue o seu relato:

Comecei vendo as meninas na rua. Ia parando elas, elas corriam, eu corria atrás. Ia até os estabelecimentos onde as *motogirls* trabalhavam para conseguir contato. E assim, eu fui juntando elas, e a gente foi crescendo, até chegar ao momento atual. A motivação foi a necessidade de conhecer e conectar as entregadoras de João Pessoa, para nos fortalecermos e nos apoiarmos. O objetivo do Coletivo *MotoGirl* é empoderar e incentivar mulheres trabalhadoras de aplicativo, através de encontros, ações sociais e educativas, além de rodas de conversas sobre saúde, segurança e bem-estar físico e social. Fazem parte do Coletivo 110 mulheres, sendo 11 na diretoria. A diretoria se organiza com representantes de cada modal (*bike*, carro, entregas de moto e mobilidade, como o *uber*, 99 e outras plataformas). Hoje estamos discutindo a regulamentação. A regulamentação é extremamente necessária, mas precisa realmente suprir as necessidades e demandas dos trabalhadores. Queremos o reconhecimento do vínculo empregatício para que hajam direitos, como licença maternidade, auxílio creche, férias renumeradas e outros direitos (Entregadora por aplicativos, entrevista nº 20).

As iniciativas de resistência e organização coletiva apresentadas nesse depoimento constituem estratégias cotidianas:

[...] para a realização das atividades, quanto na organização para a luta política e social por melhores condições de trabalho e de vida. Dentre as mais cotidianas, estão ações de cooperação, como a formação para o trabalho entre os próprios trabalhadores, com o compartilhamento de dicas e orientações de *youtubers*; criação de grupos para operar serviços fora das plataformas; “vaquinhas” em caso de acidentes e roubos. Dentre as mais amplas, envolvendo a luta coletiva pela garantia de condições de trabalho justas e o fortalecimento da profissionalização do trabalho, observam-se desde a

formação de sindicatos, associações, cooperativas e federações, até a realização de movimentos de greve, exigindo das empresas e do Estado melhores condições de trabalho (Masson; Christo, 2024, s/p).

Embora existam modelos construídos historicamente, como, por exemplo, o movimento sindical, fundamental na luta pelos direitos, existem também outras formas de organização de trabalhadores que precisam ser ouvidas, que precisam ter espaços de representação. Os diferentes coletivos de trabalhadores, movimentos e organizações sociais são importantes mecanismos para o fortalecimento das ações e práticas em saúde do trabalhador na rede de atenção à saúde no SUS.

Seguem outros depoimentos quanto à participação das trabalhadoras no Coletivo *MotoGirl* e no Sindicato das Trabalhadoras e Trabalhadores Domésticos de João Pessoa e Região-PB:

Acho muito importante participar do Coletivo, porque conseguimos dividir os apereios do dia a dia, a correria que é ficar entregando produtos. A sensação que tenho é que não estou sozinha. Ser entregadora é muito desafiante. A gente está num ambiente cercado de riscos, sobretudo, de acidentes e de assédios, seja pelos colegas ou pelos clientes. É bom ter um grupo assim. Além de nos fortalecer, a gente ainda consegue se confraternizar, participar de atividades educativas (Entregadora por aplicativos, entrevista nº 22).

Como pago o INSS, não consigo pagar o sindicato. Mas estou sempre presente nas atividades que o sindicato oferece. Acho importante participar, já aprendi bastante, sobre os nossos direitos, além de poder encontrar outras colegas diaristas. A gente troca experiências, fala do nosso dia a dia. É muito bom (Diarista, entrevista nº 01).

Gosto muito de participar das atividades do sindicato. Eu tenho pouco estudo, mas já aprendi muito lá. Acho importante a gente se encontrar, falar sobre saúde da mulher, dos direitos, das coisas que a gente passa no trabalho. Sempre que posso, eu participo (Diarista, entrevista nº 04).

Em virtude do crescimento da informalidade na Paraíba (Gráfico 2), que contribui para a deterioração das condições de vida na sociabilidade humana sob o capital, questionou-se aos sindicalistas participantes nesta pesquisa como os sindicatos estão lidando com essa problemática. A seguir estão os relatos:

O nosso sindicato, o corporativismo não é tão gritante, tão grande quanto outras categorias. Inclusive, temos o diretor aqui que faz parte da CUT, que abrange todos os sindicatos. Então, a maioria de nossas políticas, sobretudo, da saúde, quando fazemos algum lançamento, alguma ação ao trabalhador, convidamos todas as categorias, não só os bancários. Então, nossas políticas, elas não são somente direcionadas para a categoria bancário, porque justamente a gente também tem esse olhar para além da categoria bancário. A

gente olha também esse trabalho informal, a questão da urbanização, o que é mais visível aos nossos olhos. O nosso trabalho, a nossa visão, ela abrange também outras categorias (Sindicato A, entrevista nº 01).

A gente faz oficinas levando as informações trabalhistas para a trabalhadora doméstica, convidando os parceiros para nos ajudar a explicar à trabalhadora doméstica os seus direitos junto ao sindicato, como o MPT. O CEREST regional de João Pessoa já veio fazer formação<sup>94</sup> e trouxe o conhecimento as trabalhadoras domésticas sobre a questão da saúde dos trabalhadores. E a gente tem noção que a informalidade é muito grande entre as trabalhadoras domésticas (Sindicato B, entrevista nº 02).

Tivemos um crescimento em torno de 35% de informalidade entre os trabalhadores que compõe o sindicato. Teve uma perda muito grande nessa questão ainda da informalidade muito, muito alta. Praticamente vai durar anos para reverter esse quadro. A gente tenta incluir esses trabalhadores informais nos programas de emprego, né? De capacitação, em parceria com muitos órgãos, por exemplo como Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), para fazer cursos para se aperfeiçoar na sua área de trabalho, que também não é fácil, é um custo alto. A gente sabe, para capacitar, não é tão simples ou fácil, e falta também muito comprometimento dos governos, tanto municipal como estadual, nessa questão da informalidade. Inclusive, a gente teve na semana passada, no Porto de Cabedelo, a gente se reuniu com um grupo de trabalhadores que trabalha na informalidade, né? Que a gente está pedindo as autoridades uma reunião com o presidente do porto, referente a esses trabalhadores que hoje em dia a gente chama de movimentação de mercadoria. Hoje tem uma lei que é a 12.023, que obriga o sindicato a cuidar e zelar economicamente esses trabalhadores. A gente vê muito, né? A questão do alcoolismo, das drogas, porque o cara está ali e não consegue um dia de trabalho e que está recebendo pelas horas trabalhadas. Então, dificulta, né? Aquele trabalhador que diz “olha só, hoje eu não consegui o meu pão”, e acaba se envolvendo em coisas ilícitas e no alcoolismo. Está difícil de fato e, para quem der uma volta aí pelas rodovias federais e estaduais do Brasil (Sindicato C, entrevista nº 03).

Nós temos conhecimento que a informalidade aumentou muito entre os trabalhadores da construção civil, sobretudo depois dessa reforma trabalhista. O desemprego aumentou muito, e isso é muito preocupante. Mas, de modo concreto, não temos nenhuma atividade voltada para essa questão (Sindicato D, entrevista nº 04).

Não temos nenhuma ação, porque todo o trabalho do sindicato é com o trabalhador que é formalizado. E esses trabalhadores informais, geralmente, quem faz os trabalhos para os trabalhadores informais é a central sindical. O nosso público-alvo sempre é o trabalhador que participa de fóruns, discussão, dá proposta. Mas, quando vai para questão da informalidade, o trabalhador sai do comércio e passa ser informal. Ele vai trabalhar como camelô, ambulante e tal, e quem abrange mais essa informalidade é a central sindical. A gente, enquanto sindicato, ele só foca no trabalhador formalizado, ou, quando ele é

---

<sup>94</sup> Atividade realizada pela Assistente Social (pesquisadora deste estudo) e pela estagiária do curso de Graduação em Serviço Social da UFPB, com o tema *Saúde e Trabalho: o impacto da reforma trabalhista e previdenciária na vida das mulheres*, ocorrida em junho de 2022.

demitido e sócio, a gente ainda fica dando uma assistência, informação, mas depois até o contato a gente perde (Sindicato E, entrevista nº 05).

O crescimento do trabalho informal, tanto na questão do comércio e serviço, ele já vinha crescendo de 2009 para cá, e vem crescendo demais, mas deu uma acelerada. Como a gente costuma dizer, transformou-se numa bola de neve, em uma descida tão volumosa que a gente não tem uma expectativa de como melhorar a situação. Aqui e acolá, tem um pulo, a bola vem sempre circulando na descida, mas aqui e acolá tem uma pedra que dá um pulo. Como é esse pulo? Esse pulo dá quando a gente tem um filho que consegue concluir um estudo e consegue um emprego. É quando eu e você estamos na informalidade trabalhando, mas a expectativa da gente ter um estudo para ter uma profissão melhor. Como nos mais novo, e conseguiu concluir os estudos, a gente entrou no mercado. Essa é uma pedra no caminho que deu um pulo diferente. Mas os pais, a mãe, os avós que não teve essa expectativa lá trás, continua na bola. O desemprego é grande. O governo diz que está gerando vários e vários empregos. Mas, quando você vai na ponta e procura saber direitinho, não é aquela realidade, né? Você apresentar na escrita é uma coisa. Agora, na prática, a realidade é outra. Quando acontece algum tipo de vulnerabilidade social entre os trabalhadores informais, que estão dentro do nosso contexto, a gente consegue acolher a informação mais rápida, né? Porque eles têm o nosso contato. Entre nós, temos o nosso grupo de participação, mas aí há uma outra preocupação. Para você ter uma ideia, nós temos um sindicato hoje, na inscrição estadual de quase 15.000 associados, com 14.758 pessoas, mas o estado ultrapassa 300.000 trabalhadores autônomos. Mas, através de um amigo de um amigo de outro, você escuta: “rapaz, fulano trabalhava em tal canto, assim, mas agora ficou dessa forma, está em casa impossibilitado de trabalhar, não está podendo se aposentar, está tendo dificuldade”. Quando uma pessoa que é indicado por algum foco associado que informa direito, a gente até vai e procura ajudar. Mas aqueles que não conseguimos chegar não dá para ajudar. Eu acredito que deveria há muito tempo existir algo do governo que pudesse ajudar essas pessoas que ficam vulneráveis (Sindicato F, entrevista nº 06).

Apesar dos sindicalistas expressem preocupações frente ao aumento da informalidade no estado paraibano, os depoimentos tecidos sinalizam que as ações políticas voltadas para esse fenômeno estrutural do mercado de trabalho são pontuais e de viés educativo, a exemplo de palestras e oficinas ministradas nas ações sindicais. Para Ferraz (2024, s/p), economista do Dieese, “o combate à informalidade é um pré-requisito para o desenvolvimento do país, e deveria estar no topo da agenda do governo e dos sindicatos [...]”, especialmente levando em conta a polimorfia do trabalho.

No Brasil, como já evidenciado ao longo deste estudo, “o trabalho regulado e protegido, ou seja, o emprego formal, é apenas uma das faces do trabalho nos centros urbanos. A outra é o que denominamos de trabalho informal [...] a polimorfia que assume o trabalho nos contextos urbanos, são apresentadas diversas nuances que configuram o cotidiano do trabalho informal em centros urbanos” (Sato; Coutinho; Bernardo, 2018, p. 20).

O conjunto de reflexões apresentadas neste capítulo indica que o panorama da informalidade no Brasil e na região metropolitana de João Pessoa/PB, enquanto mecanismo utilizado pelo capital para sua produção e reprodução, é marcado por uma miríade de desigualdade, precarização e exploração do trabalho. A pesquisa apontou que dos 25 trabalhadores informais, 16 são mulheres (64%) e 9 homens (36%). A faixa etária varia entre 27 e 66 anos. Duas faixas etárias concentram os maiores percentuais: a faixa de 27 a 42 anos corresponde a 40% do total (28% mulheres e 12% homens), enquanto a faixa de 43 a 49 anos representa 32%, com mulheres e homens dividindo o mesmo percentual, de 16% cada. Quanto à pertença étnico-racial, 24 trabalhadores informais se auto reconhecem como de cor/raça preta/negra/parda, representa 95% dos participantes. Os trabalhadores informais sem instrução e com menos tempo de estudo chega a mais da metade (52%) dos participantes da pesquisa.

O estudo também verificou que 20% dos trabalhadores informais ganham entre R\$ 200 a R\$ 600. Apenas um trabalhador relatou ganhar dois salários mínimos. A desproteção social é uma realidade na vida destes trabalhadores: somente 08 trabalhadores contribuem atualmente à Previdência Social. Ao contrário do discurso recente de rejeição à CLT, propagado por parte de uma parcela da população brasileira, sobretudo entre os jovens (Cabral, 2025), 68% dos trabalhadores informais demonstraram interesse na carteira de trabalho assinada. Deslocados do sistema de proteção social, esses trabalhadores atuam em atividades desregulamentadas e, muitas vezes, estão submetidos a riscos e sobrecargas de trabalho, que frequentemente resultam em adoecimento físico-mental.

O próximo capítulo trata do contexto das doenças e problemas de saúde que afetam os trabalhadores no Brasil e na Paraíba. Indica que a falta de visibilidade social desses agravos está ancorada na historicidade de secundarização e isolamento da PNSTT na rede de serviços de saúde pública, que, desarticulada, afeta a organização e o planejamento de intervenções no campo da saúde do trabalhador.

TRABALHAR, SINÔNIMO DE ADOECER,  
DE MORRER

Atestado

Atesto para os devidos fins  
 que a paciente não se encontra  
 em condições para o trabalho  
 avisem os chefes  
 suspendam as metas ...  
 devendo permanecer afastada de  
 suas atividades  
 até que o modo de produzir a vida  
 não seja o de matar  
 o amor.

Golondrina Ferreira

O mundo produtivo contemporâneo, como já discutido neste estudo, sob a hegemonia neoliberal, reedita sucessivas mudanças, coerentes com a tendência de flexibilização da produção, em suas bases tecnológicas e organizacionais (Harvey, 2013). Isso significa a corrosão do trabalho (Antunes, 2018), pelo aprofundamento da precarização, terceirização irrestrita, pejetização, empreendedor de si mesmo, uberização e plataformização do trabalho (Antunes, 2023; Filgueiras, Dutra, 2023; Abílio, 2020). Essas mudanças se manifestam no aumento do desemprego estrutural, na expansão da informalidade e por relações assalariadas caracterizadas por contratos temporários, intermitente, pagamentos por horas *in itinere* (Esteves; Almeida, 2023, p. 14). Acrescenta-se a isso a instauração de uma agenda regressiva, legitimada por parte do Estado brasileiro, que aprovou recentemente uma série de contrarreformas, com efeitos negativos para os direitos e as políticas sociais (Boschetti, 2023).

No campo da saúde do trabalhador, essa junção de elementos pode repercutir no aumento de doenças e no número exponencial de adoecimento, acidentes e mortes relacionados no e pelo trabalho, especialmente entre os trabalhadores informais, dada a ausência do acesso à rede de proteção social, que, alinhada às limitações e fragilidades para o desenvolvimento técnico-operacional (Vasconcellos; Machado, 2011) desse campo de intervenção, mascara um cenário de ocultação de agravos e violências laborais. Elas constituem, portanto, expressões da real contradição das lutas de classe, exteriorizadas na sociabilidade do capital.

Nessa processualidade, como assinalam Souza, Melo e Vasconcellos (2017), é imperativo que a saúde do trabalhador, nesse campo de disputa, deva ser compreendida em seus movimentos, em suas evoluções e retrocessos, transformações e continuidades. Isso é, desse intrincamento de elementos, “[...] depreende-se a dimensão do antagonismo entre capital e trabalho que demanda respostas concretas, não apenas no sentido de entendê-la, mas de

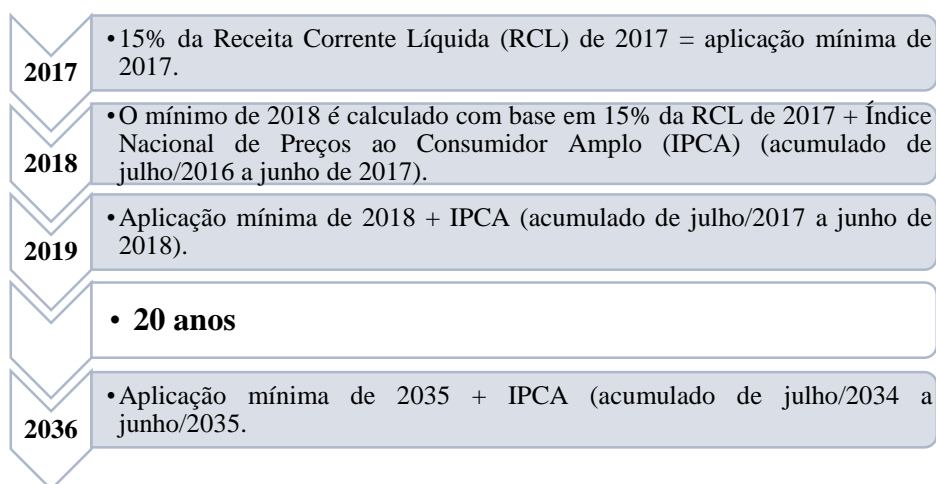


enfrentá-la; não somente para dirimi-la, mas para transformá-la e, se possível, exterminá-la” (Souza, Melo e Vasconcellos (2017, p. 592).

Assim, as mediações entre o processo saúde-doença, como bem observa Lourenço (2009, p. 24), reforçam a importância de ter o mundo do trabalho como “[...] *feedback* para a análise desse campo, uma vez que deriva daí tanto os agravos à saúde dos trabalhadores quanto as possibilidades de correlação de forças para que o Estado estabeleça ou não as garantias trabalhistas, previdenciárias e demais políticas públicas promotoras de cidadania”. Tais garantias sociais, como já pontuado ao longo desta tese, estão cada vez mais restritas. Efeito do sucessivo desfinanciamento das políticas sociais e da contenção de gastos públicos, instituídas pelo novo regime fiscal, materializado pela EC 95/16, enquanto uma típica resposta do Estado às crises do capital (Cosme; Granemann, 2023).

Para a política de saúde, as implicações dessas medidas recaem na mesma vala comum: o SUS, que, embora possua uma proposta de universalidade e proteção integral, que vinha alcançando a expansão do acesso aos serviços de saúde, mesmo diante de inúmeros entraves institucionais e políticos, encontra-se em um célere processo de desarticulação e de reconfiguração das relações público-privado no interior do setor de saúde. São relações, portanto, necessárias para a reprodução e ampliação do capital, enquanto parte do pacote de austeridade fiscal do governo federal.

Para além das inequívocas consequências da EC 95/16 na área social, na política de saúde, estudos produzidos por Vieira *et al.* (2018, p. 12) apontam que, até 2036, os efeitos das medidas de ajuste fiscal no SUS “[...] resultarão em perdas que poderão variar de R\$ 168 bilhões, em valores de 2016 à taxa de crescimento anual média do Produto Interno Bruto (PIB) de 1%, a R\$ 738 bilhões, com taxa de crescimento anual média de 3% do PIB”. Outrossim, como aludem os autores, os recursos adicionais não poderão ser investidos nas políticas públicas, mas poderão ser utilizados para pagar despesas financeiras ou poderão constituir reservas monetárias para o país. Decerto, com o novo regime fiscal, a regra para a aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde se torna a seguinte:

**Figura 9 - Congelamento da aplicação mínima em saúde**

Fonte: Vieira *et al.* (2018, p. 38).

Os autores complementam expondo que, como as aplicações mínimas com saúde e educação estarão congeladas, duas conclusões são axiomáticas:

Primeiro, que as demais áreas de políticas públicas como assistência social, cultura, habitação, trabalho, transporte, segurança pública, pesquisa e desenvolvimento, entre outras, terão de disputar recursos que serão reduzidos a cada ano. Segundo, que neste contexto, dadas as restrições orçamentárias para as demais áreas, dificilmente será possível alocar mais recursos para a saúde e para a educação além da aplicação mínima (Vieira *et al.*, 2018, p. 12).

É nesse movimento de processualidade que as análises desenvolvidas ao longo deste capítulo expressam com mais densidade o resultado empírico da nossa pesquisa, já esmiuçado desde o capítulo 1 desta tese. Assim, os elementos aqui pensados serão divididos em dois subcapítulos: a) *Hoje eu sei que foi o trabalho que me adoeceu*: o panorama das doenças e agravos à saúde dos trabalhadores no Brasil e no estado paraibano; complementado com a seção sobre os agravos à saúde do trabalhador na região metropolitana de João Pessoa: o que revelam os dados?; e b) *À margem da proteção social*: elementos que caracterizam a invisibilidade social dos trabalhadores informais na Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS.

Destaca-se que, para a análise dos dados referentes ao panorama das doenças e agravos relacionados ao trabalho no Brasil e na Paraíba, bem como da pesquisa de tese, recorreu-se de modo complementar a dados oriundos de registros oficiais como Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), pela consolidação dos dados elaborados pela plataforma *SmartLab* do Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho/MPT; Ministério da Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); Ministério do Trabalho e Emprego (MTE),

além de Relatórios Administrativos e Epidemiológicos do CEREST estadual e regional João Pessoa.

### 3.1 *Hoje eu sei que foi o trabalho que me adoeceu*: o panorama das doenças e agravos à saúde dos trabalhadores no Brasil e no estado paraibano

Como expressão da questão social, as doenças e agravos à saúde dos trabalhadores configuram um grave problema de saúde pública em todo mundo. No Brasil, não é diferente. Por serem potencialmente fatais, incapacitantes (Santana *et al.*, 2003), preservam relação direta da ofensiva do capital contra o trabalho no estágio atual do capitalismo. Ao revisitar a obra magistral de Engels, *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*, escrita na primeira metade do Século XIX, nota-se que o autor já alertava sobre as condições de saúde dos trabalhadores, desvendando a relação entre trabalho-adoecimento no contexto de exploração e precarização do trabalho, gerada pelo modo de produção capitalista.

Uma das características mais expressiva desta fase do capitalismo mencionada pelo autor é o uso excessivo por parte dos capitalistas, dos mecanismos de extração da mais-valia absoluta, revelada notadamente na intensidade e extensividade das jornadas de trabalho, sem distinção entre crianças, jovens adultos, homens ou mulheres. Submetidos a trabalhos forçados, por vezes, trabalhando exclusivamente em pé, ultrapassando suas limitações física, com consequências graves para o sistema musculoesquelético. Engels apresenta o seguinte relato de um médico que trabalhou durante dezoito anos no hospital de Leeds:

São muito frequentes, nos operários fabris, as deformações da coluna vertebral: algumas são consequência do simples excesso de trabalho; outras, efeito do trabalho muito prolongado sobre uma constituição originariamente débil ou debilitada pela má nutrição. [...] O estropiamento parece ser mais frequente que esta doença: joelhos torcidos para dentro, tendões do tornozelo relaxados e distendidos e curvamento dos ossos longos das pernas. Particularmente as extremidades destes ossos compridos apresentavam-se deformadas e hipertrofiadas – os pacientes vinham de fábricas nas quais eram frequentes longas jornadas de trabalho (Engels, 2010, p. 190).

Em outra passagem, Engels menciona as mutilações e outros tipos de lesões graves decorrentes de acidentes de trabalho, cujas sequelas acompanharam os operários pela vida

inteira, muitas vezes levando-o à amputação, incapacidade parcial, total ou mesmo à morte. Assim diz Engels:

Muito frequente é o esmagamento de uma falange ou mesmo de um dedo; menos comum, mas ocorrente, é metade da mão, a própria mão ou um braço ficarem presos nas engrenagens e serem esmagados. De tais acidentes, mesmo os menos graves, geralmente resulta o tétano, que provoca a morte. Em Manchester, pode-se ver, além dos muitos deformados, um grande número de operários mutilados: falta a uns, parte do braço ou todo o braço, a alguns o pé, a outros uma porção da perna – é como se estivéssemos em meio a um exército que regressa de uma batalha. Mas a parte mais perigosa nas instalações fabris são as correias que transmitem a força motriz do eixo para as diferentes máquinas (sobretudo se dotadas de argolas, o que pouco a pouco vai desaparecendo): quem é apanhado por essas correias é levado com a rapidez de um raio, tem o corpo lançado ao teto, depois cai com tal violência que morre instantaneamente, não raro ficando sem nem um só osso intacto (2010, p. 200-201).

Ao trazer a análise para o contexto brasileiro, a obra *Acidente de trabalho*, de Eugênio Sigaud<sup>95</sup>, de 1944, apresentada na Figura 10, ilustra a realidade dos acidentes de trabalho entre os operários, no início do século passado. A representação produzida por Sigaud revela similitudes com os relatos de Engels a respeito das condições insalubres, que estavam submetidos ao proletariado inglês, no início da Revolução Industrial.

---

<sup>95</sup> A Eugênio de Proença Sigaud (1899-1979), nascido no Rio de Janeiro, “coube a alcunha de ‘pintor de operários’ da construção civil [...] Sua formação pode ser denominada de eclética – apenas a esperada entre artistas e arquitetos das primeiras décadas do século XX” (Meneguello, 2014, p. 14).

**Figura 10** - Acidente de Trabalho,  
Eugênio Sigaud, 1944



Fonte: Meneguello (2014).

A profundidade das análises e relatos expostos por Engels, assim como a cena retratada por Sigaud, as quais expõem os suplícios e as duríssimas condições de vida dos operários do chão de fábrica, manifestam que, apesar das mudanças e processualidade histórica, a realidade não se diferencia na sua essência no modo de superexploração da força de trabalho e das condições atuais da relação saúde-doença e trabalho no Brasil e no estado paraibano.

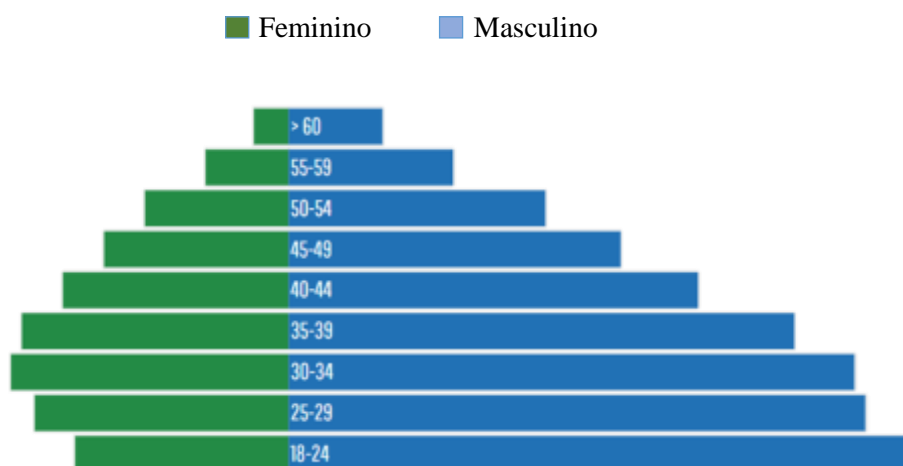
Os dados gerados pela Plataforma *SmartLab* do Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho são elucidativos desse cenário. Entre 2012 a 2022, foram registrados 6.774.543<sup>96</sup> acidentes de trabalho – incluídos os típicos e os de trajeto – com vínculo de emprego regulado no país. Nessa mesma temporalidade, 25.492 desses acidentes resultaram em morte. Estima-se que ocorra uma morte a cada 3h47m3s. O número de acidentes de trabalho no país com óbito, em 2023, de acordo com dados do sistema eSocial do MTE, alcançou o quantitativo de 2.888, com aumento de 33% em relação ao ano anterior. Dentre os setores que mais registraram acidentes de trabalho com mortes e lesões graves no país, estão:

<sup>96</sup> Pesquisa realizada no *SmartLab* em janeiro de 2025.

Os setores da Construção Civil e de Transporte Rodoviário de Cargas e Passageiros. No setor da Construção Civil as principais causas estão relacionadas à queda de altura, soterramento e choque elétrico. No setor de Transporte Rodoviário de Cargas e Passageiros, as causas principais são a fadiga dos motoristas – devido ao excesso de jornada –, os riscos ergonômicos e psicossociais, a utilização de remédios e drogas estimulantes para aumentar produtividade e ganho financeiro, além de fatores como falta de manutenção nos caminhões/ônibus e rodovias precárias (Brasil/MTE, 2024, s/p).

Quanto à caracterização do perfil dos trabalhadores brasileiros acidentados em condições de trabalho formal, o Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho, com base nos dados do INSS, assinala que, entre os trabalhadores de sexo masculino, o grupo mais atingido em 2022 foi o de jovens de 18 a 24 anos, correspondendo a 70 mil. Entre as mulheres, a faixa etária mais atingida é de 35 a 39 anos, com 29,8 mil registros. Os dados referidos constam no Gráfico 23:

**Gráfico 23** - Acidentes de trabalho por idade e sexo – Brasil, 2022



Fonte: *SmartLab* (2025).

Estudos produzidos por Menegon, Menegon e Kupek (2021), entre 2006 e 2015, com base em dados do Sinan, revelam que os acidentes de trabalho no Brasil atingem particularmente homens, negros e com baixo nível de instrução, com maior incidência nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. De acordo com os autores:

Com relação às características sociodemográficas (sexo, idade e escolaridade), os resultados deste estudo corroboram achados anteriores, evidenciando que a maioria dos óbitos por acidente de trabalho no Brasil ocorrem entre trabalhadores homens, em idade produtiva (20 a 59 anos) e com baixo nível de escolaridade (sem instrução e fundamental incompleto). Assim,

demonstra-se que as características sociodemográficas devem determinar diferentes exposições e vulnerabilidades que contribuem para a precariedade das condições de trabalho e as decorrentes iniquidades em saúde. (Menegon; Menegon; Kupek, 2021, p. 11),

Os resultados desse estudo são bastante significantes, sobretudo por englobar trabalhadores com ou sem acesso à legislação protetiva laboral, embora, como bem frisam os autores supracitados, “[...] na prática, é possível que reflitam mais a realidade dos trabalhadores formais. É possível que os acidentes de trabalho relacionados aos trabalhadores informais ainda sejam subnotificados, revelando uma realidade ainda mais dramática no Brasil” (2021, p. 13), como demonstrado em análises prévias desta tese.

A Organização Internacional do Trabalho estima que, anualmente, a economia mundial perde cerca de 4% do Produto Interno Bruto em razão de agravos à saúde relacionados ao trabalho. Para além das “perdas humanas, destaca a perda de produtividade provocada por ambientes de trabalho inseguros ou insalubres” (*SmartLab*, 2025, s/p). Dados do INSS aferem que, em 2022, houve 94,1 mil afastamentos por acidentes de trabalho (B91)<sup>97</sup> e 1,2 mil por doenças acidentárias (B31)<sup>98</sup> no Brasil. De acordo com as informações do INSS, a maior parte desses custos é referente à perda de produção dos trabalhadores, seguida pelos custos hospitalares (*SmartLab*, 2025).

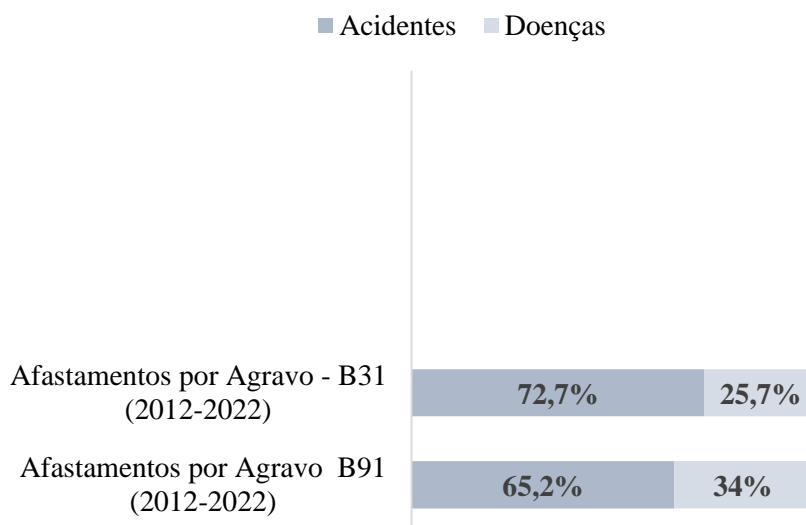
No Gráfico 24, comparam-se, para o período de 2012 a 2022, as diferenças entre os benefícios acidentários e não acidentários relacionados ao trabalho:

---

<sup>97</sup> Acesso ao B91: o trabalhador vinculado a uma empresa e o empregado doméstico (desde junho/2015); o trabalhador é isento de tempo de carência; tem estabilidade no emprego por período de 12 meses após retorno ao trabalho; e a empresa é obrigada a depositar o FGTS (Brasil/INSS, 2025).

<sup>98</sup> Acesso ao B31, o trabalhador empregado (urbano/rural); o tempo de carência exigido é 12 meses, exceto para casos isentos de carência; não há estabilidade no emprego, após o término do benefício e a empresa não é obrigada a depositar o FGTS (Brasil/INSS, 2025).

**Gráfico 24** - Afastamentos Previdenciários relacionados aos agravos à saúde do trabalhador – Brasil, 2012-2022



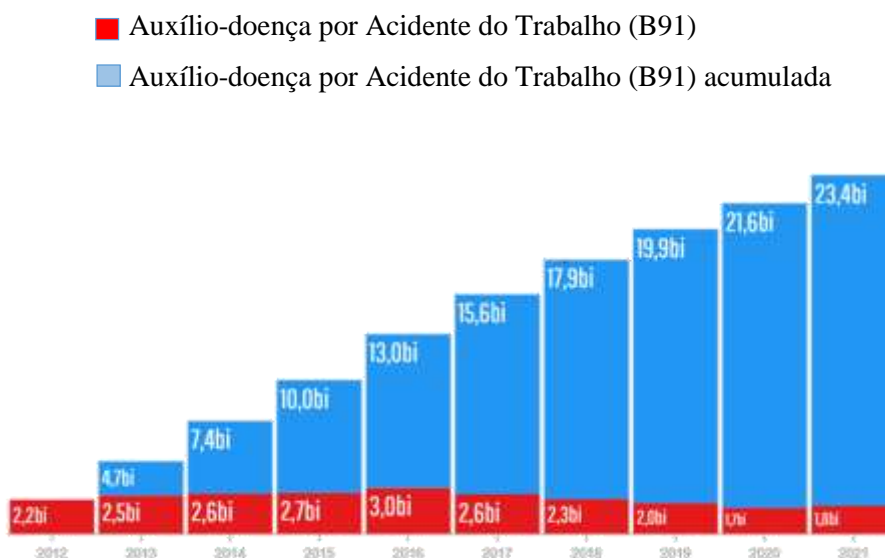
Fonte: Elaboração própria (2024), com base em *SmartLab* (2025).

Quanto às ocupações mais frequentemente vitimadas por afastamentos do tipo acidentário (B91), registram-se: alimentador de linha de produção (5.11%); motorista de caminhão – rotas regionais e internacionais (3.71%); faxineiro (3.4%); servente de obras (2.87%); vendedor de comércio varejista (2.39%); e pedreiro (2.04%). Em relação aos afastamentos por doenças acidentárias, citam-se: faxineiro (4.67%); vendedor de comércio varejista (4.27%); alimentador de linha de produção (3.37%); auxiliar de escritório (3.11%); e motorista de caminhão – rotas regionais e internacionais (2.55%) (*SmartLab*, 2025). Esses afastamentos resultaram, de acordo com o INSS, somente em 2021, gastos em torno de R\$1,8 bilhões com despesas Previdenciárias, decorrentes do acesso ao Auxílio-doença por Acidente de Trabalho (B91).

O Gráfico 25 indica o valor pago a cada ano, bem como o acumulado no período de 2012 a 2021.



**Gráfico 25** - Despesa Previdenciária (INSS) - Auxílio-doença por Acidente do Trabalho (B91) – Brasil, 2012-2021



Fonte: *SmartLab* (2025).

Os demais gastos Previdenciários, segundo o INSS, são: Auxílio-Doença (B31)<sup>99</sup>, com R\$17,7 bilhões; Aposentadoria por Invalidez por de Acidente do Trabalho (B92), R\$5,6 bilhões; e Pensão por morte por Acidente do Trabalho (B93), com o total de R\$2,4 bilhões em despesas com o benefício (*SmartLab*, 2025).

Esses valores podem ser bem mais elevados se considerarmos a dificuldade de acesso aos direitos previdenciários, por parte do trabalhador, bem como do estabelecimento do nexo causal entre doenças e agravos à saúde relacionados ao trabalho, que se traduzem na negação ao acesso desses direitos, enquanto medida imposta pela austeridade fiscal e limitação de gastos, para atender às exigências da contrarreformista da Previdência Social. Como observam Verthein e Minayo-Gomez (2011, p. 289), “as despesas públicas com previdência, reabilitação profissional e saúde são fortes indícios da necessária afirmação das mudanças nas condições nocivas à integridade do trabalhador, como também de grandes custos previdenciários que as reformas tentam, de maneira neoliberal, descartar”.

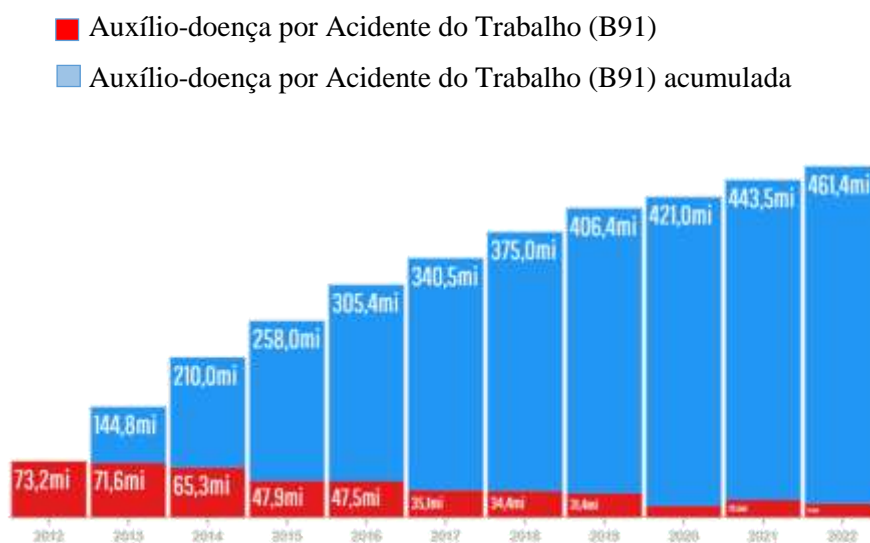
Ainda de acordo com os dados do INSS, em 2022, a duração do afastamento do trabalho, quanto à concessão do Benefício Previdenciário (B91), foi de 17,9 mil dias. O

<sup>99</sup> Tem acesso ao B31, o trabalhador empregado (urbano/rural); o tempo de carência exigido é 12 meses, exceto para casos isentos de carência; não há estabilidade no emprego, após o término do benefício e a empresa não é obrigada a depositar o FGTS (Brasil/INSS, 2025).

afastamento do trabalhador das suas atividades laborais, expressa não somente perdas pessoais e familiares, como também econômicas.

O Gráfico 26 apresenta a série histórica (2012-2022) quanto aos dias de afastamentos do trabalhador, ao longo dos anos.

**Gráfico 26** - Despesa Previdenciária (INSS) - Auxílio-doença por Acidente do Trabalho (B91) – Brasil, 2012-2021



Fonte: SmartLab (2025).

As consequências de acidentes, mortes, mutilações, incluindo amputações, lesões temporárias ou permanentes, demonstram, como mencionado em linhas anteriores, a problemática dos agravos à saúde do trabalhador enquanto uma questão de saúde pública, que produz implicações socioeconômicas, exigindo respostas na forma de políticas públicas. Duas décadas após a criação da RENASTT e doze anos da PNSTT, os serviços de saúde do país, como sustenta Almeida (2011, p. 208), “não têm resposta para essa questão”. O autor afirma ainda que novas e velhas questões – mudanças e implicações que o trabalho têm trazido para a saúde do trabalhador, permanência do elevado índice de subnotificação e/ou sub-registro de agravos à saúde relacionado ao trabalho – ainda contribuem para o aumento das estatísticas de morbimortalidade dos trabalhadores brasileiros, desafiando o campo da saúde do trabalhador no país.

Complementando as informações decorrentes das doenças e agravos à saúde dos trabalhadores, no que se refere à emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)<sup>100</sup>, direcionada para os trabalhadores segurados da Previdência Social, com contrato celetista, os dados sistematizados pelo *SmartLab* revelam o registro de 612,9 mil notificações de CAT em 2022. Esses dados se referem aos casos de acidentes graves e/ou com óbitos que geraram afastamentos e benefícios previdenciários em decorrência do Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP), criado pelo INSS, com o Decreto nº. 6042/2007. Destarte, a crítica direcionada ao NTEP se centra em torno da presunção do nexo acidentário (B91) como política básica da análise das doenças e agravos relacionados ao trabalho.

De acordo com Verlhein e Minayo-Gomez (2011, p. 285-286), o NTEP,

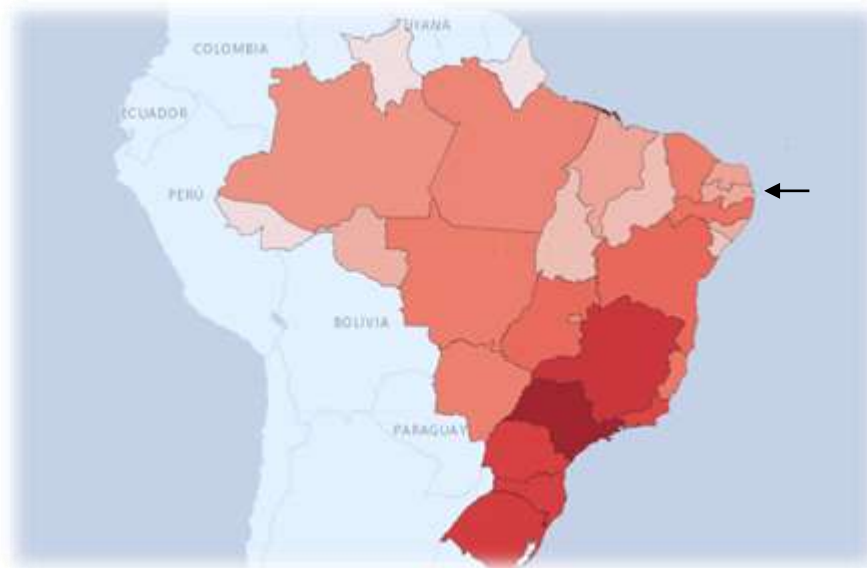
[...] ao (pre)assumir o nexo, traz uma nova lógica às conhecidas polêmicas referentes às indenizações aos trabalhadores acidentados, principalmente por barrar o privilégio de uma racionalidade economicista, que deixava a cargo dos acidentados uma imagem de réu, posto que deveriam, percorrendo uma via crucis, provar inocência. Tornou-se conhecido o NTEP como a lei que permite a inversão do ônus da prova.

A Figura 11, elaborada pelo *SmartLab* (2025), destaca as informações comparativas das unidades federativas do país. A escala de cores varia do branco (menor quantidade) para o vermelho (maior quantidade). De maior quantidade em notificação de acidente de trabalho pela emissão de CAT, encontram-se os estados de São Paulo (34,6%), Minas Gerais (10,8%), Rio Grande do Sul (8,56%), Santa Catarina (7,93%), Paraná (7,59%) e Rio de Janeiro (6,5%), estados com maior Produto Interno Bruto (PIB) do país (IBGE, 2024). Na Paraíba, de acordo com o INSS, foram registradas 3.689 CATs (0,63%), ocupando o 19º lugar no ranking nacional.

---

<sup>100</sup> A CAT é um documento usado para comunicar um acidente de trabalho ou de trajeto, bem como uma doença relacionada ao trabalho. A empresa tem obrigação de emitir a CAT até o dia último seguinte ao acidente. Caso não emita, o registro pode ser feito pelas seguintes pessoas: o próprio trabalhador, dependentes do trabalhador, sindicatos, médicos ou autoridades públicas, a exemplo do CEREST. Como assinala Waldvogel (2011, p. 229), a CAT “[...] contém tanto informações pessoais do acidentado quanto as circunstâncias do acidente, tais como local da ocorrência, condição de o acidentado estar ou não a serviço da empresa, data e horário do acidente. Existem, também, dados sobre a empresa onde o trabalhador exercia sua atividade, permitindo caracterizar o risco de acidente associado ao tipo de empresa”. No Anexo D desta tese, encontra-se o modelo da ficha de CAT.

**Figura 11** - Distribuição geográfica dos Acidentes de Trabalho (CAT) – Brasil, 2022



Fonte: *SmartLab* (2025).

Em relação ao setor econômico com maior registro de CAT, aparecem em primeiro lugar as atividades de atendimento hospitalar, com 59.053 mil notificações. Seguidas por comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios, hipermercados e supermercados (16.898) e transporte rodoviário de carga com 12.621, com aumento de 22,9% entre 2020 e 2021 (*SmartLab*, 2025).

A presença da atividade de atendimento hospitalar, com maior pico de incidência de emissão de CAT registrado em 2021, marca o período da pandemia global da Covid-19. Dados do IBGE (2023), revelam que no segundo ano de pandemia do novo coronavírus, o Brasil vivenciou a maior crise sanitária já enfrentada, com a maior taxa de óbitos (Gráfico 1) de toda a série histórica, iniciada em 1974. Cabe destacar que, na gestão do então Ministro da Saúde, o general do exército Eduardo Pazuello, no governo Bolsonaro, a Covid-19 não foi incluída como doença potencialmente relacionada ao trabalho na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT)<sup>101</sup>, conforme a Portaria do GM/MS nº 2.345, de setembro de 2020. Assim, coube ao

<sup>101</sup> A primeira LDRT foi publicada pela OIT, no início do Século XX, seguida por diversos países. No Brasil, a primeira LDRT foi publicada em 1942 com o registro de 14 exposições no cotidiano laboral. Posteriormente, em 1990, na atualização previdenciária, alterou-se para 27 agentes patogênicos, mas sem estabelecer o nexo causal com o trabalho (Diesat, 2023). Ao longo dos anos, a LDRT passou por algumas revisões. No entanto, desde 1990, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) atribuiu ao Ministério da Saúde a revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais. Publicada em 1999, a construção teve início pelos 27 agentes patogênicos de risco reconhecidos pela previdência social e resultou em duas formas de organização com base em: Lista A – dos agentes e respectivas doenças – e

Supremo Tribunal Federal (STF) reconhecer o novo coronavírus (SARS-CoV-2) como uma doença ocupacional. (Bravo; Pelaez, 2021).

Destaca-se que, duas décadas após a publicação da 1ª edição da LDRT, a partir de um longo e extenso processo de revisão e atualização, a 2ª edição da Lista foi publicada pela Ministra de Estado da Saúde, Nísia Trindade, após pareceres favoráveis das pastas de Trabalho e Emprego e da Previdência Social, por meio da Portaria GM/MS nº 5.674, de 1º de novembro de 2024, alterando a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017 e atualizando a LDRT (Brasil/MS, 2024b). Com essa nova Portaria, fica caracterizado que “causam danos à integridade física ou mental do trabalhador” 165 patologias que não constavam da LDRT instituída em 1999, totalizando 347 as enfermidades relacionadas às atividades laborais, incluindo a Covid-19 (EPSJV/Fiocruz, 2024).

A atualização da LDRT significa o estabelecimento mais eficaz entre os agravos à saúde do trabalhador e os riscos decorrentes das atividades, ambientes e processos de trabalho. Para o pesquisador da Universidade de Brasília (UnB) e coordenador do Grupo Temático de Saúde do Trabalhador da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Heleno Correa Filho:

[...] A literatura científica dos últimos trinta anos é farta em exemplos sobre essas relações, expondo o câncer ocupacional e as doenças mentais como relacionadas com exposições em ambientes de trabalho. As relações epidemiológicas do século XXI não podem ser pautadas pelo modelo de decisão causal que busca comprovar a relação entre reações bioquímicas do indivíduo, o adoecimento mental e a situação de assédio laboral em busca de produtividade, que gera o esgotamento do trabalhador. No Século XX, o modelo para a caracterização de agravo era baseado em contágio, contaminação e alterações bioquímicas. No Século XXI, acrescentam-se as relações epidemiológicas e ambientais para atestar maior e menor frequência de agravos, relacionando isto aos métodos de produção associados (EPSJV/Fiocruz, 2024, s/p).

O pesquisador Correa Filho, chama atenção para o fato de que a nova LDRT terá impactos indiretos na Previdência Social e na Justiça do Trabalho, considerando que:

As perícias médicas são um campo de conflito de interesses muito forte. Ao incluir um novo grupo de riscos e agravos, obrigando a observar seu aparecimento e presença nos ambientes de trabalho, esse conflito pode ser melhor examinado por peritos, juízes, técnicos, sindicalistas, enfim, por todos os envolvidos. Algumas relações causais entre adoecimento e trabalho ficarão menos atreladas ao sabor subjetivo das demandas individuais. Poderão ser

---

Lista B – das doenças e respectivos agentes de risco. Foi utilizada a identificação e classificação da CID-10 e o critério de Schilling (Diesat, 2023, p. 3)

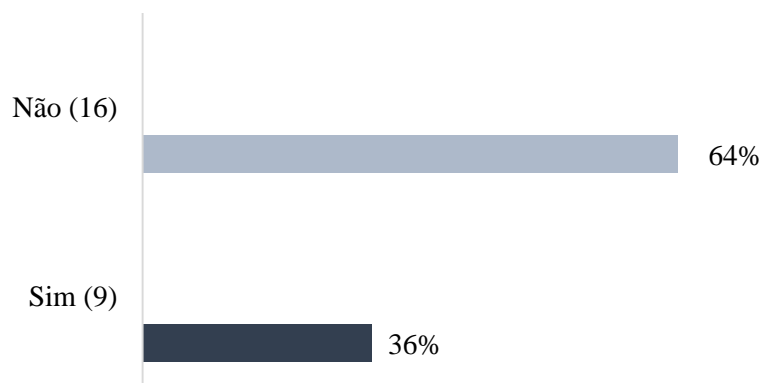
mais bem controladas, saindo da arena de conflitos legais, judiciais e mesmo decisões arbitrárias sem fundamento científico e jurídico que costumam acontecer nesse campo de luta entre capital e trabalho (EPSJV/Fiocruz, 2024, s/p).

Retornando à análise da Figura 11, a alta incidência de abertura de CAT no setor hospitalar pode ser constatada com base na realidade revelada pelo estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em 2021, intitulada *Os trabalhadores invisíveis da Saúde: condições de trabalho e saúde mental no contexto da Covid-19 no Brasil*. A pesquisa contou com a participação de 21.480 trabalhadores da saúde de 2.395 municípios de todas as regiões do país. Seguem alguns dos resultados alcançados:

- As mulheres (72,5%) representam a grande maioria dos trabalhadores e trabalhadoras invisíveis da saúde. São pretos/pardos 59%. A pesquisa mostra que 32,9% deles são jovens com até 35 anos, e a maior parte (50,3%) encontra-se na faixa etária entre 36 e 50 anos. 53% dos “invisíveis” da saúde não se sentem protegidos contra a Covid-19 no trabalho;
- O medo generalizado de se contaminar (23,1%), a falta, escassez e inadequação do uso de EPIs (22,4%) e a ausência de estruturas necessárias para efetuar o trabalho (12,7%) foram mencionados como os principais motivos de desproteção. Ainda de acordo com 54,4% dos trabalhadores, houve negligência acerca da capacitação sobre os processos da doença (Covid-19) e os procedimentos e protocolos necessários para o uso de EPIs. [...];
- As exigências físicas e mentais a que esses trabalhadores estão submetidos durante as atividades realizadas, por exemplo, pressão temporal, interrupções constantes, repetição de ações e movimentos, pressão pelo atingimento de metas e tempo para descanso, foram consideradas muito altas por 47,9% deles. Além disso, 50,9% admitiram excesso de trabalho (Machado *et al*, 2023, p. 2813-2815).

Estudos realizados por Tannús *et al.* (2024) atestam que os trabalhadores da saúde que estavam atuando na linha de frente ao combate da Covid-19 foram particularmente afetados por transtornos psiquiátricos. De acordo com os autores, observou-se um crescimento considerável nos sintomas de: “transtorno de estresse, depressão, esgotamento e exaustão física, ansiedade, síndrome de *burnout* de estresse pós-traumático (TEPT). O aumento desses problemas citados mostra que mesmo com o ‘fim’ a níveis pandêmicos, e com a vida voltando à normalidade, esses profissionais de saúde ainda lidam com os efeitos causadores dessa crise em suas vidas” (*Ibidem*, p. 52).

Em relação aos resultados do nosso estudo de tese, 64% dos trabalhadores informais afirmaram que não contraíram o novo coronavírus, como consta no Gráfico 27:

**Gráfico 27 - Contaminação por Covid-19**

Fonte: Elaboração própria (2024).

No dia 26 de fevereiro do corrente ano, completou cinco anos do primeiro caso de Covid-19 confirmado no Brasil. O período de maior crise sanitária da história, que resultou em inúmeras mortes (Gráfico 1), foi marcada por um contexto de necessidade e/ou dificuldade de isolamento, negacionismo científico, desinformações quanto ao novo coronavírus, endossadas, sobretudo, pelos discursos e manifestações públicas do então presidente Bolsonaro. Acrescentam-se a isso a crise econômica e política, a precarização generalizada do trabalho, inclusive entre os trabalhadores mais qualificados, a ampliação das desigualdades sociais, o aniquilamento de direitos e a desarticulação das políticas sociais, em particular, o SUS (Matos, 2023), em nome da austeridade fiscal, enquanto imposição da agenda neoliberal no país.

Por outro lado, o Gráfico 27 registra que 36%, ou 09 trabalhadores informais, das ocupações pedreiros, diaristas, entregadoras por aplicativo e ambulantes, foram infectados pelo SARS-CoV-2. Desses, duas trabalhadoras diaristas foram hospitalizadas em decorrência do agravamento do seu quadro clínico, como registram os fragmentos de fala abaixo:

Fiquei muito doente, pensei que fosse morrer. Comecei com falta de ar, depois se agravou. Fui para UPA e de lá fui levada para o hospital. Foi uma situação muito difícil, meu estado era grave. Foram mais de vinte dias lutando pela minha vida. Fiquei entubada e tudo. Isso mexeu muito com a minha mente. Tive muito medo de morrer, mas graças a Deus hoje estou aqui (Diarista, entrevista nº 04).

Comecei a apresentar alguns sintomas de Covid-19, como dor de cabeça forte e diária, febre, dor no corpo, perda de paladar. Em seguida, comecei a sentir falta de ar, e depois se agravou. Meu esposo me levou para UPA e fiquei dois dias lá. A tomografia apontou que tive comprometimento dos meus pulmões. Hoje sinto que fiquei com sequelas da Covid-19 (Diarista, entrevista nº 04).

É emblemático que o primeiro óbito decorrente do contágio pelo SARS-CoV-2 tenha sido de Cleonice Gonçalves, carioca, mulher negra de 63 anos, “que percorria mais de 100 km entre a sua casa e a casa de seus patrões, no Leblon, um dos bairros com o metro quadrado mais caro do Brasil” (Matias; Araújo, 2023, p. 293). A trabalhadora prestava serviços domésticos a uma empregadora que retornara da Europa infectada, expondo-a ao “vírus da Covid-19 e da desigualdade” (*Ibidem*). Como mencionado anteriormente neste estudo, a população negra teve maior probabilidade de serem expostas e infectadas pelo coronavírus, além de:

[...] menor probabilidade de aderir rigorosamente ao isolamento. É importante destacar que o desemprego e a informalidade intensificaram os quadros de vulnerabilidade social, dificultando e, algumas vezes, impossibilitando a realização do distanciamento social, entre outras medidas preventivas. Finalmente, em termos de disponibilidade de equipamentos de proteção, pessoas negras tiveram maior chance de não possuírem itens essenciais em casa (Barbosa, 2024, p. 159).

O Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho, com bases nos dados do INSS, verificou que o Brasil registrou 12,9 mil acidentes de trabalho por notificações de acidente de trabalho por CID B34 (doenças por vírus, de localização não especificada) ou CID U07 (Covid-19). De acordo com o Observatório:

O código U07 foi incluído na Classificação Internacional de Doenças após a descoberta do novo vírus. A hipótese que os dados sugerem, além do tempo necessário ao diagnóstico, é a de que, dada a falta de orientação/taxonomia precisa quanto à notificação, os registros foram feitos com o uso de CIDs existentes, alguns dos quais, a exemplo do B34 (em especial os códigos B34.2 e B34.9), até então nunca ou apenas raramente haviam sido utilizados para comunicações de acidentes de trabalho e afastamentos previdenciários. (*SmartLab*, 2025, s/p).

Os registros do INSS indicam que, de 2020 a 2023, foram concedidos 171.935 mil afastamentos previdenciários, relacionados aos CIDs supracitados. No que concerne às ocupações com mais frequências de trabalhadores vitimados por B34 ou U07, entre 2020 e 2021, citam-se: faxineiro (4.13%); motorista de caminhão (rotas regionais e internacionais), com 4.04%; técnicos de enfermagem (3.9%); vendedor de comércio varejista (3.86%); e vigilante (3.19%) (*SmartLab*, 2025). Em relação ao estado paraibano, os dados fornecidos pelo INSS verificam que, entre 2020 e 2023, foram feitas 1.840 notificações de acidentes de trabalho (CAT), em decorrência dos CID (B34 ou U07). As ocupações mais frequentemente expostas pelos trabalhadores foram: vendedor de comércio varejista (5.77%); técnicos de enfermagem



(4.33%); porteiro de edifícios (3.88%); faxineiro (3.22%); assistente administrativo (2.89%); e enfermeiro (2.66%) (*SmartLab*, 2025).

Dentre os trabalhadores informais da nossa pesquisa que tiveram Covid-19 (Gráfico 28), apenas uma trabalhadora relatou que a contaminação pelo coronavírus se deu no ambiente laboral: “[...] trabalhei durante a pandemia. Foi o período que mais fiz entrega. Tenho certeza que foi quando estava trabalhando, já que minha rotina era entregar produtos, sobretudo, comida, e retornar para minha casa. Como moro sozinha, é a única explicação, já que não tive contato com outros familiares” (Entregadora por aplicativos, entrevista nº 22).

Ao contrário dos dados publicizados pelo INSS, os trabalhadores informais infectados pelo Covid-19, com agravamento das condições de saúde, como ilustra o relato supracitado, não tiveram acesso à rede de proteção social. Como bem ressaltam Boschetti e Behring (2021, p. 74):

A condição do trabalho no Brasil determina o acesso a duas das principais políticas sociais que compõem a Seguridade Social e são as únicas que garantem acesso a benefícios monetários mensais: a Previdência Social, vinculada ao trabalho formalizado ou a uma contribuição direta feita mensalmente pelos(as) trabalhadores; e a assistência social, canalizada para pessoas pobres sem condições de trabalhar por idade ou incapacidade por meio do Benefício de Prestação Continuada (BPC) que atingia 4,7 milhões de idosos e pessoas com deficiência em 2019, ou para famílias miseráveis sem trabalho, por meio do Bolsa Família [...].

Para ampliar esta discussão, foram elaboradas questões aos diretores dos CEREST estadual e regionais da Paraíba e representantes sindicais sobre o *trabalho em tempos de pandemia de Covid-19*, através dos seguintes eixos: a) reconhecimento da Covid-19 enquanto uma doença relacionada ao trabalho; e, b) as estratégias adotadas para o enfrentamento da Covid-19. Este último também direcionado aos sindicalistas.

Quanto ao primeiro eixo temático, o *reconhecimento da Covid-19 enquanto uma doença laboral e as estratégias adotadas*, os diretores dos CEREST manifestaram os seguintes depoimentos:

Foi muito importante o reconhecimento da Covid-19 enquanto uma doença relacionada ao trabalho. Foi um período muito difícil, principalmente para os trabalhadores, né? E principalmente os trabalhadores da saúde, que não puderam nem ter medo da pandemia, não puderam ficar em casa. Eles tiveram que se expor para salvar vidas e muitos deles morreram salvando vidas. Então, foi muito difícil trabalhar em casa, também em *home office*, que o pessoal acha que está em casa e não está trabalhando. Ele trabalha muito mais, né? Não tem horário, não tem nada, você tem que fazer a hora que você está em casa o povo ligar. O controle é maior, o pessoal cobra e você tem que estar disponível 24

horas para aquele trabalho. Não existe mais 8 horas de você fazer. Embora, em um primeiro momento, a pandemia trouxe vantagens, com essa história de se trabalhar home office, ao mesmo tempo, ela trouxe muitos danos. Então, é uma faca de dois gumes, se assim a gente pode se dizer, né? A gente avançou em algumas coisas, mas também teve muito prejuízo emocional do trabalhador. O CEREST elaborou um guia de Vigilância Epidemiológica de casos de Covid-19 relacionados ao trabalho. O objetivo do guia era oferecer suporte técnico aos profissionais da RENASTT da Paraíba, principalmente às equipes de vigilância em saúde dos municípios, demais redes de atenção e vigilância em saúde do SUS, para a investigação e notificação dos casos de Covid-19 relacionados ao trabalho no Sinan (Entrevista nº 03).

O reconhecimento da Covid-19 enquanto uma doença do trabalho foi extremamente positiva, tendo em vista a gravidade da crise sanitária desencadeada pela pandemia no Brasil. Foi um contexto muito difícil para todos nós, sobretudo diante de um governo federal de viés negacionista, que dificultou bastante as ações de combate à pandemia do novo coronavírus. O CEREST regional atuou e atua durante e pós pandemia. Realizamos inúmeras fiscalizações/inspeções de vigilância em saúde do trabalhador relativas à Covid-19 no ambiente de trabalho (instituições de saúde, supermercado, escolas, empresas, restaurantes, lojas comerciais, fábricas, entre outras). A maioria dessas inspeções foram denúncias feitas pelo MPT acerca do não cumprimento dos protocolos sanitários, bem como das más condições de higiene e proteção dos trabalhadores (Entrevista nº 04).

A primeira problemática do reconhecimento da Covid-19 com o trabalho foi por parte dos empregadores, porque ainda existe aquela visão de “como é que eu vou garantir que essa pessoa adquiriu a Covid-19 no local de trabalho?” A gente sabe que existe um nexo já estabelecido quando é um profissional de saúde que está ali em contato direto, mas uma farmácia, uma loja, uma empresa, eles ficam com essa de não querer reconhecer, porque essa pessoa trabalha aqui, mas vem de outro local de trabalho, tem outro contato com outras pessoas. Como que eu vou garantir que foi aqui. Ou seja, já existe esse problema. E esse reconhecimento, ele foi muito importante, pois muitos trabalhadores adquiriram realmente a doença no seu local de trabalho e ficaram descobertos, né? Alguns sem receber os salários por conta do afastamento, outros por questão de despesa que muitas vezes não tinha dinheiro para comprar medicação e tudo mais. Outros passaram até para seus familiares e isso muitas vezes foram casos mais graves e mexeu até na parte é emocional daquele trabalhador. Algumas não conseguiram nem mais retornar ao ambiente de trabalho com medo. Assim, para nós que fazemos parte do CEREST que entendemos a questão de ter um olhar para trabalhar pelo trabalhador, entendemos que é importante esse reconhecimento para a garantia de direitos deles, mas não quer dizer que aqui a gente não passou por esse problema não. A gente visualizou em muitos locais as empresas sem querer fechar as portas ou núcleos. Havia o adoecimento ali em massa e tinha que parar a produção. Os protocolos alguns deles eram só no papel, não colocavam prática, principalmente quando você via o deslocamento em massa daqueles trabalhadores. A Alparagatas mesmo saía ônibus com aquela quantidade, né? Do protocolo, tinha que ser cruzado era num canto para outro. Mas, na prática, era todo mundo junto. Então, assim é a gente entender se entender claro, mas a gente vê que, quanto menos custos, melhor para eles e ponto final. Era demissão, né? Como a gente viu bastante, sobretudo na saúde, que foi onde teve mais atendimento de trabalhadores que procuraram o CEREST. A gente fez muitas inspeções *in loco*, indo nas empresas,

principalmente as maiores, que a gente tinha conhecimento através de alguns relatórios que o próprio MPT nos alimentava com eles, como exemplo Alpargatas, como mencionei anteriormente. A gente também fez a elaboração de uma cartilha. Esta cartilha a gente fez um foco maior voltada justamente para os sepultadores, que, nesse período da pandemia, ouvimos muitas queixas deles. Como eles não podiam parar, tinha a questão do medo, lidava muito com o sofrimento das pessoas que estavam ali com seu caixão fechado e a família sem poder prestar suas últimas homenagens. Eles se envolviam demais, muitos sem EPIs, excesso de trabalho, a carga emocional muito forte. Então, a gente desenvolveu essa cartilha focada nos sepultadores mais tinha informações gerais sobre a Covid-19 (Entrevista nº 01).

Eu vejo como realmente efetivo quanto ao Covid-19 ser uma doença ocupacional, pois muitas pessoas adoeceram no trabalho. Nós estivemos na linha de frente, na fiscalização. O pessoal abria o comércio, mas que deveriam estar fechados. O pessoal insistia em abrir. Aí, junto com os demais órgãos, realizavam notificação para que eles fechassem. Muitas vezes, tinha resistência. A gente fazia a nossa parte educativa, né? Dizendo da questão da necessidade do adoecimento, do grande perigo para sua vida e para a sua família. Vinha junto com a gente a vigilância sanitária fechando tudo, a polícia e diversos órgãos que estavam engajados nessas ações. A VISAT só tinha quando havia alguma denúncia, mas é assim normalmente. A gente faz as inspeções sem ter denúncia também. A gente não fez nenhum material educativo, tipo cartilha. A gente só ia lá com o pessoal e fazia uma fala sobre os cuidados quanto a contaminação da doença (Entrevista nº 02).

Os depoimentos dos diretores dos CEREST revelam uma semelhança nos direcionamentos e entendimentos quanto às ações para o combate à pandemia do novo coronavírus, mesmo diante de um cenário político-econômico, em que se priorizou o “lucro em detrimento da vida, não por negligência, incompetência ou falta de planejamento” do SUS (Bravo; Pelaez, 2021, p. 127). Esse cenário demonstra, como bem assinam as autoras, que “o caminho é o fortalecimento das ações em defesa do SUS, da seguridade, das condições de trabalho na perspectiva da responsabilização do Estado na condução das políticas sociais” (*Ibidem*).

Quanto às *estratégias adotadas pelos diretores sindicais ao enfrentamento da Covid-19*, os depoimentos foram os seguintes:

O sindicato produziu material educativo sobre a Covid-19. O período da pandemia foi muito impactante, principalmente pelo negacionismo por parte do governo federal, e isso ocasionou, principalmente perto dos bancos público, no caso específico da Caixa Econômica, a que mais sobrecarregou os trabalhadores, devido à exposição pela quantidade de pessoas que procuravam. Os bancos privados, eles também não pararam, mas eles colocaram muita gente para trabalhar na parte de *home-office*, uma nova modalidade que até então não houve nenhum preparo nenhuma estrutura para que o trabalhador em casa trabalhasse junto com filho, família e *layout*. E a cobrança de metas não deixou de existir. A falta de Equipamentos de Proteção

Individual (EPIs) também foi um fator que para nós, sindicato, a cobrança [foi] muito grande, ao ponto fazermos a compra de materiais para poder auxiliar repassar para os trabalhadores (Sindicato A, entrevista nº 01).

Durante a pandemia de Covid-19, foi um período muito difícil. A gente perdeu familiares, colegas de trabalho, dos movimentos sociais. Isso afetou muita gente e o nosso psicológico também. Muitas trabalhadoras nos procuravam falando que estavam com medo da doença, de morrer e que isso estava trazendo muitos problemas de depressão. Nunca esqueço que a primeira pessoa que morreu no Brasil foi uma trabalhadora doméstica do Rio de Janeiro. Isso foi muito triste, porque a gente sabe como é dura a vida da trabalhadora doméstica. A gente, como direção do sindicato, a gente teve, se arriscou, né? Em sair de casa, em ajudar essas trabalhadoras, levando para ela até a residência dela, a cesta básica que a gente recebia de doação para repassar para as trabalhadoras. E aproveitávamos para orientá-las quanto ao cuidado para não se contaminar. Infelizmente, muitas ficaram de cama. É muito difícil quando se mora em um lugar pequeno, com muitas pessoas juntas, sem ter sempre a máscara ou o álcool para se proteger (Sindicato B, entrevista nº 02).

O sindicato preparou um *folder* com linguagem simples possível sobre a prevenção da Covid-19. Olha, como o nosso ramo de transporte não parou em momento nenhum, então, hoje a gente está na verdade sentindo agora aquele peso, né? Porque a gente tem muito trabalhador afastado por doença mental, de pânico. Tem um rapaz agora que está com medo, adquiriu agora uma crise de ansiedade após a pandemia, né? Foi quando a empresa demitiu e aproveitou o máximo do trabalhador. E, quando ele viu que aquele trabalhador já estava no seu limite, descarta. Aí piora mais ainda a situação o trabalho mentalmente. Então, foi um impacto muito ruim. Na pandemia, não houve demissão, só depois da pandemia (Sindicato C, entrevista nº 03).

Muitos trabalhadores tiveram a Covid-19. O sindicato recebeu muitas denúncias de relatos de contaminação por Covid-19 e de condições adequadas para o cumprimento das medidas de distanciamento social (disponibilização de álcool em gel). Visitamos muitos canteiros de obras e repassávamos as denúncias ao MPT e também ao CEREST regional João Pessoa, para fiscalizar essas obras. Também elaboramos material educativos os cuidados na proteção da doença (Sindicato D, entrevista nº 04).

O sindicalista entrevistado acima também informou que a entidade sindical atuou em mais de dois mil canteiros de obras devido ao crescimento dos casos de contaminação por Covid-19, falta de testagem da doença e condições inadequadas para o cumprimento das medidas de distanciamento social, além da não disponibilização de álcool em gel e máscaras. Certamente, o descumprimento da Lei 13.979/20, que tem como objetivo proteger a coletividade e estabelece as medidas que o poder público poderia adotar em decorrência da pandemia (SARS-CoV-2), resultou em impactos no ambiente de trabalho e afetou a saúde dos trabalhadores, considerando que os controles e medidas preventivas são essenciais “para a redução de risco, mas precisam contemplar a natureza das relações no ambiente de trabalho e sociais (Moreira; Meirelles; Cunha, 2021, p. 107). Além disso, o distanciamento social, a

higienização das mãos e o uso de máscaras “[...] são providências recomendadas, além de equipamentos de proteção individual e medidas coletivas para trabalhadores (Moreira; Meirelles; Cunha, 2021, p. 107).

A seguir, há outros relatos de sindicalistas sobre as estratégias empregadas no enfrentamento à Covid-19:

Durante o período da pandemia, o sindicato conseguiu manter uma articulação com o MPT. Ele estava fiscalizando as fraudes que estava tendo em relação àqueles programas de governo<sup>102</sup>. O trabalhador recebia uma parte da empresa e uma parte do governo. Era para trabalhar somente uma carga horária, por exemplo, meio expediente, e tinha trabalhador que trabalhava o dia todo. Então, existiam muitas fraudes e a denúncia cresceu demais em relação às fraudes da empresa. O empresário passava para o trabalhador “você está recebendo do governo, recebendo da empresa, estava recebendo o salário puro, então você vai trabalhar o período todo”. A denúncia máxima que nós tivemos aqui foi as fraudes das empresas em relação ao período de trabalho. Informava um período de trabalho para o governo, mas, na prática, trabalhava o dia todo. O sindicato também elaborou material educativo sobre como se proteger da Covid-19. Quando chegava aqui denúncia que determinada loja/comércio não estava cumprindo os protocolos para enfrentamento do Covid-19, a gente denunciava ao MPT (Sindicato E, entrevista nº 05).

Nós compramos material, fizemos máscara, né? Conseguimos um material doado por uma empresa, questão de álcool em gel. A gente ficava sempre acompanhando. A gente tentou uma negociação com a prefeitura para que aliviasse a questão de a gente poder trabalhar na cidade. Claro que não foi todo mundo. Só as pessoas que conseguiu se adaptar. E aí a gente foi trabalhando dessa forma, orientando as pessoas que tivesse pelo menos uma tosse não ir trabalhar, e era assim. A questão da alimentação, teve a instituição Padre Zé, que nos ajudou com a doação de alimentação todos os dias, inclusive até há pouco tempo atrás antes dessa propaganda aí, ainda continuou ajudando o pessoal chegava aquele horário do almoço e eles ia lá e distribuía alimentação, ou seja, permaneceu o projeto ajudando (Sindicato F, entrevista nº 06).

Os relatos dos sindicalistas indicam que as medidas adotadas durante a pandemia foram principalmente de caráter educativo, fornecendo orientações sobre cuidados e prevenção da doença, além de ações assistencialistas por meio da distribuição de alimentos e insumos (máscaras e álcool em gel). É possível extrair desses depoimentos que, apesar dos limites e contradições que perpassam o movimento sindical no contexto atual, sobretudo em decorrência dos desafios à ação sindical na contemporaneidade, como apontam o conjunto dos relatos dos

---

<sup>102</sup> Cita-se o Auxílio Emergencial para populações vulneráveis em tempo de Covid-19.

sindicalistas já mencionado neste estudo, “[...] não se pode perder de vista que as instituições remanescentes ao enfrentamento da degradação e precarização irrestrita das condições, direitos e ambiente do trabalho, a sindical praticamente é a única que se mantém ativa em seu ideário. Permanece, apesar de todos e intermináveis ataques” (Inácio, 2021, p. 196).

No desdobramento dessa questão, foi indagado *como o sindicato vem atuando junto à saúde dos trabalhadores*. Seguem os depoimentos:

A atuação da nossa diretoria do sindicato dos bancários vem a cada ano tendo uma sensibilidade maior com relação ao adoecimento, que não é uma situação ou exceção. Pelo contrário, é uma questão que está crescendo cada vez mais. Nós firmamos parceria com o curso de psicologia da UFPB e firmamos parceria com o CEREST. Hoje nós temos uma psicóloga contratada. Já lançamos uma cartilha falando sobre o assédio moral e sexual. Lançamos uma segunda cartilha falando sobre a questão do conhecimento de uma CAT, os direitos que os bancários e trabalhares têm com relação à questão dos benefícios. Então, assim existe realmente uma preocupação por parte de nossa diretoria com relação do crescimento do adoecimento da categoria. Essas situações de adoecimento realmente estão tendo uma situação mais com relação ao adoecimento psicológico. A maioria dos bancários hoje que nos procura tem problema físico. Porém, o mais acentuado é o problema psicológico por conta dessas questões que os bancos eles estão mudando nomenclatura de cargo. No caixa, ele tem que atender e se encaixar e atender cliente com as metas iguais às metas dos gerentes de contas. Então, é essa cobrança diária que existe em cima ou sem abrir caixa, você vender produto e ser cobrado mensalmente. Isso aí está ocasionando adoecimento muito grave e a ação que o sindicato fez ontem na agência do Banco Bradesco ou justamente pela quantidade de denúncias que o sindicato recebeu de um único gerente. Então, isso levou para que o sindicato tomasse essa atitude de fechar a agência ontem. Isso foi exposto nacionalmente, foi inclusive o Bradesco já recebeu uma multa do Ministério Público do Rio de Janeiro em 70.000.000, questão de assédio moral institucionalizada. Então, essa prática infelizmente a gente via mais no Santander e realmente era o campeão, mas hoje o Bradesco está até nas CATs que nós emitimos nesse primeiro semestre. Nós emitimos 70 CATs e o Bradesco foi o primeiro lugar. O Santander, que era anteriormente o campeão, passou para segunda, de forma perversa nessa questão do adoecimento e da cobrança fora da normalidade, para você trabalhar com um chicote. É a forma como a gente recebeu aqui as denúncias dos trabalhadores para poder chegar nessa situação. E, mesmo conversando com o gestor, conversando com o regional dele, alertando para que ele mudasse a postura como gestor, mesmo com essas conversas que tivemos, ele continuou permanece com os hábitos de assédio (Sindicato A, entrevista nº 01).

Aqui no sindicato, a gente escuta muito as trabalhadoras falando que estão doentes, sobretudo de saúde mental. Hoje mesmo chegou uma aqui que ela está com depressão. Passou um ano afastada. Mesmo assim, o INSS cortou ela, não deu. Mas o patrão, pelo menos isso, ele foi compreensivo. Ela voltou a trabalhar. Como ela não sabia ler e já fazia 30 dias que ela não se apresentava ao trabalho, aí ela veio aqui. Chegou muito nervosa. A gente pegou uma pessoa, uma trabalhadora que está em depressão, estar se cuidando, passou um

ano afastada e ele (patrão) falou que vai dar as contas dela certinho, porque já faz 19 anos que ela estar nessa casa. Essa questão da depressão é muito séria, né? Depois da atividade que o CEREST fez aqui, {antes, a gente não conhecia}, a gente orienta a trabalhadora ir lá (Sindicato B, entrevista nº 02).

O nosso sindicato a gente não tem uma Secretaria específica para tratar da saúde do trabalhador, mas a gente tem diretores que agregou dentro de outras secretarias esse olhar, né? Inclusive da questão da saúde mental dos trabalhadores. Inclusive, a gente já teve há anos com o governo estadual para gente tentar montar um centro de apoio que possa atender esse pessoal. É que a gente sabe que, na nossa área, o motorista e o ajudante ficou muito vulnerável com a questão das drogas ilícitas né? Lamentavelmente, cada dia que passa, a gente recebe uma notícia de amigos próximos que se envolveu com tráfico justamente por conta dessa questão das vigilâncias, das orientações, das palestras, né? Então, a gente tenta fazer esse papel também de conscientização, né? Em todas as assembleias que a gente faz a gente está tocando nesse ponto, né? Na questão da doença do trabalhador. Aí, como a gente sabe também que as empresas e se ela dificulta, né? Esse trabalhador a procurar um tratamento não libera para fazer um exame médico, nem traz o próprio médico do trabalho de dentro da empresa para que possa atender. A gente sabe que tem empresas que faz questão de dar uma receita médica para comprar o chamado *arrebite* na farmácia, porque hoje é controlado é tarja preta. Então, dificulta essa questão da saúde do trabalhador (Sindicato C, entrevista nº 03).

O sindicato sempre esteve atento às questões ligadas à saúde dos trabalhadores, sobretudo porque o setor da construção civil ocorre muitos acidentes de altura. Muitas mortes já ocorreram, além de outros tipos de acidentes nos canteiros de obras. Nós temos uma parceria muito grande com o CEREST regional João Pessoa. Sempre que recebemos denúncias ou visitamos os canteiros de obras e percebemos irregularidades, a gente procura o CEREST para fazermos atividades de fiscalizações (VISAT). Nós também encaminhamos os trabalhadores para serem atendidos nos CEREST. Hoje aumentou muito os casos de depressão entre os trabalhadores da construção civil, sobretudo depois da pandemia de Covid-19 (Sindicato D, entrevista nº 04).

Cresceu muito a questão do assédio moral. A gente tinha muito acidente de trabalho propriamente dito. Você cair no trajeto e tal. Mas, depois da reforma, o que cresceu muito foi o assédio moral. Acho que no sexualmente nem tanto, mas o assédio moral toda semana tem denúncias de assédio moral, carga horaria excessiva, a obrigatoriedade de o trabalhador assinar documento que não tem data, por exemplo: a folha de pagamento atrasado e o trabalhador é obrigação a assinar naquela data. Aqui não tem uma secretaria de saúde do trabalho. No período passado, não lembro qual foi, mas a gente tinha até uma pessoa do sindicato dentro das reuniões do CEREST, participava lá, tinha atividades conjuntas com CEREST, sindicato, órgãos de controle da vigilância sanitária. A gente ia no local trabalho de uma determinada empresa olhar toda a situação. Aconteceu isso com o Bom Preço, outras empresas Atacadões, nas distribuidoras, aconteceu várias ações dessas com essas parecerias. Só que, de um tempo para cá, não isso deixou de acontecer. Mas, quando um trabalhador chega informando que está doente, que sofreu assédio, a gente informa para procurar o CEREST (Sindicato E, entrevista nº 05).

Hoje não temos nenhum serviço para saúde do trabalhador. No primeiro mandato do presidente Lula, a gente conseguiu fazer muita parceria, nossa sede de ambulatório, até medicamento os ambulantes conseguiam. Nas nossas assembleias, a gente toca no assunto da saúde. Mas é só isso. Nunca tivemos parceria com o CEREST. A gente participou de uma palestra que foi em São Paulo, mas foi em 2009, mais aqui na Paraíba não. A gente estava tentando entrar no Concelho de Saúde para ver se tinha vaga. Aí conversei com uma colega nossa e ela disse que estava para ter eleição agora no início do ano. Se houver eleição, ia me chamar (Sindicato F, entrevista nº 06).

O conjunto dos depoimentos dos participantes da pesquisa mostra que a saúde do trabalhador continua sendo uma questão de interesse para os sindicatos. Embora as ações voltadas à saúde do trabalhador estejam, de fato, concentradas apenas nos trabalhadores formais dos sindicatos Bancários, Transportes de Cargas, SINTRICOM e SINECOM.

De acordo com os relatos dos sindicalistas, o CEREST regional João Pessoa e as instituições de ensino-pesquisa são aliados fundamentais na promoção da saúde e segurança do trabalhador nos ambientes de trabalho. Isso ocorre mesmo diante dos desafios mencionados anteriormente pelos sindicalistas em relação à organização do movimento sindical após a aprovação da contrarreforma trabalhista. Como mencionado anteriormente, as mudanças ocorridas na CLT, flexibilizou as leis e permitiu a ampliação de contratos mais precários, temporários, terceirização irrestrita, trabalho intermitente, incidindo diretamente na saúde dos trabalhadores, considerando o aumento do adoecimento mental, das doenças osteomusculares (LER/DORT) e das exposições a riscos ocupacionais (CNS/5ª CNSTT, 2024).

Retornando aos dados relacionados a outros registros de CATs emitidas pelo INSS em 2022 (Figura 11), a maior parte dos acidentes de trabalho resultou em fraturas, equivalente a 90,1 mil registros. As lesões corporais mais frequentemente em notificações de acidentes de trabalho foram: corte, laceração, ferida contusa e punctura, com 20.3%, equivalente a 1.076.425, seguido de fratura, com 17.6%, ou 933.696 dos dados notificados. As demais lesões apontadas: contusão, esmagamento (superfície cutânea), com 756.758 (14.2%); distensão e torção, com 463.461, ou 8.72%; lesão imediata, com 443.490 (7.49%); escoriação, abração (ferimento superficial), com 421.763, ou 7.49%; e luxação, com 267.760 (5.04%) (*SmartLab*, 2025).

Como desdobramento dessas lesões, as informações divulgadas pelo INSS, com base nos dados consolidados pelo *SmartLab*, destacam que, em 2022, o dedo, com 113,1 mil registros, foi a parte do corpo mais frequentemente atingido em decorrência de acidente de trabalho. Nos dados referentes à tendência temporal de 2012 a 2022, as partes do corpo mais frequentemente atingidas, segundo as notificações de acidentes de trabalho, foram: dedo, com



maior incidência (23.8%); seguidos de pé (exceto artelhos), equivalente a 7.98%; mão (exceto punho ou dedos), com 7.19%; joelho, com 5.08%; parte múltiplas (4.43%); articulação do joelho (3.78%); e perna (do tornozelo ao joelho), com registro de 3.59% (*Ibidem*).

Por outro lado, as estimativas de CATs não emitidas são bastante elevadas. Segundo dados do Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho, durante 2022, do total de 612,9 mil acidentes de trabalho ocorrido no país, 116 mil acidentes não tiveram emissão de CAT, correspondendo da 18,9% de subnotificações. A subnotificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, como já mencionado em páginas anteriores desta tese, é um problema que persiste no país, e no estado paraibano. Ela dificulta a formulação de mecanismos e estratégias de prevenção e promoção de saúde, além do acesso à garantia de direitos trabalhistas e previdenciários. Para Oliveira (2011, p. 535), a subnotificação “envolve aspectos econômicos, políticos e éticos, na medida em que implica perdas para os trabalhadores, que não são só econômicas; também encobre a existência de riscos e agravos à saúde, dificultando a intervenção sindical e das políticas públicas”.

Além dessas dimensões causadas pela subnotificação de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, estudos realizados por Drumond e Silva (2019), conforme citados por Menegon, Menegon e Kupek (2021), com base nos dados disponíveis pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e pelo Sinan, revelam maior subnotificação ou sub-registro de acidentes de trabalho entre os trabalhadores que se autodeclaram negros. A pesquisa identificou que a maioria dos casos de subnotificação de óbitos ocorreu com homens (94,3%), negros (47,5%) e com menos de oito anos de escolaridade (36,9%). Com base nos autores, a justificativa para esse elevado índice está relacionada à fragilidade no preenchimento da Ficha de Investigação de Acidente de Trabalho<sup>103</sup> e da Declaração de Óbito, cujos dados alimentam os Sistemas de Informações de doenças e agravos no SUS.

Os autores citados anteriormente argumentam que os motivos para essa questão são:

[...] nem todos os profissionais de saúde, desde os trabalhadores que atuam na recepção até os médicos, não são tradicionalmente treinados para realizar a heteroidentificação, que deve ser feita preferencialmente com ajuda de um membro da família ou responsável. Além disso, sabe-se que há várias dificuldades para coletar informações sobre cor ou raça/etnia, relacionadas ao processo histórico de escravidão da população [...] (Menegon; Menegon; Kupek, 2021, p. 05).

<sup>103</sup> O modelo da Ficha de Acidente de Trabalho se encontra no Anexo E desta tese. Ressalta-se que os demais agravos à saúde do trabalhador de notificação compulsória têm uma ficha de notificação específica.

Ainda em relação aos dados sobre saúde-doença e trabalho, segundo o Ministério da Saúde, nos últimos 15 anos, quase três milhões de casos de doenças ocupacionais foram atendidos pelo SUS (Brasil/MS, 2024). Em 2023, houve 392,6 mil registros de notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador pelo Sinan. A maior parte das notificações (52,9%) é de acidentes de trabalho grave, seguidas de exposição à material biológico (26,8%), acidente com animais peçonhentos (12,2%) e LER/DORT, equivalente a 3,7% (SmartLab, 2025).

Cabe destacar que a Portaria GM/MS nº 5.201, de 15 de agosto de 2024, altera o Anexo I do Anexo V à Portaria de Consolidação MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas doenças na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional e modifica o Anexo XLIII à Portaria de Consolidação MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para revogar o item I da Lista Nacional de Doenças e Agravos a serem monitorados pela Estratégia de Vigilância Sentinela. (Brasil/MS, 2024, s/p). A Ministra de Estado da Saúde, Nísia Trindade, no exercício das competências que lhe são atribuídas pelos incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, determina: Art. 1º As seguintes doenças serão adicionadas à Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o país:

I - Câncer relacionado ao trabalho; II - Dermatose ocupacionais; III - Distúrbio de voz relacionado ao trabalho; IV - Infecção pelo vírus da hepatite B em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical da hepatite B; V - Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT); VI - Perda Auditiva relacionada ao trabalho; VII- Pneumoconioses relacionadas ao trabalho; e VIII - Transtornos mentais relacionados ao trabalho. (Brasil/MS, 2024, s/p).

A Tabela 4 apresenta o detalhamento do quantitativo das notificações relacionadas ao trabalho segundo as doenças e agravos à saúde, durante a periodicidade de 2007 a 2022.

**Tabela 4** - Notificação relacionadas ao trabalho (Sinan) conforme os agravos e doenças – Brasil, 2007-2022

Agravos e doenças	n
Acidente de Trabalho Grave	1.559.432
Acidente por Animais Peçonhentos	3.768
Câncer relacionado ao Trabalho	3.768
Dermatoses Ocupacionais	8.358
Exposição a Material Biológico	788.899
Intoxicação Exógena	86.094
LER/DORT	109.076
Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR)	9.244
Pneumoconioses	5.697
Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho	17.681

Fonte: Elaboração própria com base no *SmartLab* (2025).

Em relação aos acidentes de trabalho na Paraíba, os números também são preocupantes. Somente em 2023, ocorreram 5,6 mil acidentes com trabalhadores formais. A cada 24 horas, cinco trabalhadores são afastados de suas atividades laborais, de um total de aproximadamente 1,5 mil afastamentos, ocorridos no referido ano. As estatísticas públicas apontam que, a cada 30 dias, em média, dois trabalhadores perdem a vida no ambiente de trabalho (*SmartLab*, 2025). Quanto aos dados sobre os agravos à saúde do trabalhador, disponíveis pelo Sinan, o estado paraibano registrou 4.445 acidentes de trabalho em 2024 (MS/Sinan, 2025). De 2007 a 2022, foram registrados 35.122 casos.

No detalhamento do quantitativo dessas notificações, assim como demonstrado no Tabela 4, a maior parte das notificações é de acidentes de trabalho grave (61,2%), seguidas de exposição à material biológico (18,20), acidente com animais peçonhentos (8,29%) e LER/DORT (8%) (*SmartLab*, 2025).

Na Tabela 5, é possível visualizar o detalhamento das doenças e agravos à saúde relacionados ao trabalho no estado paraibano.

**Tabela 5** - Notificação relacionadas ao trabalho (Sinan) conforme as doenças e agravos – Paraíba, 2007-2022

Agravos e doenças	n
Acidente de Trabalho Grave	21.506
Acidente por Animais Peçonhentos	2.912
Câncer relacionado ao Trabalho	07
Dermatoses Ocupacionais	29
Exposição a Material Biológico	6.388
Intoxicação Exógena	886
LER/DORT	2.811
Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR)	31
Pneumoconioses	09
Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho	543

Fonte: Elaboração própria, com base no *SmartLab* (2025).

Os dados disponibilizados pelo INSS asseguram que foram notificados, na área de abrangência do CEREST regional João Pessoa, em 2022, 2.673 acidentes de trabalho para a população com vínculo de emprego regular. Desses, foram concedidos 1.092 Benefícios Previdenciários Acidentários (B91) (*SmartLab*, 2025). De acordo com o Relatório Anual de Gestão, do Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador de João Pessoa, de 2016 a 2023, foram registradas 1.143 notificações de acidentes de trabalho por queda. Desse total, 447 ocorreram com trabalhadores da indústria da construção civil. Nesse mesmo período, foram registradas 23 mortes por acidentes de trabalho, tendo 11 ocorrido na construção civil. Destaca-se também que, durante essa periodicidade, houve 305 notificações de transtorno mental relacionado ao trabalho. Somente no período de janeiro a novembro de 2023, foram realizadas 321 consultas médicas em saúde do trabalhador. Dessas, 289 tiveram o estabelecimento de nexo causal entre trabalho e os agravos à saúde (SMS/CEREST regional João Pessoa, 2023).

A respeito dos dados relacionados aos acidentes e doenças laborais expostos neste subcapítulo, é importante ressaltar dois pontos. O primeiro, diferentemente de outros sistemas de notificação, como, por exemplo, a CAT, que se limita aos registros dos segurados da Previdência Social e aos trabalhadores celetistas, os dados de notificação e investigação do Sinan incluem o registro de toda atividade remunerada ou não, para fins de sustento próprio ou da sua família. Além disso, o Sinan inclui os dados:

[...] de todos os trabalhadores e trabalhadoras que exercem atividades para sustento próprio e/ou dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais ou informais da economia. Estão incluídos nesse grupo os indivíduos que trabalharam ou trabalham como empregados assalariados, trabalhadores domésticos, trabalhadores avulsos, trabalhadores agrícolas, autônomos, servidores públicos, trabalhadores cooperativados e empregadores – particularmente, os proprietários de micro e pequenas unidades de produção. São também considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas – habitualmente, em ajuda a membro da unidade domiciliar que tem uma atividade econômica, os aprendizes e estagiários e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego (Bahia/SSBA/SVPSA/DVAST/CEREST, 2009, p. 06).

O segundo ponto diz respeito à elevada subnotificação e/ou sub-registro dos dados relacionados às doenças e agravos relacionados ao trabalho, nos sistemas de informação – seja do Ministério da Saúde, Sinan, Ministério do Trabalho e Empregos, da Secretaria da Previdência Social –, o que contribui para invisibilizar o real quadro de doenças e acidentes laborais, dificultando assim a implementação de políticas públicas e serviços de saúde do trabalhador na RAS, conforme já mencionado anteriormente neste estudo.

As notícias a seguir exibem alguns dos acidentes de trabalho, inclusive com mortes e amputação de membro, ocorridos na Paraíba entre 2023 e 2025.

**Quadro 6 - Notícias sobre acidentes de trabalho ocorridos na Paraíba, 2023-2025**



Fonte: Portal ClickPB, 28/03/2025.



Fonte: Portal Murílio Jr., 11/04/2024.



Fonte: Portal G1 PB, 06/09/2023



Fonte: Portal ClicPB, 12/06/2024

## Trabalhador da construção civil morre ao cair de prédio em construção em Cabedelo

29 nov 2024 - Paraíba



Fonte: Portal O Povo PB, 29/11/2024

Notícia > Geral >

## Motorista tem perna amputada no 1º dia de trabalho em acidente na região metropolitana de Patos

Na manhã desta quinta-feira, dia 03 de agosto, na PB 276, que liga São José do Bonfim a Mãe D'Água, por volta das 09h00, um grave acidente envolvendo caminhão basculante, [...]

Por: Jackson Antonio

03/08/2023 às 13:20 - Atualizado em 03/08/2023 às 13:12

143



Fonte: Portal Polêmica Patos, 03/08/2023.

Notícias R7 > Paraíba > Portal Ebreiro

## Motoboy morre após ser atropelado por caminhão, em João Pessoa

Um motoboy morreu atropelado por um caminhão na tarde desta quinta-feira (26) no bairro de Mangabeira, em João Pessoa. O acidente aconteceu...



PORTAL CORREIO | Ou R7  
26/09/2024 - 17h44 (ATUALIZADO EM 26/09/2024 - 17h44)



Fonte: Portal Correio/R7 Paraíba, 26/09/2024.

Elaboração própria (2025).

As notícias apresentadas no Quadro 6 corroboram que, no mundo produtivo contemporâneo, sob os influxos da globalização financeira do capital e da onda contrarreformista que inunda o país (Klein, 2021), as medidas de austeridade do Estado têm suscitados efeitos negativos na esfera do trabalho. As evidências de tais efeitos repercutem na saúde e segurança dos trabalhadores, em especial, dos informais, que se encontram, como observa Praum (2023, p. 264), ausentes de “direitos e das possibilidades de acessá-los”. Além da profunda desigualdade social, os trabalhadores informais se encontram à mercê da “mercantilização das diferentes esferas da vida e de tudo que a cerca, a ausência de tempo para o convívio familiar, para o descanso” (*Ibidem*).

A passagem seguinte apresenta os resultados da pesquisa empírica referente às doenças e agravos à saúde dos trabalhadores informais participantes deste estudo. Os dados expressam não somente a invisibilidade social desses trabalhadores, como também os agravos relacionados ao trabalho na Rede de Atenção à Saúde no SUS. São usuários-trabalhadores adoecidos e acidentados em razão das condições degradantes de trabalho, expostos à situação geradora de iminente risco para a sua saúde e segurança, além de se encontrarem fora da Seguridade Social, em permanente e constante inexistência das bases protetivas do trabalho.

### 3.2 As doenças e os agravos à saúde do trabalhador informal na região metropolitana de João Pessoa: o que revelam os dados?

O capitalismo contemporâneo tem produzido efeitos negativos na sociabilidade do trabalho. De modo contínuo e sistemático, ele tem provocado ao contingente de trabalhadores e trabalhadoras o aumento do ritmo de trabalho físico, com sobrecarga mental, impondo maior exigência na maneira de pensar e executar a sua força de trabalho. Agrava esse quadro a crise do direito, decorrentes das contrarreformas neoliberais, que negam a função protetiva do Estado (Previtali; Fagiani, 2023). Por sua vez, essas contrarreformas contribuem para a expropriação dos direitos trabalhistas e previdenciários, ampliando o leque de desproteção social dos trabalhadores, com efeitos na vida e na saúde, tendo em vista o aumento das doenças e acidentes relacionados ao trabalho, de acordo com os dados ilustrados no subcapítulo anterior.

Como aludido, o controle do capital sobre os processos de trabalho pode desencadear problemas de ordem física e mental, pela exposição a múltiplos fatores de riscos ocupacionais. Do ponto de vista da saúde do trabalhador, é importante ressaltar que os processos e ambientes



de trabalho não podem ser observados unicamente pelo espectro dos riscos ocupacionais, dos agentes patogênicos (vírus, bactérias, substâncias tóxicas etc.) e dos tempos de exposição aos quais os trabalhadores estão sujeitos (Barcellos; Porto, 2011). É preciso compreender, que no Brasil, como bem enfatiza Souza (2023, s/p):

[...] é emblemático o caso dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT's) que, a serviço das empresas que os contratam, atuam de forma a equalizar a questão da saúde em prol da produtividade da empresa. Muitas vezes, ações como a realização de exames laboratoriais de caráter admissional, periódico ou demissional se constituem em processos humilhantes, coercitivos e de controle sobre os corpos dos(as) trabalhadores(as), reificados(as).

O campo da saúde do trabalhador, como discutido no subcapítulo 1.5 do capítulo 1 desta tese, tem sua gênese em uma conjuntura política de organização e de lutas pela redemocratização do país, desde os anos 1980. Nessa contextualidade, situam-se a diversidade de atores, em cenários sociais distintos, que debatiam e dialogavam acerca das diferentes concepções das políticas públicas de saúde até então vigentes. Dito isto, como destaca o autor acima mencionado, a concepção adotada pelos SESMT's não pode ser compreendida como saúde do trabalhador, tendo em mente que ela se constitui um “campo científico e político-institucional, [...] historicamente forjado em consonância às experiências operárias, em aliança com técnicos de saúde que assumem uma postura crítica ante os modelos hegemônicos (medicina do trabalho e da saúde ocupacional)” (Souza, 2023, s/p).

No que diz respeito ao cerne da questão tratada aqui, os agravos à saúde dos trabalhadores informais são intensificados, pois, diferentemente do trabalhador assalariado formal, frente a um cenário de derruição de direitos, eles se encontram totalmente desamparados das medidas protetivas do Estado brasileiro, considerando a ausência e/ou inexistência de processos de vigilâncias em saúde do trabalhador, como observadas nos depoimentos dos diretores dos CEREST estadual e regionais da Paraíba.<sup>104</sup>

Refletir sobre as doenças e agravos à saúde dos trabalhadores, derivadas de situações degradantes de trabalho, requer entender que elas se constituem o verdadeiro tecido conjuntivo das relações sociais de trabalho (Lourenço, 2009), que expõe a condição de superexploração e as contradições reais existentes entre classes. Assim, a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras colide com a lógica racional do capital. Nesse embate, estão representados distintos interesses

---

<sup>104</sup> Esta análise encontra-se no capítulo 1, subcapítulo 1.5 deste estudo.

de classe, em que os trabalhadores informais são particularmente afetados, dada a desproteção testemunhada quanto à fragilidade de vínculos de trabalho, redução de tempo de descanso e ampliação da jornada de trabalho. Aliam-se à intensificação de cargas físicas e mentais, que têm gerado o aumento de queixas de fadiga, estresse, doenças psicossomáticas e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Oliveira *et al.*, 2021).

O Quadro 7 revela as queixas, doenças e agravos à saúde elencados pelos trabalhadores informais participantes desta pesquisa.

**Quadro 7** - Queixas, doenças e agravos à saúde do trabalhador informal

<b>Diarista</b>	<b>Pedreiro</b>	<b>Ambulante</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fadiga, dor muscular;</li> <li>• Acidente de trajeto;</li> <li>• Formigamento, dormência nos membros inferiores;</li> <li>• Queimadura na mão;</li> <li>• Ferimento corto-contuso (corte ao manusear faca);</li> <li>• Crise de choro;</li> <li>• Gastrite;</li> <li>• Insônia;</li> <li>• Cansaço físico e mental;</li> <li>• Estresse e ansiedade;</li> <li>• Covid-19;</li> <li>• Hipertensão arterial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor nos ombros, na coluna cervical e lombar;</li> <li>• Formigamento, dormência nos membros superiores;</li> <li>• Queda de altura;</li> <li>• Choque elétrico (por instalação elétrica improvisada);</li> <li>• Lesão nas mãos (vermelhidão/eczema);</li> <li>• Ferimento corto-contuso (perfuração no manuseio de ferramenta)</li> <li>• Hipertensão arterial;</li> <li>• Uso de álcool e tabaco;</li> <li>• Cansaço físico;</li> <li>• Estresse.</li> <li>• Covid-19.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fadiga e dor muscular;</li> <li>• Queimadura nas mãos e pés;</li> <li>• Infecção urinária;</li> <li>• Gastrite;</li> <li>• Uso de álcool e tabaco;</li> <li>• Insônia;</li> <li>• Cansaço físico e mental</li> <li>• Estresse e ansiedade;</li> <li>• Hipertensão arterial;</li> <li>• Nervosismo;</li> <li>• Covid-19.</li> </ul>
<b>Entregadora por aplicativos</b>	<b>Esteticista</b>	<b>Costureira</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fadiga, dor muscular;</li> <li>• Acidente de trânsito;</li> <li>• Assédio sexual;</li> <li>• Incertezas quanto ao futuro, medos;</li> <li>• Ansiedade e estresse;</li> <li>• Crises de choro;</li> <li>• Insônia;</li> <li>• Sobrepeso;</li> <li>• Infecção urinária;</li> <li>• Gastrite;</li> <li>• Cansaço físico e mental;</li> <li>• Covid-19.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor nos ombros, punhos, mãos e pernas;</li> <li>• Formigamento, dormência nos membros superiores e inferiores;</li> <li>• Irritação nos olhos;</li> <li>• Crise de choro;</li> <li>• Insônia;</li> <li>• Gastrite;</li> <li>• Cansaço físico e mental;</li> <li>• Estresse e ansiedade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor nos ombros, punhos, joelhos e pernas;</li> <li>• Formigamento, dormência nos membros superiores;</li> <li>• Crise de choro;</li> <li>• Insônia;</li> <li>• Gastrite;</li> <li>• Cansaço físico e mental;</li> <li>• Depressão;</li> <li>• Ansiedade generalizada;</li> <li>• Nervosismo;</li> <li>• Hipertensão arterial.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria (2025).

A degradação da saúde no contexto do trabalho informal aponta que a expansão da precarização estrutural do trabalho, com jornadas exaustivas, exposições aos riscos ergonômicos, físicos, químicos e psicossociais nos ambientes laborais, sustenta que a fragmentação e secundarização da PNSTT no âmbito da SUS, que passa por um processo de desfinanciamento e desmonte, estão em consonância com a interface da informalidade e os agravos à saúde do trabalhador, conforme delineado no objeto da nossa pesquisa de tese. O depoimento da trabalhadora a seguir desvela a condição de sofrimento e adoecimento, que afeta profundamente os trabalhadores, tanto no aspecto da sua materialidade quanto na sua subjetividade (Valentim, 2023).

A trabalhadora (costureira) relatou que, antes de trabalhar por conta própria, durante quase vinte anos, trabalhou em uma fábrica têxtil, localizada no Distrito Industrial, em João Pessoa/PB. A empresa produzia uma variedade de produtos: jogos de lençóis, fronhas, toalhas de mesa, toalhas de banho, tapetes e acessórios para o banheiro. Informou que, em 2019, foi demitida sem justa causa<sup>105</sup>. Atualmente, trabalha confeccionando peças de roupas masculinas e femininas, roupas de festas e consertos de roupas em geral, em sua residência. Sobre o seu processo de adoecimento, a costureira relatou que, desde 2018, apresenta sintomas relacionados à ansiedade e síndrome do pânico. Segue seu fragmento de fala:

Meus batimentos cardíacos estão sempre acelerados. Tenho hipertensão, dificuldade para dormir, para me concentrar, dificuldade para começar e terminar uma tarefa de casa. Minha mão às vezes treme bastante, o que atrapalha quando estou costurando. Aí tenho que parar a costura. Percebo também que vivo muito estressada, ansiosa e cansada. Só tenho vontade de chorar (Costureira, entrevista nº 25).

Conforme depoimento da trabalhadora, em 2022, ela foi diagnosticada com quadro de transtorno mental (CID F41.1 – Ansiedade Generalizada)<sup>106</sup>. O cotidiano laboral pregresso, segundo a trabalhadora, era marcado por inúmeras pressões e cobranças por meta de produção, o que contribuiu para o seu quadro de ansiedade. Além dos sintomas de sofrimento psíquico, a trabalhadora informou também a presença de dor intensa na coluna cervical, lombar e joelhos, decorrentes da jornada de trabalho (somente sentada), com movimentos repetitivos dos membros superiores e inferiores, como demonstra o seu depoimento:

<sup>105</sup> Em maio de 2024, a empresa têxtil entrou com pedido de recuperação judicial, conforme noticiou o Portal G1 (2024).

<sup>106</sup> CID é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde. Constitui uma lista de classificação médica da OMS, que abrange a classificação e a codificação das doenças.

Convivo com dor na coluna lombar e cervical, dor nos ombros, punhos, quadris, joelhos e tornozelos. De acordo com o laudo médico (reumatologista), sou portadora de doença crônica autoimune (CID M05 - Artrite reumatoide soro positivo), além de Fibromialgia (CID M79.7) e Lesões de ombro (CID M75.0). Quando estava trabalhando na fábrica e tinha Plano de Saúde, eu fazia fisioterapia para aliviar as dores e fortalecer os músculos dos braços e das pernas. Atualmente, estou sem fazer fisioterapia, pois demora muito marcar pelo SUS. Quando estou com as crises, tomo anti-inflamatório para aliviar as dores. *Hoje eu sei que foi o trabalho que me adoeceu, que me deixou nessas condições* (Costureira, entrevista nº 25).

O crescimento das incidências de LER/DORT entre os trabalhadores, como afirmam Navarro e Prazeres (2010), está intrinsicamente relacionado à intensificação do ritmo de trabalho, do aumento do número de horas trabalhadas, e à pressão para o cumprimento de metas, aliado ao pouco tempo de descanso, como relatou a trabalhadora (costureira, entrevista nº 25). Para Nogueira (2010, p. 163) as lesões causadas pelo trabalho repetitivo “[...] vai alterando evolutivamente os tendões, as articulações e os músculos, que a princípio se manifestam como dor, podendo chegar a incapacidade funcional”. Ademais, o desgaste físico-mental ligado ao controle do capital sobre o trabalho reduz as possibilidades de o trabalhador ter domínio sobre o seu próprio trabalho, transformando o sujeito-trabalhador em objeto, apêndice do maquinário (Lara, 2011).

O depoimento da trabalhadora (costureira), assim como de outros relatos colhidos durante a pesquisa empírica, aponta para a existência de fatores de riscos psicossociais. Esses riscos consideram que “[...] recorrentes impactos de fatores patogênicos psicológicos e sociais podem ensejar diversos agravos à saúde física e mental dos(as) usuários(as) trabalhadores(as)” (Souza; Macêdo; Batista, 2023, p. 6), interferindo negativamente no comprometimento da saúde em geral, nas incapacidades laborais e nas relações sociais próprias à ordem do capital.

Diversos autores, a exemplos de Dejours (2018), Seligmann-Silva (2013, 2011), Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010), Barreto e Heloani (2015), entre outros, têm se debruçados em estudar os elementos determinantes da relação entre a saúde mental e o trabalho. Seligmann-Silva (2011, p. 325-326) alerta que as exigências e a cobrança constante à competitividade têm “exigindo cargas de trabalho excessivas, assim como exposição a riscos e sacrifícios que se refletem frequentemente em sua saúde geral e de modo especial na saúde mental”. A ansiedade, o estresse e a depressão têm chamado a atenção da OIT (Vieira; Santos, 2024), considerando que a OMS, desde o início do Século XXI, tem alertado para o aumento exponencial das psicopatologias e os complexos sintomáticos relacionados ao trabalho, ficando atrás apenas dos distúrbios musculoesqueléticos (Souza; Macêdo; Batista, 2023). Dados da OMS aponta que:

[...] cerca de 720 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais ou de comportamento, 264 milhões de pessoas sofrem de depressão, o que revela como uma das principais causas de incapacidade. Atualmente, a depressão grave situa-se em 4º lugar entre as 10 principais causas da carga patológica mundial. Além disso, existem dados alarmantes em relação ao comportamento suicida, em que cerca de um milhão de pessoas comete suicídio anualmente; e entre 10 a 20 milhões tentam suicídio (OMS, 2022 *apud* Souza; Macêdo; Batista, 2023, p. 6).

Os efeitos desse panorama também reverberam no contexto brasileiro. As autoras acima mencionadas revelam que o Brasil, conforme os informes da OMS, é “o segundo país com maior número de pessoas com transtorno depressivo nas Américas, com 5,8% da população, ficando atrás somente dos Estados Unidos, com 5,9% de indivíduos com diagnóstico de depressão. O Brasil também é o país com maior prevalência de ansiedade no mundo” (Souza; Macêdo; Batista, 2023). Quanto aos adoecimentos mentais relacionados ao trabalho, o cenário é bastante preocupante. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada pelo IBGE em 2019 constatou que:

[...] 10,2% das pessoas com 18 anos ou mais receberam o diagnóstico de depressão. Dados oriundos do sistema de informação de óbitos dão conta que o crescimento do suicídio é exponencial e a ocorrência desencadeada por adoecimento no trabalho é notória: neste mesmo ano foram notificados 13 mil suicídios no país, sendo quase 12 mil casos em população de 14 a 65 anos. Destes, 10 mil casos ocorreram em pessoas em atividade de trabalho. 77% dos suicídios ocorreram entre homens. Considerando as categorias de atividade, agricultores e profissionais que atuam nas áreas de pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura são as mais afetadas, sendo 89,5% dos casos de suicídio cometidos por pessoas do sexo masculino. Policiais, bombeiros e agentes carcerários seguem no ranking, seguidos pelos trabalhadores da enfermagem, da construção civil e de transportes (Brasil/CNS, 2023, s/p).

Informações divulgadas pela Previdência Social assinalam que, em 2024, mais de 3,5 milhões de pessoas tiveram benefícios concedidos por incapacidade temporária no país. A maior parte dos afastamentos:

[...] foi em razão de transtornos de ansiedade (141.414), seguidos por episódios depressivos (113.604) e por transtorno depressivo recorrente (52.627). Em 2014, quase 203 mil brasileiros foram afastados do trabalho em razão de episódios depressivos, transtornos de ansiedade, reações a estresse grave e outras questões relacionadas à saúde mental. Dez anos depois, em 2024, os números mais que duplicaram, passando para mais de 440 mil afastamentos em razão de transtornos mentais e comportamentais, recorde da série histórica. Dados do Ministério da Previdência Social mostram que, na comparação com 2023, os números do ano passado impressionam – o aumento foi de quase 67% (Agência Brasil, 2025, s/p)

Os dados da Previdência Social confirmam que o Brasil vive uma grave crise de saúde mental<sup>107</sup>, com impactos diretos na vida dos trabalhadores, sobretudo das trabalhadoras, considerando que a maioria é mulher (64%), com idade média de 41 anos e com quadros de ansiedade e de depressão (Agência Brasil, 2025). No âmbito do SUS, são considerados casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho:

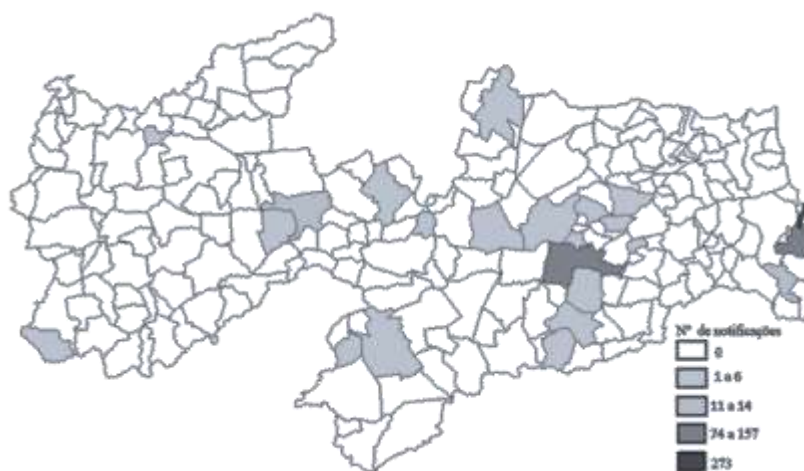
Todo caso de sofrimento emocional em suas diversas formas de manifestação tais como: choro fácil, tristeza, medo excessivo, doenças psicossomáticas, agitação, irritação, nervosismo, ansiedade, taquicardia, sudorese, insegurança, entre outros sintomas que podem indicar o desenvolvimento ou agravamento de transtornos mentais utilizando os CID - 10: Transtornos mentais e comportamentais (F00 a F99), Alcoolismo (Y90 e Y91), Síndrome de Burnout (Z73.0), Sintomas e sinais relativos à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento (R40 a R46), Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais (Z55 a Z65), Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96) e Lesão autoprovocada intencionalmente (X60 a X84), os quais tem como elementos causais fatores de risco relacionados ao trabalho, sejam resultantes da sua organização e gestão ou por exposição a determinados agentes tóxicos (Paraíba/SES/CEREST estadual, 2024, s/p).

O Boletim Epidemiológico de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho na Paraíba, 2017-2023, elaborado pelo CEREST estadual, constatou que, nessa periodicidade, 24 (11%) municípios paraibanos registraram casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho<sup>108</sup>. Conforme já discutidos anteriormente neste estudo, chama atenção que esses dados podem ser mais elevados, tendo em vista o levado índice de subnotificação dos agravos à saúde dos trabalhadores. A Figura 12 contém as informações relacionadas aos municípios que notificaram casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho.

<sup>107</sup> Diante deste cenário, o capítulo 1.5 da Norma Regulamentadora 1 (NR-1), foi alterado pela Portaria do MTE nº 1.419, de 27 de agosto de 2024, “[...] incluindo expressamente os fatores de risco psicossociais relacionados ao trabalho no Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (GRO) [...]” (Brasil/MTE, 2025, p.04). Cabendo ao MTE fiscalizar os riscos psicossociais no processo de gestão de segurança e saúde no trabalho.

<sup>108</sup> Distribuídos entre três macrorregionais de saúde, sendo: 3 municípios na I Macro (Alhandra, Cabedelo e João Pessoa); 16 municípios na II Macro (Alagoa Nova, Alcantil, Areia, Campina Grande, Assunção, Barra de Santana, Esperança, Picuí, Prata, Puxinanã, Queimadas, Seridó, Serra Redonda, Soledade e Sumé) e 5 municípios na III Macro (São Francisco, Patos, Santa Inês, Santa Luzia e Santa Teresinha). Ao observar a Figura 1, percebe-se que o município de Cabedelo foi o que apresentou maior número de notificação com 273 (49,2%) casos (Paraíba/SES/CEREST estadual, 2024, s/p).

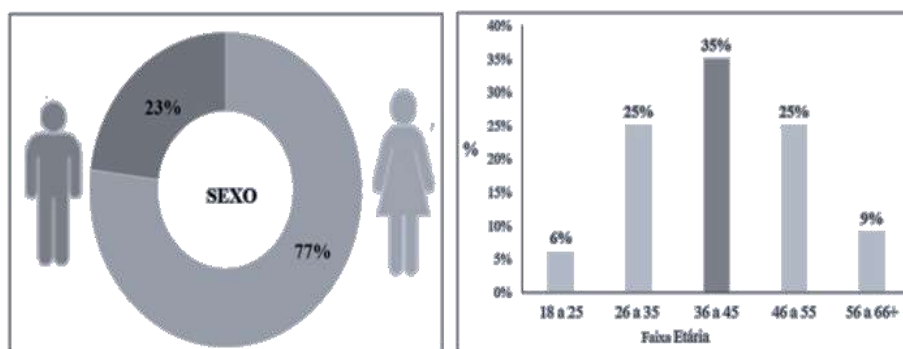
**Figura 12** - Distribuição espacial dos municípios que notificaram casos de Transtorno Mental relacionado ao trabalho de 2017 a 2023, Paraíba (n = 24 municípios)



Fonte: SES-PB Sinan/CEREST estadual (agosto de 2024).

Ao analisar o Relatório Epidemiológico, observa-se que, em relação ao sexo, destaca-se maior incidência de adoecimento mental entre as mulheres, com percentual de 77%, ou 426 notificações. Quanto à faixa etária, considerando homens e mulheres, verifica-se a predominância de 36 a 46 anos, o que equivale a 35%. Esses dados podem ser visualizados na Figura 13:

**Figura 13** - Notificações de transtornos mentais relacionado ao trabalho por sexo e faixa etária – Paraíba, 2017 a 2023



Fonte: SES-PB Sinan/CEREST Estadual (agosto de 2024).

Quando observadas as notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho por inserção no mercado de trabalho, registra-se que 54% dos trabalhadores são servidores

públicos celetistas, seguidos por trabalhador formal, com 25%, e apenas 4% de trabalhadores sem registro formal. Entre as notificações que assinalaram Atividade Econômica, 4,5% foram em trabalhadores da educação, 4,1% em trabalhadores da atividade de atendimento hospitalar, 3,8% trabalhadores do setor bancário, seguido pelos trabalhadores de atividade de *telemarketing* 3,6% (Paraíba/SES/CEREST estadual, 2024, s/p).

Dando continuidade aos resultados da nossa pesquisa de tese, seguem outros depoimentos que confirmam a interface das doenças e agravos à saúde e a informalidade do trabalho:

O meu acidente de trabalho ocorreu no dia 07 de maio deste ano (2023), por volta das 07h00, quando eu estava descendo do ônibus para ir trabalhar. O meu pé esquerdo escorregou, cai no chão e o impacto todo foi na minha perna esquerda. Um rapaz que vinha pilotando uma moto parou e me ajudou. Ele me levou ao Trauminha (Complexo Hospitalar Governador Tarcísio Burity). Fiz um Raio X, fui medicada e colocaram uma bota (ortopédica). O médico me deu um atestado de 60 dias. Informei a minha patroa e ela disse que “não queria mais os meus serviços”. Um colega do meu marido falou sobre o CEREST, procurei o serviço e fui bem atendida pelo fisioterapeuta. Ele me explicou bem direitinho. Falou que não tinha como emitir a CAT, pois não tenho carteira assinada, mas, como pago ao INSS, poderia conseguir um benefício (Auxílio-Doença Previdenciário - B31) pelo INSS (Diarista, entrevista nº 07).

Quando fui trocar o óleo do tacho (estava frito batatinhas), ele virou e caiu nos meus pés. Estava quente e foi uma dor muito grande. Quando ocorreu esse acidente, meu carrinho ficava perto do PAM de Jaguaribe (atual Policlínica Municipal de Saúde) e chamaram o SAMU. Fui para o Trauma (Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena). Como a queimadura foi grande, fiquei quase uma semana internada. Até hoje tenho as marcas da queimadura nas minhas mãos e nos meus pés (Ambulante, entrevista nº 16).

Tenho muitas dores nos ombros e na coluna. Acho que é porque passo muito tempo em pé e também porque empurro o carrinho com as frutas/legumes. Quando está doendo muito, eu sento um pouco no banquinho que tenho, mas é por pouco tempo, porque preciso ficar de pé para chamar as pessoas para meus produtos. Ultimamente, também venho sentindo muitas dores no estômago. Acho que tenho gastrite, deve ser porque como na correria, nas pressas [almoça na própria barraca] (Ambulante, entrevista nº 17).

Sempre trabalhei na construção civil. Tenho dores nos pulsos, subindo (irradiam) para o antebraço. Quando estou quebrando as paredes com a marreta e a talhadeira, também tenho dores fortes nas mãos que sobem para os braços e os pulsos. Hoje tenho dificuldade até para fazer tarefas do dia a dia, como abrir uma garrafa de café (Pedreiro, entrevista nº10).

Meu adoecimento iniciou há 03 anos atrás. Tenho muita dor, como se tivesse umas agulhas espetando meu ombro e o meu cotovelo direito. Mesmo com essas dores, continuei trabalhando. Só procurei o médico (março de 2022) porque não aguentava sentir essas dores. O médico pediu uns exames



(ultrassonografia do ombro e do cotovelo direito). No Prontuário de Atendimento, consta o seguinte diagnóstico: “[...] o trabalhador é portador de tendinopatia do supraespinhal, rotura parcial do tendão supraespinhal, bursite e no cotovelo direito epicondilite lateral, apresentando tendinopatia e rotura parcial dos seus tendões [...]” (Pedreiro, entrevista nº 10).

O trabalhador (entrevista nº 10) relatou que, durante a sua jornada de trabalho, já carregou nos ombros inúmeros sacos de cimento e areia, além de realizar capinagem e escavação de buracos/valas, o que demandava muito esforço físico, com movimentos repetitivos dos membros superiores, agachamento dos membros inferiores e flexão de coluna. Consta no Prontuário de Atendimento: “[...] o trabalhador é portador de agravos inerentes aos CID M75.1 – Síndrome do manguito rotador, M75 – Lesões do ombro, S53 – Luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos do cotovelo, M75.4 – Síndrome de colisão do ombro, CID M77.1 – Epicondilite lateral e CID M75.8 – Outras lesões do ombro” (Pedreiro, entrevista nº 10).

A seguir, encontram-se outros relatos dos trabalhadores que participaram da nossa pesquisa de tese:

Tenho direto crises de ansiedade. Às vezes, só tenho vontade de parar a moto e chorar. Eu gosto do meu trabalho, mas me preocupo com o meu futuro. Se algum dia terei novamente um emprego, com carteira assinada, férias. Hoje o que ganho mal dar para pagar as contas. Tenho que escolher quais contas são mais importantes (Entregadora por aplicativos, entrevista nº 20).

Sofro de ansiedade. Tenho muitas crises. As crises começaram depois que fui assediada por um cliente. Foi uma situação horrível! Fiquei muito insegura, com medo de sofrer novamente. Nós mulheres estamos mais vulnerais, sobretudo no trânsito. Também tenho gastrite. Deve ser porque não tenho hora certa para comer. As minhas costas também doem bastante, meus braços, sem falar que a *bag* pesa muito. Quando chego em casa, estou muito cansada. Só penso em dormir, mas aí lembro que ainda tenho que arrumar as coisas de casa (Entregadora por aplicativos, entrevista nº 21).

Sofri um acidente quando estava indo entregar um produto. O carro bateu na minha moto e cai. Foi um impacto forte [...], pensei que tinha quebrado o meu pé. O motorista desceu do carro, discutiu, falando que eu estava errada. E eu só gritando de dor, começou a chegar gente e aí ele chamou o SAMU. Fui levada para o Trauminha (Complexo Hospitalar Governador Tarcísio Burity). O exame mostrou que eu tive uma fratura no pé direito. Fiquei mais de cinco semanas para colocar o pé no chão. Tive que fazer fisioterapia [...]. Fiquei muito tempo sem poder trabalhar. A minha sorte que pude contar com a ajuda da minha família para pagar as minhas contas (Entregadora por aplicativos, entrevista nº 23).

As plataformas digitais têm ganhado cada vez mais espaço nas economias e no mercado de trabalho global. O adensamento dessas tecnologias constitui uma expressão de

novas tendências do capitalismo na cena atual, com ímpetus no aumento da produtividade, das taxas de acumulação e maior controle do trabalho e da vida dos trabalhadores. Na área da saúde, essas consequências se manifestam, conforme identificados nesses três últimos relatos, em situações de exposição a riscos psicossociais, com destaque para: o sentimento de insegurança, desvalorização e falta de perspectiva de crescimento profissional, incerteza salarial, medos, sensação de impotência, estresse, violência, jornadas extenuantes, sobrecarga mental e física, além de permanente preocupação com riscos de acidentes no trânsito (Masson; Oliveira, 2022).

A esse respeito, destaca-se o depoimento da entregadora por aplicativo (entrevista nº 23) sobre o acidente ocorrido no momento da entrega do produto. Esse tipo de ocorrência é vivenciado por inúmeros trabalhadores de plataformas digitais, sejam motoristas, motociclistas ou ciclistas. Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), entre março de 2020 e julho de 2021, o SUS registrou 308 mil internações em decorrência de acidentes de trânsito em todo o país. Os acidentes de moto representaram 54% desse total, vitimando cerca de 11 mil motociclistas. De acordo com o MS, as vítimas geralmente são do sexo masculino, pretos, jovens (20 a 49 anos), em condições de vulnerabilidade social. (Brasil/MS, 2024).

Na Paraíba, de acordo com Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena<sup>109</sup>, “ocorreram quase 10 mil acidentes de motos entre janeiro e dezembro de 2024. Representa um aumento de 12% em relação ao ano de 2023” (Portal G1 Paraíba, 2025, s/p). Quanto ao perfil das vítimas de acidentes, “a maioria era do sexo masculino, totalizando 7.158 casos, enquanto 2.628 eram do sexo feminino. A faixa etária mais afetada foi de 19 a 59 anos, com 8.457 atendimentos registrados” (*Ibidem*).

Os dados do Ministério da Saúde também explicitaram que, em 2020, o gasto público com internações de motociclistas, decorrentes de acidentes de trânsito, chegou a R\$171 milhões. A morbimortalidade por lesões de trânsito, especialmente as de trabalhadores por plataformas digitais, configura-se como um problema de múltiplas determinações, socioeconômicas, políticas e de saúde pública, que mormente não são consideradas decorrentes do trabalho e, portanto, não são notificadas no Sinan. Para Souza, Rodrigues e Santos (2024, p. 10), “as consequências para a saúde vão além do acidente em si, pois se constituem como repercussões da dinâmica do trabalho em médio e longo prazos, como no caso das doenças osteomusculares, notadamente problemas na coluna relacionados à posição adotada para conduzir a moto”.

---

<sup>109</sup> Unidade de alta complexidade da rede estadual em João Pessoa, que atende usuários da região metropolitana, além de municípios de estados circunvizinhos.

A pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap), intitulada *Mobilidade urbana e logística de entregas: um panorama sobre o trabalho de motoristas e entregadores com aplicativos*<sup>110</sup>, constatou que “[...] pelo menos um quarto deles se envolveu em algum tipo de ocorrência de trânsito enquanto estava trabalhando com as plataformas” (Callil; Picanço, 2026, p. 69). A pesquisa também verificou que um a cada quatro entregadores já sofreu um acidente de trânsito no país.

De modo complementar, o *Dossiê das violações dos direitos humanos no trabalho uberizado: o caso dos motofretistas na cidade de Campinas*, resultante da pesquisa coordenada por Abílio (2024), realizada pela Diretoria Executiva de Direitos Humanos da Unicamp, em parceria com o MPT/Campinas-SP, sinaliza que para além dos múltiplos aspectos sobre as condições laborais precarizadas, identificaram-se condições degradantes de saúde. O estudo com 200 motofretistas apresentou “[...] um cenário de muita gravidade envolvendo trabalhadores sem acesso a água potável, banheiro, pontos de descanso; apresentam desidratação, incidências alarmantes de pressão alta, de alimentação inapropriada e de acidentes, em especial acidentes graves” (Abílio; Santiago, 2024, p. 40). Quanto aos desdobramentos desses acidentes de trabalho, a pesquisa sinalizou que 65,7% já sofreram acidentes de trânsito com a motocicleta durante o trabalho, 45% ficaram mais de três anos afastados, 24% mais de seis meses de afastamento e 70% afirmaram trabalhar com medo de se acidentar (*Ibidem*).

Considerando o contexto apresentado, o próximo subcapítulo revela a invisibilidade social das doenças e agravos à saúde dos trabalhadores informais que acessam os serviços públicos de saúde, os quais, conforme os dados ilustrados neste subcapítulo, estão em situação de sofrimento físico e mental, na fronteira da regulação protetiva do trabalho.

---

<sup>110</sup> A pesquisa foi realizada “a partir de um banco de dados de motoristas e entregadores, fornecido pelas empresas mais representativas do setor e parte da AMOBITEC (Associação Brasileira de Mobilidade e Tecnologia), foi desenhado e aplicado um *survey* nacional com mais de 3 mil respostas que traçam o perfil desse público. Além disso, foram analisados dados administrativos relativos ao trabalho com aplicativos de 4 empresas” (Callil; Picanço, 2026, p. 9)

### 3.3 À margem da proteção social: elementos que caracterizam a invisibilidade social dos trabalhadores informais na Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS

Ancoradas pelas determinações do capital na sua face financeirizada, que modificou substantivamente as condições materiais produtivas do sistema capitalista e da conformação do Estado neoliberal, à luz das privatizações e contrarreformas, transformando políticas sociais, incluída à saúde, em “novas mercadorias”, defende-se a tese de que a interconexão entre a mudança no padrão de regulação social do trabalho no Brasil (Klein, 2018) e o processo saúde-doença está organicamente relacionada à invisibilidade dos usuários-trabalhadores informais na RAS no SUS.

Ao delinear essa inter-relação, compreende-se que a invisibilidade é um fenômeno social estrutural pautado pela indiferença, a inexistência, de um sujeito em meio a outros. Esse não ser visto é legitimado pela “[...] expressão pontiaguda de dois fenômenos psicossociais que assumem caráter crônico nas sociedades capitalistas: humilhação social e reificação” (Costa, 2008, p. 15). Nesse encadeamento, a invisibilidade social dos trabalhadores informais, inseridos em contexto de precarização das relações de trabalho e de regressão dos direitos sociais, constitui-se um fenômeno ainda mais agravante do processo de superexploração da força de trabalho (Marini, 2005). Pese-se nesse cenário a condição de vulnerabilidade social, cujas traços de desigualdades sociais “são uma realidade naturalizada, que culpabiliza o sujeito que sofre” (Nascimento, 2022, p. 149).

No campo da saúde do trabalhador, a invisibilidade socialmente construída está associada aos eventos, riscos e/ou exposições laborais, as quais não têm o reconhecimento da relação saúde-doença e trabalho, que subsidiam os fatores constitutivos da história do nexos, em todas as suas formas já apresentadas: causal, técnica, epidemiológica (Verthein; Minayo-Gomez, 2011). A invisibilidade da saúde do trabalhador está diretamente relacionada ao não reconhecimento por parte do Estado e da sociedade do processo saúde e trabalho, ao não considerar a centralidade da categoria trabalho nos determinantes sociais dos agravos à saúde dos trabalhadores (Vasconcellos, 2007), por conseguinte, da própria coletividade. Decorridos 34 anos da construção do SUS, o reconhecimento do usuário como trabalhador em potencial ainda não se efetivou em todas as ações e serviços da RAS, desde:

[...] a atenção primária, considerada, na atualidade, como ordenadora da rede de cuidado; os serviços especializados, incluindo a reabilitação; a atenção pré-

hospitalar, de urgência e emergência e hospitalar; a rede de laboratórios e de apoio diagnóstico; a assistência farmacêutica; os setores responsáveis pela promoção e vigilância da saúde, os sistemas de informação e gestão da saúde, incluindo o planejamento, o acompanhamento, a regulação, avaliação e a auditoria (Dias *et al.*, 2011, p. 109-110).

Certamente, ainda há por parte de boa parte dos profissionais e trabalhadores da saúde a dificuldade de se apropriar da categoria trabalho, incluindo-se aí a dimensão de “classe” (Dias *et al.*, 2011), enquanto um importante determinante social de saúde-doença, que produz sofrimento, adoecimento, mortes e mutilações relacionadas ao trabalho, dentro e fora do ambiente laboral. Essa dificuldade do reconhecimento dificulta o estudo, a análise e a intervenção nas relações entre trabalho, ambiente e relação saúde-doença dos usuários-trabalhadores que buscam o acesso aos serviços de saúde no país, em particular no território paraibano.

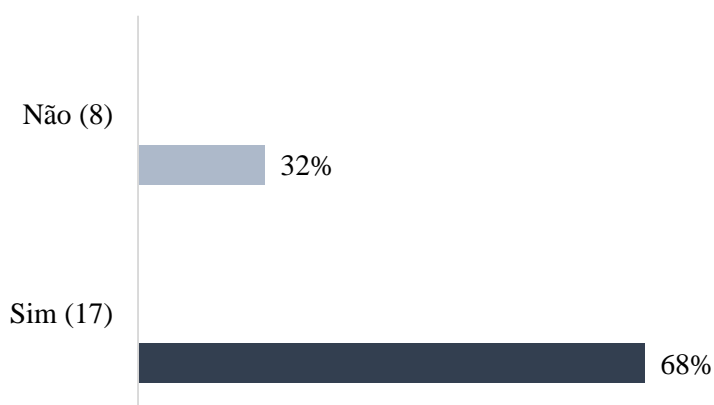
Não obstante as reflexões aqui desenvolvidas, convém destacar também a secundarização, fragmentação (Oliveira; Vasconcellos, 1992) e a “[...] incorporação marginal da Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS [...]” (Cavalcanti, 2024, p. 7). Embora consolidada no âmbito legal, por meio de instrumentos jurídico-normativos que circunscrevem a Constituição Federal de 1988, a LOS nº 8.080/90 e as portarias que instituíram a RENASTT e PNSTT, Leão e Vasconcellos (2011) atestam que a secundarização do campo da saúde do trabalhador está diretamente relacionada à historicidade de isolamento desse campo no interior da saúde pública brasileira. Soma-se a isso a “desarticulação” institucional, assim como a ausência de diálogo intra e intersetorial e o campo da saúde do trabalhador.

Sobre essa questão, o artigo *Política de Saúde do Trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas*, publicado por Oliveira e Vasconcellos no início dos anos de 1990, já alertava que essas vicissitudes apontadas no parágrafo anterior:

[...] sintetizam perfeitamente a problemática da área. De um lado, a marginalidade de que se reveste a questão da Saúde do Trabalhador no contexto do setor saúde. De outro, a fragmentação de atribuições e responsabilidades na área. Não bastasse estas formas de apresentação do problema, o descaso com que é tratada a Saúde do Trabalhador mostra claramente o descompromisso da classe dirigente brasileira com a ‘morte lenta’ da classe trabalhadora no processo de trabalho. O modelo atual de atenção à Saúde do Trabalhador, no atendimento a interesses hegemônicos, encerra uma lógica perversa que vem penalizando os trabalhadores com a perda de sua saúde (Oliveira; Vasconcellos, 1992, p. 154).

Dando sequência à análise dos dados da pesquisa de tese, quanto à procura aos serviços de saúde em decorrência das queixas, doenças e agravos relacionados ao trabalho, a pesquisa constatou que, dos 25 trabalhadores entrevistados, 68%, procuraram assistência à saúde. O Gráfico 28 apresenta essas informações:

**Gráfico 28 - Busca por atenção em saúde**



Fonte: Elaboração própria (2024).

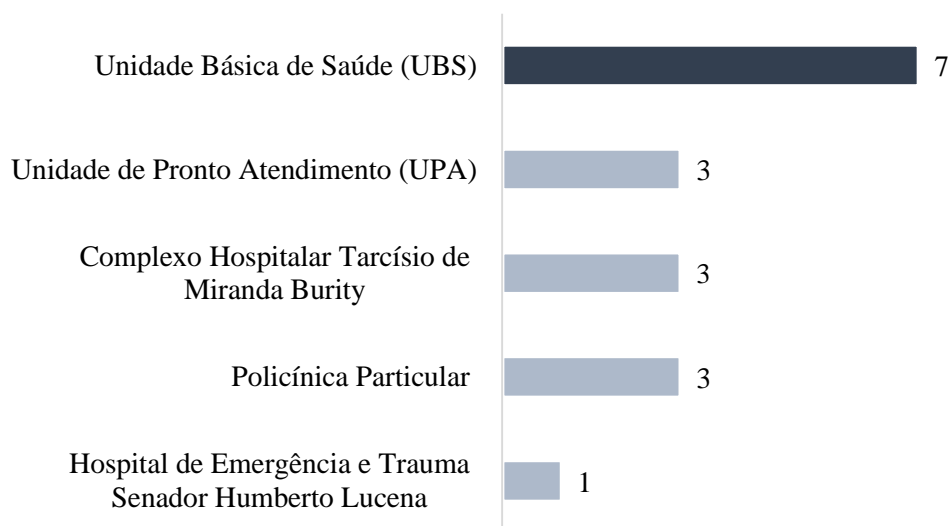
No Gráfico 28, destaca-se o fato de que 32% dos trabalhadores, das ocupações ambulante, diarista, entregadora por aplicativo e pedreiro, mesmo adoecidos, não procuraram atendimento em serviços de saúde. Esses trabalhadores justificaram que, ao “perder um dia de trabalho”, “não teriam renda” para suprir as necessidades básicas de suas famílias. Esses receios confirmam os dados que refletem o baixíssimo rendimento individual e familiar (Gráfico 17), que desvelam as condições de destituição material e desproteção social desses trabalhadores.

Tais condições colocam a sua saúde e sua integridade em risco, cujos corpos adoecidos e/ou acidentados arcam com a violação dos limites impostos pelo capital, como já havia apontado Marx em *O Capital*, são nítidas as implicações da violência do capital contra a saúde do trabalhador. Nas palavras do próprio autor:

O capital não tem, por isso, a mínima consideração pela saúde do trabalhador e duração da vida do trabalhador, a menos que seja forçado pela sociedade a ter essa consideração. Às queixas sobre a degradação física e mental, a morte prematura, a tortura do sobretrabalho, ele responde: deveria esse martírio nos martirizar, ele que aumente nosso gozo (o lucro)? (Marx, 2011, p. 432).

Como desdobramento dos dados do Gráfico 28, os trabalhadores que procuram os serviços de saúde informaram as seguintes instituições de saúde (Gráfico 29):

**Gráfico 29** - Instituições de Saúde acessadas em decorrências das doenças e agravos à saúde (n)



Fonte: Elaboração própria (2024).

Os dados do Gráfico 29 revelam que, dos dezessete trabalhadores que procuraram atendimento médico em razão das doenças e agravos à saúde, quatorze acessaram os serviços do SUS. Cohn (1990) chama atenção de que o acesso aos serviços de saúde não se reduz meramente à proximidade,

[...] tal como destacam os documentos das políticas de saúde neste país, nem se traduz na concepção empobrecida de disponibilidade, pela presença física dos recursos nas áreas onde existem. A acessibilidade formulada pela população usuária corresponde à relação funcional entre as ‘resistências’ que são oferecidas pelo próprio serviço – que se exprimem nas dificuldades sentidas pelos usuários para efetivarem o atendimento que buscam – e o poder de utilização que se forma através das experiências, percepções e valores – que se expressam nas razões para o bom atendimento – por parte de quem é atendido e conforma seu perfil de demanda” (*apud* Vellozo; Souza, 1993, p. 103)

Decerto, os quatorze trabalhadores que acessaram os serviços da RAS no SUS, não nos surpreende, considerando a supressão das condições de subsistências desses trabalhadores, como já destacado nas análises dos dados apresentados nos Gráficos 17 e 28 deste estudo. Como

observam Gilson e Carvalho (2001 *apud* Gonçalves; Dias, 2009, p. 191), “[...] o direito à saúde é uma luta do homem através dos séculos. Faz parte do direito à vida e ao estado de bem-estar e felicidade de todos os seres humanos”.

No Brasil, como discutido no subcapítulo 1.4 do capítulo inicial desta tese, o direito à saúde, enquanto bandeira de luta do movimento de reforma sanitária, passa a ser consagrado no célebre artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que dispõe a universalização da saúde como um dos princípios fundamentais do SUS, sendo um *Direito de todos e dever do Estado*, garantindo a participação social. Nesse entendimento, reafirma-se o caráter social e político que atravessa a política de saúde no país. Logo, como observa Vasconcellos (2007, p. 242), “[...] a realização da saúde enquanto um direito social exige a participação dos usuários como cidadãos de direitos”. Se, por um lado, o reconhecimento constitucional do direito à saúde tenha produzido resultados significativos para o conjunto da sociedade, por outro, o processo de privatização de direitos e de mercantilização da saúde tem resultado na expansão do setor privado. Como explicitam Souza *et al.* (2019, p. 2787):

O setor privado tem disputado com êxito os recursos financeiros, materiais e simbólicos que a sociedade brasileira destina aos serviços de saúde. Cabe ressaltar que o setor privado que se opôs à criação do SUS não é exatamente o mesmo que, três décadas depois, disputa os recursos públicos. Atualmente, o setor privado da saúde é liderado por corporações financeirizadas multissetoriais, que detêm o capital não apenas de operadoras de planos de saúde, hospitais e serviços de diagnose e terapia, mas também de empresas em outros setores econômicos.

A mercantilização, assim como a lucratividade dos serviços de saúde, sinaliza que, embora tenha ocorrido um aumento da oferta, sobretudo de redes de policlínicas populares, especializadas em consultas, exames laboratoriais e de imagens, pequenas cirurgias, dentre outros, como parte do próprio interesse do capital para a exploração desse setor, a qualidade dos serviços prestados não acompanhou esta expansão. Ao contrário, “[...] é possível dizer que o caráter mercantil adotado para esses serviços provavelmente os tenha piorado” (Souza-Filho; Gurgel, 2016, p. 137). Contudo, diante da indisponibilidade e/ou dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde, os usuários recorrem aos serviços privados, em que se paga na hora e usufrui do leque de serviços ofertados.

De acordo com Brito e Leite (2025, s/p):

Uma pesquisa do Instituto de Estudos em Políticas de Saúde (IEPS) informa que as clínicas de saúde de recorte popular tiveram crescimento quatro vezes superior a outros estabelecimentos de saúde entre os anos de 2010 e 2022. No



entanto, segundo especialistas ouvidos pela *Folha*, inclusive do setor privado, tal avanço não esteve necessariamente acompanhado de um atendimento qualificado. Além disso, tais clínicas na prática já realizam aquilo que a ANS tenta legalizar através do chamado “*sandbox* regulatório”, ao inserir no mercado planos de saúde não ambulatoriais. No caso das “clínicas populares”, trata-se de atendimento particular, sem uma conexão com seguros de saúde. Já na modalidade que a ANS tenta incluir no mercado de saúde, haveria uma sistematização por parte de seguradoras, que poderiam vender planos de saúde restritos a consultas e exames, mas sem direito à internação ou procedimentos médicos. Planos “Melhoral e copo d’água”, nas palavras da pesquisadora Ligia Bahia. A ideia não tem respaldo de nenhuma entidade representativa do campo da saúde e uma das críticas centrais é que colocaria uma pressão por fila dupla no SUS, uma vez que pacientes já com algum diagnóstico e encaminhamento para especialistas não teriam motivo para iniciar sua jornada de acompanhamento desde a porta de entrada da atenção básica.

Três trabalhadores envolvidos em nossa pesquisa de tese vivenciaram essa situação, e entre eles, os seguintes depoimentos se destacam:

Tive que fazer a consulta (ortopedista) e o exame numa policlínica, porque, se eu fosse fazer pelo SUS, estaria até agora aguardando. A própria moça do posto de saúde falou que iria demorar, e eu precisava com urgência, pois tinha que apresentar ao médico do CEREST para tentar conseguir um auxílio do INSS (Pedreiro, entrevista nº 13).

Em janeiro e fevereiro (2022), ia com frequência a UBS por causa das dores nos ombros e na coluna. A médica passava ibuprofeno e não passava a dor. Ela me encaminhou para um especialista no SUS, mas explicou que ia demorar a consulta e me falou para procurar um especialista particular. Fui numa dessas policlínicas que custa mais barato a consulta. O ortopedista passou uma radiografia. Quando chegou o resultado, o médico falou que meu problema não tinha cura, que eu deveria mudar de profissão. Mas como posso mudar? Sempre trabalhei na construção civil! Tenho família para criar e só consegui pagar o INSS durante seis meses. Nem me afastar posso! É uma situação muito difícil que estou passando, sem conseguir trabalhar e sem direito a um auxílio (Auxílio-doença por Acidente do Trabalho) (Pedreiro, entrevista nº 8).

O depoimento do pedreiro (entrevista nº 08) retrata a realidade enfrentada por muitos trabalhadores<sup>111</sup>. Primeiro, há a dificuldade e/ou desconhecimento por parte de profissionais de saúde em considerar o trabalho como um relevante determinante do processo saúde-doença e, portanto, não realiza investigação epidemiológica das doenças e dos agravos relacionados ao trabalho. Logo, os usuários-trabalhadores ficam à mercê de tratamento à base de medicamentos

---

<sup>111</sup> Tanto os participantes deste estudo quanto os atendidos por esta pesquisadora no Núcleo de Acolhimento e Assistência em Saúde do Trabalhador do CEREST Regional de João Pessoa. Este Núcleo funciona como Ambulatório Especializado em Atenção à Saúde do Trabalhador.

anti-inflamatórios não esteroides, que apenas alivia as dores, cujo uso prolongado e indiscriminado pode causar efeitos cardiovasculares, cérebro vasculares e renais (Batlouni, 2010). Segundo, esses trabalhadores se encontram “no limbo”, isto é, não conseguem trabalhar em decorrência das doenças e agravos à saúde, dada a ausência de mecanismos de proteção social ao trabalho, ficando assim impossibilitados de acessar os direitos previdenciários.

A pesquisa revelou que somente **três trabalhadores** afirmaram que o profissional de saúde (médico) perguntou sobre sua ocupação durante o atendimento clínico. Essa informação é fundamental para o processo investigativo epidemiológico entre o **trabalho e as doenças e agravos à saúde**. O médico e professor, Bernardino Ramazzini (1633-1718), considerado o “pai da Saúde do Trabalhador”, publicou a obra “*De Morbis Artificum Diatriba*” (As doenças dos trabalhadores), em 1700, a partir de uma abordagem integral do processo trabalho-saúde-doença (Garal, 2023). Por essa abordagem, introduziu à anamnese clínica a pergunta *qual é a sua ocupação?* Para os trabalhadores, Ramazzini afirmava: “[...] não contraíam doenças pelo interesse do ganho, pois o trabalho os vencerá e terão que permanecer desocupados durante muitos dias” (p. 269, *apud* Garal, 2023, s/p).

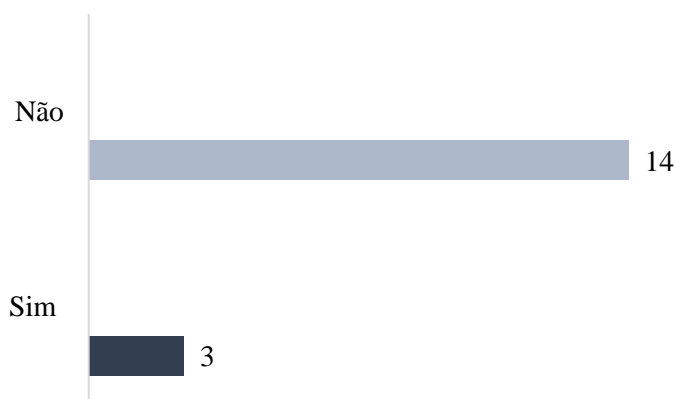
Ao analisar a obra de Ramazzini, Vasconcellos e Gaze (2013, p. 74) expõem: “Seguindo uma descrição ordenada, coerente e abrangente, Ramazzini possuía um método de observação empírica, cuja base de sua pesquisa pautava-se na observação minuciosa do doente, no ofício causador da doença, nos modos de evita-la, no seu tratamento e no contexto social e ambiental em que os fatos ocorriam”. Este método ficou conhecido como *Método de Ramazzini*, que está sistematizado em dez eixos metodológicos:

- 1) a descrição do ofício; 2) sua relevância social e as relações sociais envolvidas; 3) a análise do processo, do ambiente e da organização do trabalho; 4) os riscos e cargas a que os trabalhadores são expostos; 5) as doenças agudas e crônicas que os afetam; 6) a fisiopatologia dessas doenças; 7) o seu aspecto epidemiológico; 8) o seu tratamento; 9) a sua prevenção; e 10) as relações com o meio ambiente “externo” – que vão estar presentes em muitos dos ofícios estudados, dispostos em ordem compatível com o literário pelo qual optou em cada um dos textos (Vasconcellos; Gaze, 2013, p. 77).

A adoção desse método pelo profissional de saúde atualmente coloca luz sobre os usuários-trabalhadores e impulsiona o planejamento, mobilização de atores sociais diversos e desenvolvimento de ações integradas na direção da vigilância em saúde do trabalhador. Ademais, ele possibilita prevenir a saúde e proteger a vida dos usuários, família e demais trabalhadores.

O Gráfico 30 apresenta dados sobre o reconhecimento de doenças e agravos à saúde relacionados ao trabalho.

**Gráfico 30** - Reconhecimento das doenças e agravos à saúde com o trabalho (n)



Fonte: Elaboração própria (2024).

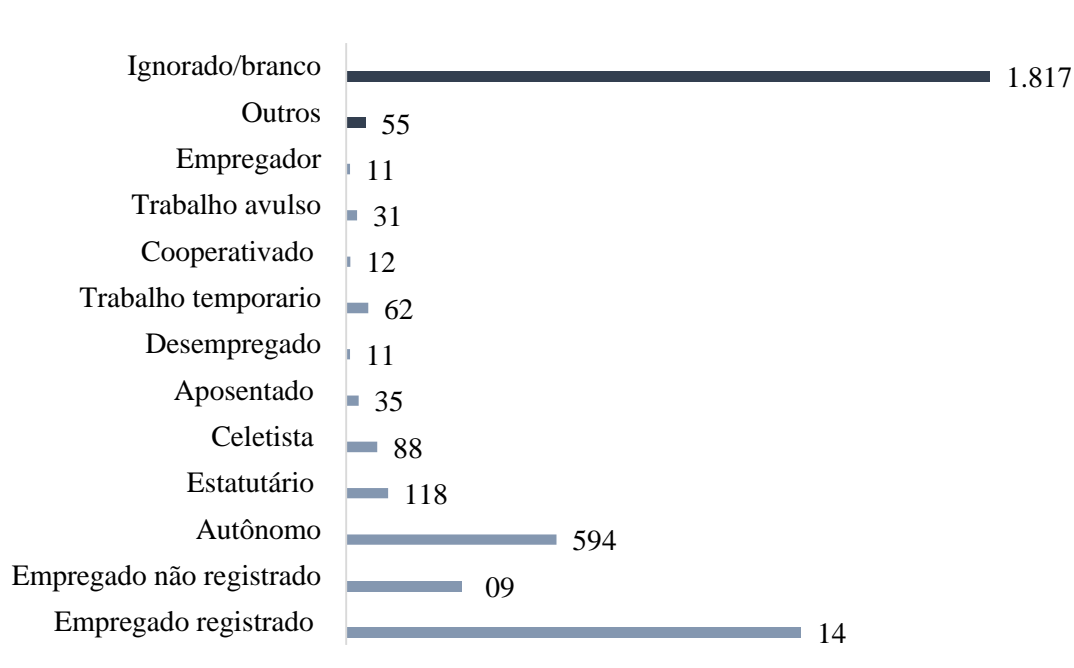
A interpretação dos dados exibidos no Gráfico 30 é de bastante relevante para o nosso estudo. Para a maioria dos trabalhadores informais que foram atendidos em serviços públicos de saúde (Gráfico 29), não houve por parte dos profissionais de saúde a relação das doenças e agravos à saúde com o trabalho. Esse resultado sustenta a discussão central do nosso estudo: a invisibilidade social dos usuários-trabalhadores na rede de atenção à saúde no SUS. Essa invisibilidade social revela um ponto de destaque: a **não centralidade da categoria trabalho** (Vasconcellos, 2007) nos determinantes sociais dos agravos à saúde dos usuários, considerando que os usuários da RAS no SUS são trabalhadores em potencial, o que exige uma atenção meticulosa na análise interpretativa do processo saúde-doença e trabalho, assim como do conhecimento sobre o tema. Como bem assinalam Mendes e Wunsch (2011, p. 469):

Ao demonstrar as implicações do trabalho sobre a saúde e os constantes embates que delineiam a área da saúde do trabalhador, identificam-se nas relações sociais da sociedade capitalista distintas perspectivas no campo ético, político e econômico. Tal constatação demanda sólido conhecimento teórico-metodológico e a articulação com as forças sociais, na defesa da saúde do trabalhador, como direito, e no sentido da emancipação do trabalhador, rompendo com abordagens conservadoras que concebe o adoecimento como fenômeno estranho ao processo de produção.

O não reconhecimento do usuário-trabalhador impossibilita a formulação de ações de investigação da relação das demandas de saúde com o trabalho atual ou pregresso, além de dificultar o acesso ao tratamento e reabilitação, à notificação nos sistemas de informações do SUS, às orientações previdenciárias e trabalhistas, educação em saúde, sobretudo de intervenções sobre o ambiente e os processos laborais.

Os dados apresentados no Gráfico 31 também ajudam a ilustrar a discussão já abordada neste estudo: a subnotificação das doenças e agravos relacionados ao trabalho. De acordo com o Sinan, a investigação de acidente de trabalho grave, segundo a situação de inserção no mercado de trabalho em 2024 no estado paraibano, apresenta a seguinte realidade:

**Gráfico 31** - Investigação de Acidente de Trabalho, com notificações registradas no Sinan – Paraíba, 2023 (n)



Fonte: Elaboração própria, com base no Sinan NET-PB (dezembro de 2024).

O Gráfico 31 registra o quantitativo de dados registrados como **ignorado/branco, e outros, sem especificação definida**. Essas informações incompletas sobre os agravos à saúde relacionados ao trabalho, como dito em linhas anteriores, dificultam as investigações epidemiológicas, tendo em vista que:

[...] a subnotificação dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, resultado da informalidade, mas também da ampla dificuldade para o reconhecimento do trabalho como causa necessária para o desenvolvimento

dos problemas de saúde e, ainda, que se reconheça, há profunda resistência quanto a notificação dos problemas de saúde como oriundos do trabalho (Lourenço, 2018, p. 270).

Por sua vez, implica na não realização de estudos, pesquisas, ações e vigilâncias em saúde do trabalhador. Implica também no diagnóstico inconclusivo entre as doenças e agravos e o trabalho. A esse respeito, Nogueira (2000, p. 310, *apud* Garal, 2023, s/p) assinala:

Quantos trabalhadores hoje em dia encontram a morte no seu trabalho, levando consigo para a sepultura o erro dos médicos que ignoram que as doenças profissionais também podem matar. Tal erro desaparecerá quando todos os médicos que deixam suas escolas se conscientizarem de que as condições de trabalho podem causar doenças e mesmo a morte dos trabalhadores brasileiros.

É relevante destacar que o possível estabelecimento do nexos causal foi reconhecido pelos médicos da UBS que fizeram Residência Médica em Saúde do Trabalhador no CEREST regional de João Pessoa. Esses profissionais orientaram os trabalhadores informais (Gráfico 30) a buscarem os serviços disponibilizados pelo Centro Regional no sentido de dar continuidade ao processo de investigação epidemiológica entre o agravo à saúde e o trabalho. Não obstante, essa investigação pode ser realizada por qualquer profissional de saúde, através da anamnese clínica ou história ocupacional. Considerando que se constitui:

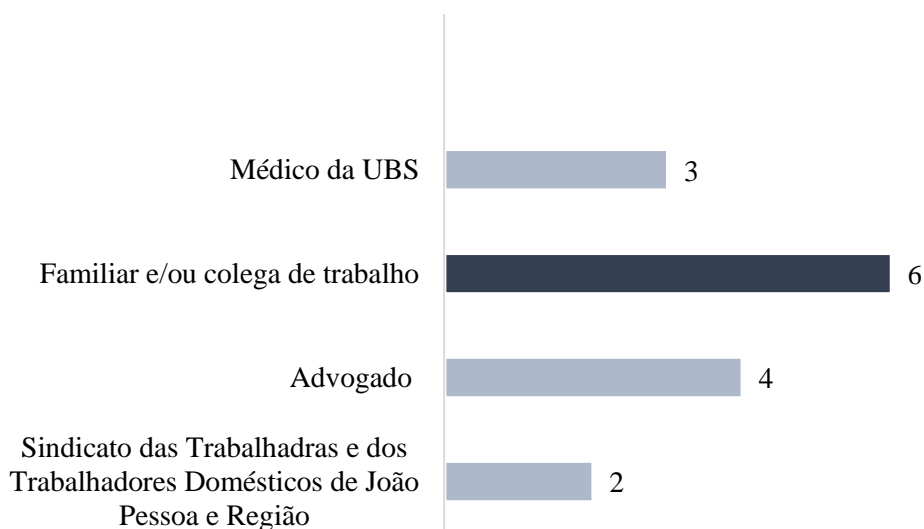
[...] o instrumento mais importante para o estabelecimento da relação entre o trabalho e a queixa ou doença apresentada pelo(a) trabalhador(a). O conjunto dos elementos – história clínica, história ocupacional e exame clínico – orienta a propedêutica complementar, o encaminhamento para procedimentos de maior densidade tecnológica, bem como o diagnóstico e a definição do plano terapêutico. (Brasil/MS, 2018, p. 43).

Por outro lado, os Centros Regionais, enquanto retaguarda técnica especializada e articuladora do conjunto de ações de promoção, proteção, educação permanente, vigilância e assistência à saúde do trabalhador, devem dar apoio matricial a toda rede de atenção à saúde no SUS (Brasil/2012). Com as informações epidemiológicas geradas, é possível identificar os principais ramos produtivos em que há uma incidência e prevalência em relação às doenças e agravos à saúde, direcionando dessa forma a demanda de ações de intervenção e vigilância nos processos, organização e ambiente de trabalho. No entanto, há de se considerar a secundarização e isolamento do campo da saúde do trabalhador no SUS, o que dificulta a realização contínua e sistemática dessas ações. Outrossim, a rotatividade, precarização,

sobrecarga e acúmulo de vínculos de trabalho por parte dos trabalhadores da saúde também impactam na continuidade de ações em saúde do trabalhador na RAS, tendo em vista a insuficiência e/ou inexistência de concurso público na área da saúde, em particular, na saúde do trabalhador.

Para complementar a análise do Gráfico 30 (reconhecimento dos agravos à saúde relacionados ao trabalho), os dados a seguir mostram as outras indicações citadas pelos trabalhadores informais para acessar os serviços do CEREST João Pessoa.

**Gráfico 32** - Indicação para acessar os serviços do CEREST regional João Pessoa/PB (n)



Fonte: Elaboração própria (2024).

Os dados do Gráfico 32 mostram uma diversidade quanto às formas de indicação para atendimento no CEREST regional João Pessoa. As indicações apontadas pelos 15 trabalhadores informais não diferem das indicadas pelos trabalhadores formais (predominantemente) que buscam os serviços de saúde do trabalhador no referido Centro. São indicação, na sua maioria, de familiares e/ou colegas que já acessaram os serviços do CEREST. Por outro lado, a indicação de advogados trabalhistas indica a necessidade desses trabalhadores acessarem benefícios previdenciários e/ou justiça do trabalho, com a confirmação do nexos causal entre o agravo à saúde e o trabalho. Em relação aos trabalhadores envolvidos nesta pesquisa, se o nexos causal for confirmado, eles poderão obter o B31 e/ou Laudo Médico relacionado ao seu processo de saúde-doença e trabalho.

Como mencionado anteriormente, considerando que todo usuário da RAS no SUS é um potencial trabalhador, é necessário que o profissional de saúde identifique se as doenças e agravos à saúde podem ter relação com o trabalho, a partir da seguinte sistematização: **Suspeita/identificação da relação com o trabalho – Investigação – Registro do agravo à saúde no Sinan.**

A Figura 14 apresenta o fluxo de notificação utilizado pelo Núcleo de Acolhimento e Assistência em Saúde do Trabalhador do CEREST regional João Pessoa.

**Figura 14** - Fluxo de notificação de doenças e agravos relacionados ao trabalho



Fonte: Elaboração própria (2024), com base em CEREST regional João Pessoa (2024).

É importante mencionar que dos 25 trabalhadores informais participantes da nossa pesquisa de tese, apenas 06 trabalhadoras (quatro entregadoras por aplicativos e duas diaristas) afirmaram ter conhecimento a respeito do CEREST. De acordo com as trabalhadoras, esse conhecimento se deu através de oficinas conduzidas pela pesquisadora deste estudo: *Saúde da trabalhadora e direitos em tempos de trabalho plataformizado*, oficina realizada no Projeto de Extensão “Mobilização, saúde e segurança de trabalhadores que usam motocicleta na região metropolitana de João Pessoa”, coordenado pelo professor Dr. Leonildo Santos do Nascimento Júnior, do Departamento de Fisioterapia, da UFPB, e *Saúde e trabalho: os impactos das*

*reformas trabalhista e previdenciária na vida das mulheres*, oficina realizada no Sindicato das Trabalhadoras e Trabalhadores Domésticos de João Pessoa e Região-PB. Em contrapartida, 84% dos trabalhadores informais afirmaram que jamais participaram de atividades ou ações relacionadas aos direitos sociais, promoção e prevenção à saúde do trabalhador, seja por meio do CEREST, sindicato ou qualquer outra instituição.

A atuação profissional da pesquisadora deste estudo, enquanto assistente social do CEREST regional João Pessoa, há onze anos, é orientada e norteada por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional, na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei n. 8.662/1993) e nas Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) de 1996. Compreende-se que o Serviço Social no campo saúde do trabalhador, conforme ressaltam Mendes e Wunsch (2011), abrange necessariamente quatro pilares que representam e ampliam as mediações no campo ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo da profissão. A saber: a concepção ampliada de saúde; o processo de saúde-doença e seus determinantes sociais; a proteção social; e, a compreensão da saúde do trabalhador, a partir do olhar do trabalho, enquanto categoria central para análises dos fenômenos relacionados ao processo saúde-doença da população. Nessa perspectiva, enquanto campo de produção de conhecimento e intervenção, o profissional de Serviço Social é requisitado a responder a demandas legitimadas pelas contradições produzidas na ofensiva do capital sobre os trabalhadores.

É importante ressaltar que, como servidora pública do Centro regional João Pessoa, além de conduzir oficinas e palestras sobre temas relacionados à saúde do trabalhador, desempenha outras funções, a saber: Acolhimento e assistência em saúde do trabalhador; Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT); Pesquisas e estudos no campo da saúde do trabalhador; Educação permanente em saúde do trabalhador para profissionais da RAS no SUS e do controle social (sindicatos e coletivos de trabalhadores); Supervisão de Estágio do Curso de Bacharelado em Serviço Social da UFPB; Docente do Projeto de Multiplicadores de Vigilância em Saúde do Trabalhador - VISAT (DIHS/Ensp/Fiocruz), de abrangência nacional; e integrante do Fórum Estadual em Saúde do Trabalhador da Paraíba (FEST-PB).

Retornando à análise do Gráfico 32, os trabalhadores informais que utilizaram os serviços do CEREST regional João Pessoa compartilharam os seguintes relatos:

Eu estava na casa da patroa (trabalha três vezes por semana nesta residência), lavando a garagem do carro. Estava segurando dois baldes com água, escorreguei e cai para trás, batendo a cabeça no chão (o acidente de trabalho ocorreu no final de 2022). A minha patroa viu a queda e me ajudou a levantar.



Mesmo sentindo dores, continuei com a faxina. Durante a tarde, como as dores aumentaram, a patroa me deu duas medicações (dorflex e diclofenaco). Mesmo sentindo dores, ainda trabalhei na semana seguinte. Como as dores na coluna continuaram, fui no postinho (Unidade Básica de Saúde), mas me informaram que há mais de dois meses a unidade estava sem médico. No outro dia, perguntei a minha patroa se ela poderia pagar a consulta médica. Ela me deu o dinheiro e fui numa Policlínica em Mangabeira (bairro localizado na zona sul de João Pessoa/PB). A médica que me atendeu passou uma tomografia e uma medicação (anti-inflamatório). Informei a patroa a necessidade de fazer o exame, mas ela falou que só poderia pagar o remédio. Como as dores continuaram, fui na UPA, mas só passaram anti-inflamatório e o médico disse que precisava fazer o exame. Tive que parar de trabalhar, pois sentia muitas dores. Meu marido também estava sem trabalhar. Estava bem complicado, tivemos que pedir ajuda a parentes. No final de janeiro desse ano (2023), fui ao postinho novamente e consegui fazer a consulta. Falei ao médico da queda que sofri e que ainda estava com muita dor na coluna. Ele falou que precisava fazer o exame e que era preciso passar por um ortopedista. Deixei a requisição do exame no postinho para ser marcado pelo Agente Comunitário de Saúde. O médico também falou que eu deveria procurar o CEREST, para ver o que poderia ser feito. Consegui atendimento rápido no CEREST. Fui atendida pela assistente social que me falou sobre o CEREST. Mas, como não tenho carteira assinada e não pago ao INSS, não teria o auxílio. Mas disse que, quando tivesse feito o exame voltasse novamente no CEREST, seria encaminhada ao médico do trabalho para uma avaliação. A assistente social também fez um encaminhamento para eu levar para o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) para ver se consigo algum benefício (Diarista, entrevista nº 04).

Trabalho como pedreiro há mais de 20 anos. Sinto muita dormência, sensação de formigamento e perda de força nos braços. Também tenho dores na coluna (cervical e lombar). As dores começaram a aparecer por volta de 2015. No começo, as dores não eram fortes. Eram mais um cansaço pelo corpo, mas, a partir de 2018, essas dores foram aumentando. Hoje, além das dores na coluna, também tenho dores nos ombros e pernas. Atrapalha muito. Às vezes, tenho dificuldade até para fazer atividade simples em casa. Eu não conhecia o CEREST. Foi uma colega da minha esposa que falou. Parece que ela já tinha sido atendida aqui. Acho que deveria ter mais divulgação desse serviço, ele é um serviço muito importante (Pedreiro, entrevista nº 13).

Com o agravamento do seu processo de adoecimento, o trabalhador acima mencionado, relatou que procurou efetivamente por assistência médica na UBS, considerando que, até o momento, estava recorrendo à automedicação, fazendo uso de anti-inflamatórios. Como consta em seu Prontuário de Atendimento no CEREST regional João Pessoa, após realização de exames de imagens, o trabalhador foi diagnosticado com:

[...] espondiloartrose, discopatias degenerativas nos níveis L3-L4, L4-L5 e L5-S1 (vértebras lombares), pequeno foco de rotura do anel fibroso na periferia pósteromediana do disco intervertebral de L2-L3, pequeno foco de rotura do anel fibroso na periferia pósterolateral esquerda do disco intervertebral de L4-L5 e complexo disco osteofitário/abaulamento discal

difuso em L5-S1 que toca a face ventral do saco dural e se insinua aos recessos inferiores dos neuroforames de conjugação. De acordo com a história clínica e os resultados dos testes realizados durante a avaliação foi constatado que o mesmo apresenta um quadro de dores moderadas, fraqueza nos membros superiores e inferiores, além de diminuição da força de preensão palmar e sensação de fadiga que aumentam com o esforço. Apresenta diminuição da força muscular Grau 3 – Sofrível – 50% para os membros superiores. Também apresentou redução da força muscular Grau 3 – Sofrível – 50% para os membros inferiores. Durante a avaliação foi evidenciado um quadro sugestivo de síndrome do túnel do carpo bilateral (TINEL e PHALEN POSITIVO), também foi evidenciado um possível quadro de tendinite em ombros (JOBE POSITIVO). Concluo que as suas atividades laborais podem contribuir para o agravamento do seu quadro clínico e que o trabalhador se encontra com limitações para realizar suas funções ou atividades similares que empreguem esforços físicos, tendo o risco de exacerbação da sintomatologia e consequentemente agravamento do quadro clínico. Dito isto, observando o quadro de adoecimento do trabalhador e analisando cronologicamente a gênese do adoecimento relatado pelo mesmo. Afirma-se que o trabalho foi preponderante para o atual quadro de adoecimento. Podendo o caso ser enquadrado no grupo II da Classificação de Schilling<sup>112</sup> para doenças relacionadas ao trabalho, no qual o trabalho é considerado um fator de risco para a saúde do trabalhador ou um fator contributivo para o adoecimento do mesmo. O trabalhador apresenta as seguintes patologias de CID-10: M47 (Espondilose); M51 (Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com radiculopatia); M54 (Dorsalgia); M54.4 (Lumbago com Ciática) (Pedreiro, entrevista nº 13).

Foi a colega do sindicato que falou para eu vir no CEREST. Ela disse que eu poderia conseguir um auxílio do INSS e assim cuidar da minha saúde. Desde a pandemia que tenho insônia, cansaço, angústia, ansiedade. Tenho dificuldade para me concentrar nas coisas, choro com facilidade. Procurei atendimento no postinho e a médica passou Rivotril (ansiolítico). Disse que eu estava muito ansiosa. Mesmo nessas condições, eu continuei trabalhando. Tenho fé em Deus que vou conseguir o auxílio (Diarista, entrevista nº 03).

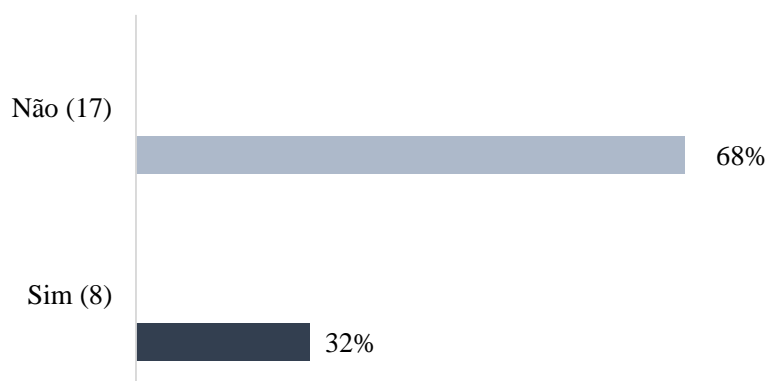
Quem me indicou foi o advogado. Ele falou que era importante eu ter um Laudo do médico daqui. Eu não sabia que existia esse serviço. Achei muito bom. Aqui os profissionais atendem muito bem a gente. Fiquei mais de uma hora conversando sobre o meu problema com a enfermeira. Nem parece aquelas consultas que a gente faz e o médico nem olha na nossa cara (Esteticista, entrevista nº 24).

Entende-se que estamos vivenciando um cenário que admite condições absolutamente inseguras do trabalho e da totalidade da vida social. Logo, a sanha do capital, com o adensamento da austeridade neoliberal, tem ampliado o contingente de trabalhadores em

<sup>112</sup> Richard Schilling, professor da Universidade de Londres, formulou em 1984 a *Classificação de Schilling*, método utilizado para estabelecer a relação de causa e efeito entre doenças e agravos e o trabalho, a qual dividiu em 3 classes: Classificação I: O trabalho é considerado causa necessária. O grupo contempla as doenças ocupacionais propriamente ditas. Exemplo: a Silicose e a intoxicação por chumbo. Classificação II: trabalho é fator de risco contributivo de doença de etiologia multicausal, exemplos: os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho. Classificação III: O trabalho é fator desencadeante ou agravante de doença preexistente Exemplo: Doenças alérgicas de pele e respiratórias (Brasil/MS, 2001 *apud* Saldanha; Pereira; Neves, 2021, p. 20).

contextos de violentos processos de expropriação de direitos trabalhistas e previdenciários, nesse entendimento, passa-se a analisar os últimos dados da nossa pesquisa de tese. O Gráfico 33 refere-se à contribuição atual dos trabalhadores informais para a Previdência Social.

**Gráfico 33 - Contribuição atual à Previdência Social**



Fonte: Elaboração própria (2024).

Ao contrário da saúde e da assistência social, que compõe também o conjunto da Seguridade Social, a previdência é contributiva, ou seja, os “[...] trabalhadores são taxados para terem acesso aos direitos previdenciários” (Valentim, 2022, p.85). No caso da nossa pesquisa de tese, os dados confirmam o sonho distante à aposentadoria e ao auxílio por Doenças Acidentárias (B31), considerando que somente 08 trabalhadores informais, ou 32%, contribuem atualmente à Previdência Social. São trabalhadores das seguintes ocupações: pedreiro (3), diarista (2), entregadora por aplicativos (1), esteticista (1) e costureira (1).

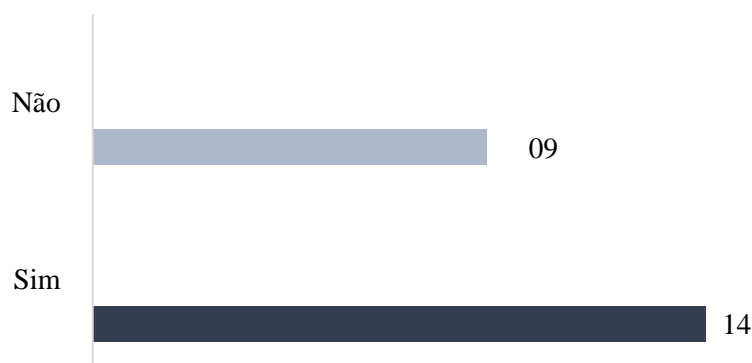
Esse resultado não nos surpreende, dadas as condições de vulnerabilidade, desigualdade social e baixo rendimento salarial desses trabalhadores, como evidencia a análise do Gráfico 17, presente no subcapítulo 2.2.1, capítulo 2, deste estudo. Embora tenha a opção de contribuir de maneira autônoma à previdência, com alíquotas que variam de 5% a 20%, com base no salário mínimo para o ano de 2025, fixado em R\$ 1.518,00 pelo Decreto nº 12.342, de 30 de dezembro de 2024 (INSS, 2025), mesmo assim, essa realidade ainda está distante para os trabalhadores envolvidos em nossa pesquisa de tese.

Dados do Relatório sobre o *Mapeamento do trabalho informal no Brasil*, divulgado pelo Fundo Brasil (2022), com base nos dados do IBGE/Pnad Contínua 2022 e do MTP, referentes a 2020, apontam que:

[...] para cada 100 pessoas que se encontram na informalidade apenas 26,3 contribuem com a previdência social. Há uma evolução entre 2012 e 2022 possivelmente pela ampliação de MEI, PJ na condição de conta própria. A contribuição previdenciária entre as pessoas negras é inferior as pessoas brancas: entre homens brancos informais, 24,6% contribuem para a previdência, entre os homens negros, cai para 18,7%; entre as mulheres brancas, 21,7% e entre as mulheres negras, 19,3% (Fundo Brasil, 2022, p.33).

Os dados do Gráfico 34 mostram que a maioria dos trabalhadores informais entrevistados se preocupa com a aposentadoria, considerando a realidade desse cenário.

**Gráfico 34 - Preocupação com aposentadoria (n)<sup>113</sup>**



Fonte: Elaboração própria (2024).

Entre os 14 trabalhadores que manifestam preocupação em relação à aposentadoria, são apresentados os seguintes relatos:

Me preocupo sim. Infelizmente, essa profissão atrai muitos riscos a curto, médio e longo prazo. A carga horária é extensa e a exposição aos riscos de acidentes, além de fatores naturais como excesso de exposição ao sol, que pode causar câncer de pele. A ausência da previdência traz muita insegurança. Mas, infelizmente, a maioria de nós não tem acesso ou não procuram se precaver. Por isso, é importante a regulamentação da profissão. Estamos em uma grande discussão sobre essa questão. A regulamentação é extremamente necessária, mas precisa realmente suprir as necessidades e demandas dos trabalhadores. Queremos o reconhecimento do vínculo empregatício para que hajam direitos como licença maternidade, auxílio creche, férias remuneradas etc. (Entregadora por aplicativos, entrevista n° 20).

Com certeza. Essa profissão é muito insegura. A gente não tem direito a nada! Meu marido também é entregador. A gente se preocupa muito com o futuro,

<sup>113</sup> Ressalta-se que 2 (dois) trabalhadores informais participante deste estudo recebem BPC/LOAS.

sobretudo porque temos dois filhos. Se hoje está assim, tudo difícil, como será mais para frente? (Entregadora por aplicativos, entrevista nº 21).

Eu me preocupo. Já trabalhei com carteira assinada. Trabalhava cozinhando num canteiro de obras, com carteira assinada. Fiquei cinco anos lá e sei como é importante esse direito. Às vezes, ficou imaginado como será mais adiante, se vou conseguir me aposentar ou vou trabalhar até velhinha (Diarista, nº 02).

O direito constitucional à aposentadoria, garantido pela Seguridade Social<sup>114</sup>, fruto das conquistas históricas dos trabalhadores, na atualidade, constitui um “penoso caminho” (Stopa, 2019) a ser trilhado no Brasil. Com a contrarreforma previdenciária, essa realidade se tornou ainda mais difícil. Nas palavras de Boschetti (2023, p. 299):

A contrarreforma expropria direitos quando aumenta a idade e/ou tempo de contribuição, o que obrigará trabalhadores/as urbanos a trabalhar por mais tempo, e, portanto, contribuir por mais anos e receber o benefício por menos tempo, já que a dramática condição de desemprego e precarização das relações de trabalho [...] dificulta manutenção do tempo efetivo de contribuição requerida e obrigará homens e mulheres a trabalhar muito além da idade mínima estabelecida (65 anos/homens e 62/mulheres).

Além desses fatores que dificultam ao acesso a previdenciária social, o Dieese estima que:

[...] contando com períodos de desemprego e informalidade, o trabalhador brasileiro leva cerca de 25 anos para somar 15 anos de contribuição. Com o aumento da contribuição mínima, para homens, para 20 anos, associada à idade mínima de 65 anos, a concessão do benefício ficou ainda mais distante. E, mesmo chegando a esse somatório, a nova fórmula de cálculo reserva ao aposentado um benefício até 20% menor. [...]. Se as mudanças impactaram os trabalhadores formais, que terão os piores salários de suas carreiras contabilizados no cálculo da aposentadoria, elas dificultam ainda mais para os informais (Agência Brasil, 2023, s/p).

No grupo dos trabalhadores que afirmaram que a aposentadoria não faz parte das suas preocupações no tempo presente, destacam-se os seguintes fragmentos de fala:

Para falar a verdade, eu não me preocupo. Acho que vou morrer e não vou me aposentar. Mas penso em pagar o INSS, porque veja agora, estou doente e não

<sup>114</sup> Conforme já mencionado neste estudo, o BPC foi garantido na Constituição Federal de 1988 “[...] como um dos objetivos da Política de Assistência Social da seguinte forma: um salário-mínimo mensal a pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não ter meio de prover a própria subsistência e nem tê-la provida por sua família” (STOPA, 2019, p.233). Contudo, como mencionado na nota de rodapé 73, do capítulo 2, o Congresso Nacional, aprovou em caráter de urgência, o Projeto de Lei (PL) 4614/2024, que altera regras para concessão deste Benefício, com impactos para seus usuários.

posso ficar sem trabalhar. Vou me organizar para ver se consigo pagar o INSS (Pedreiro, entrevista nº 09).

Olhe, o que me preocupa hoje é pagar minhas contas, colocar comida na mesa e ter saúde para trabalhar. Acho que tenho que trabalhar muito para me aposentar (Ambulante, entrevista nº 19).

No momento, não me preocupo. Eu sei que a aposentadoria é importante. Mas, como trabalho sem carteira de trabalho assinada, no final do mês, não sobra nada. Tudo está muito caro hoje. Como vou conseguir pagar o INSS? (Diarista, entrevista nº 05).

Os depoimentos dos trabalhadores informais sobre a aposentadoria revelam duas situações: por um lado, há um grupo de trabalhadores preocupado com a aposentadoria, o que evidencia a precarização do nosso sistema previdenciário. Essa situação se agrava com a recente contrarreforma da previdência, que exclui os trabalhadores da perda de direitos previdenciários e da desproteção social (Boschetti, 2023). Em contrapartida, mesmo que nove trabalhadores tenham afirmado que a aposentadoria não é uma preocupação, fica evidente que o direito ao acesso à aposentadoria está implícito em suas declarações.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) chega a 2025 enfraquecida, resultado do processo de desmantelamento, mesmo antes de sua consolidação no SUS. Os dados apresentados na nossa pesquisa de tese ilustram que pensar a invisibilidade dos trabalhadores informais no campo da saúde pública é pensar também o não reconhecimento da PNSTT, que, secundarizada, afeta diretamente a eficiência da assistência, da intervenção e da vigilância dos ambientes e processos de trabalho. Com certeza, isso representa um obstáculo ao acesso aos serviços de saúde, além de dificultar o fortalecimento de ações intersetoriais, transversais e interdisciplinares, mas, acima de tudo, aos direitos. Significa que a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras “[...] continua isolada no SUS, em guetos, em uma ilha” (Olivar, 2024, p. 130).

Em outras palavras, conforme Lourenço (2009, p. 221) observa, a saúde do trabalhador deve ser entendida além dos limites do SUS. A PNSTT deve ser pensada por uma “[...] racionalidade que permite estruturar, organizar e praticar a saúde dos trabalhadores como uma política pública, mas não deve ser feita de modo isolado. Na realidade, entende-se que esta pode ser o caminho para ações mais amplas. Portanto, as ações devem ser, preferencialmente realizadas em parcerias com outros serviços ou órgão”. É possível incluir o Ministério Público do Trabalho, Previdência Social, Ministério do Trabalho e Emprego, instituições de ensino-pesquisa, organizações sindicais e coletivas de trabalhadores, com o objetivo de implementar estratégias que possam reduzir os impactos negativos do capital sobre o trabalho. Isso leva em

conta o aumento das morbimortalidades, riscos e vulnerabilidades, que são fatores determinantes para o processo de adoecimento da população trabalhadora e da sociedade integralmente.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS



Brete

Ou mudamos tudo,  
ou teremos mudado muito pouco.

Golondrina Ferreira

A conformação histórica da sociedade tardo-burguesa, assinalada pelas transformações advindas das crises sistêmicas do capital (Mészáros, 2011), inaugura a fase de expansão da financeirização do capitalismo e sua firme articulação com as diretrizes neoliberais. As estratégias de enfrentamento à crise em desenvolvimento desde as últimas décadas do Século XX, reverberam nas esferas da vida e da sociabilidade do trabalho, sendo responsáveis por inúmeras mudanças nas relações do trabalho – a exemplo da flexibilização estrutural, precarização, desemprego em massa e pela persistente informalidade, que historicamente marca a dinâmica laboral brasileira.

Neste cenário, situa-se o redirecionamento das funções do Estado e o aprimoramento dos mecanismos de desregulamentação de direitos por meio das contrarreformas trabalhista (Lei nº 13.467/2017) e previdenciária (Emenda Constitucional - EC nº 103/2019). Tais reformas têm o propósito de rebaixar a força de trabalho, além de alongar e intensificar a jornada laboral. Paralelamente, observa-se o estímulo à expansão dos seguros privados, dificultando o acesso dos trabalhadores à aposentadoria e, conseqüentemente, incentivando a adesão a fundos e planos privados de previdência e saúde. Acrescenta-se nessa seara a aprovação da EC nº 95/2016, conhecida por PEC do Teto dos Gastos Públicos, que instituiu o chamado “novo regime fiscal”, com o contingenciamento do orçamento das políticas públicas, incluindo à saúde.

É importante ressaltar que o Sistema Único de Saúde (SUS) vem enfrentando os efeitos do processo contrarreformista do Estado desde os anos 1990. Contudo, esse processo se agudiza durante os governos de Michel Temer (MDB) e Jair Bolsonaro (PL). O sistema público de saúde passa então por novas reconfigurações, com o intuito de ampliar ainda mais os interesses do capital financeiro no âmbito da política de saúde, contrapondo-se aos preceitos de equidade e universalidade que alicerçaram a formulação do SUS. Diante desse cenário de desmonte, situa-se o campo da saúde do trabalhador, que, desde a sua conformação, como resultado da tese, ainda não representa um papel relevante na consolidação da atenção integral à saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras no SUS.

Nesse contexto, é fundamental destacar que o debate sobre a relação entre saúde-doença e trabalho no Brasil tem início na segunda metade do Século XX, como perspectiva contra-hegemônica em relação à Medicina do Trabalho e à Saúde Ocupacional. Esse movimento foi influenciado pelo Modelo Operário Italiano (MOI), que defendia o direito à saúde no trabalho e tinha como foco o enfrentamento da nocividade no ambiente laboral, valorizando o saber operário. Somam-se a isso as lutas dos trabalhadores às discussões impulsionadas pelo movimento da Reforma Sanitária brasileira, particularmente a partir de meados da década de 1970 e ao longo dos anos 1980. Tal processo resultou da articulação entre profissionais da saúde, movimentos populares e intelectuais coletivos, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que lutavam pela afirmação da saúde como direito universal de cidadania e dever do Estado, além da formulação de uma nova concepção de saúde pública para toda a sociedade brasileira, incluindo, de modo central, a saúde do trabalhador.

A saúde do trabalhador representa, portanto, uma resposta institucional demandada pelos movimentos sociais, que, entre os anos 1970 e 1990, defendiam que as questões de saúde relacionadas ao trabalho estivessem incorporadas no escopo da saúde pública. Entre os fatores que contribuíram para a sua institucionalização no âmbito do SUS, está a criação, em 1978, da Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho (CISAT), em São Paulo, responsável pelas primeiras Semanas de Saúde do Trabalhador (SEMSAT) em 1979, dando origem, em 1980, ao Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat). Ele se constituiu parte essencial para contribuição e assessoria sindical em saúde e trabalho, sendo um singular instrumento de luta no campo da saúde do trabalhador e na sua relação com o Estado, conforme sublinhado no decorrer deste estudo.

Sob a responsabilidade do SUS, o processo de inserção da saúde do trabalhador foi regulamentado pela Constituição Federal de 1988 e institucionalizado pela LOS nº 8.080/90. Desse modo, os avanços conquistados no campo social e político sobre a saúde do trabalhador não poderiam dispensar a construção de uma base legal que contemplasse as diretrizes políticas para a atenção e a promoção da saúde do trabalhador. Destacam-se a criação da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (RENASTT) e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), que adotam os Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) como polos irradiadores da cultura especializada na relação do processo saúde-doença-trabalho, além de constituírem suporte técnico-científico em saúde do trabalhador, fornecendo “[...] retaguarda nas suas práticas, de forma que os agravos à saúde

relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS [...]” (Brasil, 2002, s/p).

A construção do campo da saúde do trabalhador permitiu a definição de uma nova abordagem para a atenção das doenças e agravos decorrentes do trabalho. Enquanto campo de conhecimento e investigação, ele estuda e intervém nos processos e ambientes de trabalho, compreendendo que a relação saúde-doença está articulada à produção e reprodução social, tendo como pontos norteadores a intra e intersetorialidade, na perspectiva de transversalizar as ações de saúde do trabalhador na Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS.

Diante da complexidade dos elementos aqui expostos – novo padrão de regulação do trabalho, derruição dos direitos e as contrarreformas do Estado e seus impactos sobre o campo da saúde do trabalhador –, refletiu-se neste estudo sobre o panorama situacional da PNSTT e sua interface com a informalidade do trabalho, no contexto paraibano. Nesse sentido, constatou-se que, apesar de a PNSTT adotar uma concepção ampla da categoria trabalho – definida, estruturada e orientada para a atenção integral a todos os trabalhadores e trabalhadoras, do campo e da cidade, independentemente do modo de inserção e do vínculo laboral (Brasil, 2012) –, seu escopo de atuação permanece predominantemente voltado ao trabalho formal.

A informalidade do trabalho, apesar de constituir uma característica estrutural histórica do mercado de trabalho brasileiro, segue invisibilizada na rede de atenção à saúde no âmbito do SUS. Tal constatação constituiu o principal argumento desta tese: o não reconhecimento da relação entre doenças e agravos à saúde e o trabalho informal, considerando que nossa pesquisa de tese revelou que apenas três trabalhadores, entre os 14 que utilizaram os serviços de saúde pública (atenção básica e urgência), no momento do acolhimento e atendimento clínico, foram identificados pelos profissionais de saúde como possivelmente adoecidos em decorrência do trabalho.

Considerando a relação entre saúde-doença no contexto da informalidade do trabalho, é possível fazer algumas observações, ainda que não se consiga esgotar completamente a complexidade das contradições que envolvem as categorias discutidas neste estudo.

Os resultados desta pesquisa de tese revelam que os trabalhadores informais estão inseridos em relações sociais moldadas pela sociabilidade do capital, nas quais o adoecimento, os acidentes, as sequelas e as mortes no e pelo trabalho são não só elementos da crise de saúde pública, mas também da crise nas relações de trabalho na contemporaneidade. Nesse cenário, quatro eixos analíticos sustentaram o percurso desta pesquisa.

O primeiro se refere ao perfil socioeconômico e às condições laborais dos trabalhadores informais participantes da pesquisa de tese. A informalidade no Brasil, e especificamente na região metropolitana de João Pessoa, é marcada por uma predominância feminina e negra, retrato fiel do trabalho no Século XXI. São mulheres inseridas em relações precárias, com baixa escolaridade e rendimento salarial, submetidas a jornadas de trabalho intensas e extensas, que ocupam inclusive seus finais de semana, impossibilitando o tempo de descanso e lazer. A apropriação do tempo pelo capital se revela indispensável à sua própria reprodução, especialmente quando se considera a divisão sexual e étnico-racial do trabalho social.

A pesquisa constatou que, dos 25 trabalhadores informais, 16 são mulheres (64%) e 9 homens (36%). A faixa etária varia entre 27 e 66 anos. Duas faixas etárias concentram os maiores percentuais: a faixa de 27 a 42 anos corresponde a 40% do total (28% mulheres e 12% homens), enquanto a faixa de 43 a 49 anos representa 32%, com mulheres e homens dividindo o mesmo percentual, de 16% cada. Quanto à pertença étnico-racial, 24 trabalhadores informais se auto reconhecem como de cor/raça preta/negra/parda, representa 95% dos participantes. Apenas uma trabalhadora (costureira) autodeclarada branca (5%). O percentual de trabalhadores informais sem instrução e com menos tempo de estudo chega a mais da metade (52%) dos participantes da pesquisa.

No que concerne às condições de trabalho informal, a pesquisa desvelou que, quanto à ocupação, há mais registros entre diaristas, situação de 07 trabalhadoras, ou 28%. Seguidas de igual percentual: pedreiro e vendedor ambulante, ambos correspondentes a 24%, ou 06 trabalhadores. Quanto à média de horas trabalhadas, os maiores índices de cargas horárias são de 07 a 09 horas diárias, equivalente a 60%, nas ocupações de pedreiro, ambulante e diarista. Por outro lado, uma trabalhadora (entregadora por aplicativos) relatou trabalhar mais de 16 horas diárias. No que concerne à renda individual e familiar, a pesquisa constatou a histórica predominância de baixos rendimentos. O menor rendimento se encontra entre os trabalhadores que ganham entre R\$ 200 a R\$ 600, correspondendo a 20%. Apenas um trabalhador (pedreiro) afirmou ganhar acima de 02 salários-mínimos. No que diz respeito a proteção social, os resultados não nos surpreendem. A pesquisa revelou que apenas 08 trabalhadores, ou 32%, contribuem atualmente à Previdência Social. A aposentaria é um sonho distante e/ou preocupação para a maioria (14) dos trabalhadores participante deste estudo.

A síntese dos resultados indicados no primeiro eixo de análise confirma os pressupostos da nossa pesquisa. Em especial, como já mencionado anteriormente, pode-se observar um cenário de precarização e ausência de proteção ao trabalho, especialmente entre

mulheres negras que compõem os setores econômicos historicamente mais vulneráveis no contexto social do trabalho no país. Nessa condição, ampliam-se também as inter-relações entre trabalho e adoecimento, com reflexos significativos na saúde física e mental dos trabalhadores.

A relação entre saúde-doença e trabalho constitui o segundo eixo da análise. A pesquisa evidenciou que os trabalhadores informais estão expostos a múltiplos fatores de risco ocupacionais, situações de vulnerabilidade e condições adversas decorrentes da atividade laboral. Essas circunstâncias implicam possíveis repercussões sobre a saúde e a vida desses sujeitos, manifestando-se por meio de: ocorrência de acidentes de trabalho; riscos ergonômicos, a exemplo do fator biomecânico, movimentos repetitivos; risco físico, pela exposição à radiação não ionizante (solar); risco químico, como tinta, cal, cimento, formol, tintura de cabelo; risco biológico, doenças infecciosas, fungos e micoses; e riscos psicossociais.

Os trabalhadores informais vivenciam os impactos da intensificação do trabalho, que têm gerado um aumento de queixas de fadiga, irritabilidade, ansiedade, estresse, doenças psicossociais, gastrointestinais, distúrbios osteomusculares, além do surgimento de doenças crônicas. A pesquisa apontou as seguintes doenças e agravos à saúde relacionadas ao trabalho: Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT); acidentes típicos e de trajeto; dermatoses ocupacionais e transtornos mentais.

O aviltamento das doenças e agravos à saúde dos trabalhadores se intensifica com a reconfiguração do trabalho contemporâneo e, em especial, com o reordenamento das funções do Estado, especialmente no que diz respeito ao desmonte das políticas públicas de proteção social a partir das contrarreformas do Estado brasileiro. Apesar do reconhecimento político e social da importância do tema da saúde do trabalhador, ele permanece à margem do SUS e das demais políticas intersetoriais. Embora reconheça os avanços na incorporação da relação saúde-trabalho nas práticas da saúde pública, por meio da RENASTT e PNSTT, ainda há limites estruturais e ameaças relativas aos retrocessos impostos pelo entrelaçamento contraditório entre sociedade, capital e trabalho. Os dados oficiais das instituições brasileiras (INSS, MPT, MTE, SUS) publicizados neste estudo atestam essa realidade: o país ainda continua computando os acidentes e mortes de trabalhadores oriundos do e pelo trabalho.

Tal contexto evidencia a fragilidade das políticas públicas de saúde frente as exigências do capital, o que resulta na invisibilização de doenças e agravos à saúde e na naturalização do sofrimento dos trabalhadores, sobretudo dos trabalhadores informais. Essas questões constituem o terceiro eixo do estudo. Dois pontos principais o sustentam.

O primeiro se refere ao panorama da PNSTT, em que os diretores dos CEREST estadual e regionais da Paraíba assinalam que essa política tem sido impactada pelos desafios

trazidos pelas transformações do capitalismo contemporâneo que implicam distintas modalidades de trabalho e produzem consequências sociais e políticas, expressas na precarização, flexibilização, desemprego e no aumento exponencial da informalidade. Um segundo ponto diz respeito ao fato de que, embora a PNSTT reconheça a pluralidade e diversidade dos trabalhadores – independentemente de sua localização, inserção ou vínculo de trabalho –, há limitações concretas para tratar essa realidade. O cruzamento desses dois aspectos permite afirmar que, embora as relações informais de trabalho estejam associadas a níveis elevados de doenças e agravos à saúde, as estruturas estatais contemporâneas não dispõem de mecanismos eficientes para responder de forma adequada ao aumento da informalidade no país, especialmente no estado da Paraíba.

Nota-se que as ações voltadas à saúde do trabalhador, particularmente aquelas relacionadas à Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), continuam majoritariamente concentradas nos processos e ambientes de trabalho regulado. A ausência de vigilância em saúde nas relações de trabalho informais contribui para desinformação e eleva a subnotificação de doenças e agravos que afetam esses trabalhadores. Revela o distanciamento dos CEREST em relação a esses trabalhadores. Os CEREST devem “abrir as portas” para acolher trabalhadores, sindicatos, movimentos sociais e coletivos, incorporá-los em suas agendas de planejamento e, assim, pressionar a gestão pública (estadual e municipal) a criar estratégias eficientes que atendam às demandas reais dos trabalhadores.

Este estudo reafirma a relevância de implementar a Vigilância Popular em Saúde (VPS) como uma prática político-pedagógica, assim como a expansão do Curso Básico em VISAT. Estratégias essenciais para fomentar transformações nos processos e ambientes de trabalho, fundamentadas no território e com ampla participação social. Engloba profissionais das três esferas do SUS, instituições de ensino-pesquisa, movimentos sociais e populares, sindicatos e coletivos de trabalhadores, com o objetivo de desenvolver ações que atendam às demandas reais dos trabalhadores, com base no seu saber operário, como defendia o MOI. A saúde do trabalhador não pode ser alcançada sem a participação e a interação dos próprios trabalhadores, que são “[...] o agente principal deste vigiar” (Brasil/MS/Fiocruz, 2018, p. 06).

O quarto eixo da análise discute os novos desafios enfrentados pela ação sindical e sua relação com a saúde do trabalhador. Os dados apresentados pela pesquisa indicam que a hegemonia do neoliberalismo, o desemprego estrutural, a precarização, e a desregulação do trabalho por meio da contrarreforma trabalhista no país têm contribuído diretamente para o enfraquecimento da organização social dos trabalhadores. Esse contexto revela uma perda significativa do protagonismo político historicamente conquistado pelo movimento sindical,

especialmente nas décadas de 1970 e 1980, quando teve papel central na luta pela saúde e segurança no trabalho no Brasil. Atualmente, essa condição tem implicado na diminuição e na desarticulação das ações sindicais.

Por outro lado, os sindicatos de trabalhadores, mais atentos às questões de saúde no trabalho, afirmam que o adoecimento mental relacionado ao trabalho é cada vez mais observado, especialmente os fatores relacionados à organização do trabalho, como o ritmo acelerado, a pressão por produção, os constrangimentos cotidianos, assédio e a ameaça de desemprego. A pesquisa também observou que, de modo concreto, o movimento sindical tem estabelecido frentes de trabalho para a construção de um processo de mudança nas relações laborais que viabilize melhorias nas condições de saúde e segurança no trabalho. Como exemplo, o Sindicato dos Bancários e o Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias da Construção Civil, Pesada, Montagem e do Mobiliário de João Pessoa e Região (SINTRICOM JP), que historicamente desenvolvem ações efetivas que envolvem a relação saúde-doença.

O estudo revelou que, apesar de a saúde do trabalhador ser uma questão importante para a ação sindical, a maioria dos sindicatos ainda não se apropriou efetivamente dessa pauta. Essa não apropriação também contribui para o enfraquecimento do controle social, dificultando a formulação, implementação e fiscalização das políticas de saúde do trabalhador, sobretudo para os trabalhadores inseridos em relações informais de trabalho, que dispõem de pouco conhecimento acerca de seus direitos, assim como do acesso aos serviços disponíveis na rede de atenção à saúde no SUS.

Por meio dos resultados da pesquisa, é elucidativo que a PNSTT vem sendo atacada pela ofensiva do capital financeiro dentro da perspectiva de expropriação dos direitos trabalhistas e previdenciários, cujos efeitos reverberam no aumento de doenças, acidentes, lesões, amputações e morte relacionadas ao trabalho. Como constatado na pesquisa, o campo da saúde do trabalhador não apresentou elementos que respondam de modo concreto ao contexto do aumento da informalidade no solo paraibano. São ações realizadas de modo assistemático e descontínuo, focado particularmente na perspectiva educativa com relação às doenças e agravos à saúde dos trabalhadores informais, considerando que os mecanismos institucionais do Estado são direcionados mormente para o trabalho regulado.

Os CEREST, como parte de uma estratégia de implementação regionalizada em saúde do trabalhador na rede de atenção à saúde pública, devem funcionar como centros de articulação e organização de ações intra e intersetoriais. Eles têm a função de fornecer suporte técnico e atuar como polos de disseminação de iniciativas voltadas à saúde do trabalhador. Apesar de a RENASTT designar essa função aos CEREST, na prática, isso não ocorre de forma integral,

pois o sistema de saúde pública ainda tem dificuldade de reconhecer a categoria trabalho como um fator determinante no processo de saúde-doença, conforme evidenciado em nossa pesquisa.

Dois pontos demandam uma análise cuidadosa: primeiramente, a revisão, atualização e fortalecimento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) no SUS, considerando as novas dinâmicas de trabalho na contemporaneidade, como a flexibilização, a terceirização e, mais recentemente, a plataformização do trabalho. Nesse contexto, como demonstrado neste estudo, dados do mercado de trabalho brasileiro revelam um aumento do desemprego, da informalidade, das desigualdades relacionadas a gênero, raça, sexualidade, além da violência nos ambientes e processos de trabalho, afetando as relações sociais e familiares dos trabalhadores. Em segundo lugar, o modelo atual dos CEREST está sendo eficaz em atender às suas funções de acordo com as diretrizes da PNSTT, considerando as observações acima mencionadas? De acordo com os resultados da nossa pesquisa, os CEREST enfrentam desafios significativos para a implementação das diretrizes e metas estabelecidas nos planos estadual e municipal de saúde, especialmente no que diz respeito às relações de trabalho informais, na rede de atenção à saúde do SUS.

Por outro lado, é relevante destacar que os entraves institucionais apontados pelos diretores dos CEREST para a implementação e garantia da saúde universal e integral, no contexto da efetivação de ações de educação permanente, prevenção, promoção e vigilância em saúde do trabalhador na RAS, ocorrem devido a:

- Não prioridade da saúde do trabalhador na agenda política de governo (estadual e municipal);
- Particularidades do cenário regional e as disputas político-partidárias que também incidem na materialização da saúde do trabalho;
- Apesar da ampliação do financiamento da RENASTT, após duas décadas da sua criação, os CEREST não têm autonomia para gerenciar os recursos, considerando o modelo de repasse financeiro do Ministério da Saúde a ser gerido pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, o que dificulta a execução dos planos de saúde, enquanto instrumento básico do processo de planejamento em saúde do trabalhador;
- Lógica ao modelo da RENASTT centrada na atuação regionalizada dos CEREST. Na Paraíba, a RENASTT está implementada com a estruturação de um CEREST estadual e três centros regionais para cobrir os duzentos e vinte e três municípios; e
- Ausência da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT), enquanto espaço de assessoria aos conselhos de saúde, que busca integrar as políticas de saúde, trabalho e meio ambiente.



Mais de duas décadas após a criação da RENASTT, ainda é possível afirmar que a saúde do trabalhador não é uma prioridade no SUS. Os trabalhadores, especialmente os informais, são invisíveis na rede de assistência à saúde; não obstante, a hipótese central que norteou a nossa pesquisa de tese. O não reconhecimento do usuário-trabalhador dificulta o reconhecimento das atividades produtivas do território e do perfil dos trabalhadores. Ele inviabiliza a produção de dados e informações sociodemográficos, econômicos e epidemiológicos que caracterizam a população usuária, além de impossibilitar a verificação de fatores e situações de riscos e de exposição laboral e ambiental deles decorrentes.

Dar visibilidade à saúde do trabalhador – e, em especial, do trabalhador informal – é um desafio persistente no campo da saúde do trabalhador no Brasil e, em particular, no estado da Paraíba. Essa invisibilidade social se manifesta na ausência de ações de vigilância nos ambientes de trabalho informal e na consequente ocultação dos agravos à saúde relacionados ao labor, o que contribui para o aumento do adoecimento e da incidência de acidentes.

Mais do que nunca, evidencia-se a necessidade de que se fortaleça a mobilização e a integração de atores sociais, considerando a prevenção, promoção e a proteção à vida de trabalhadores, suas famílias e demais sujeitos inseridos no mundo do trabalho. Afinal, o trabalho, como elemento constitutivo do ser e do fazer humano, não deve e nem precisa causar sofrimento, adoecimento ou morte.

## REFERÊNCIAS

ABÍLIO, Ludmila Costhek. Uberização: a era do trabalhador just-in-time? **Estudos Avançados**, v. 34, n. 98, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/>. Acesso em: 28 abr. 2023.

ABÍLIO, Ludmila Costhek. Uberização: Manicures, motoboys e a gestão da sobrevivência. MARQUES, Léa (Org.) **Trajetórias da informalidade no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2021.

ABÍLIO, Ludmila Costhek; SANTIAGO, Silvia Maria. **Dossiê das violações dos direitos humanos no trabalho uberizado**: o caso dos motofrentistas na cidade de Campinas. Campinas/SP: Diretoria Executiva de Direitos Humanos, Unicamp, 2024.

ABREU, Aroldo Baptista de. As novas configurações do Estado e da sociedade civil. Crise contemporânea, Questão Social e Serviço Social. **Capacitação em Serviço Social e Política Social** (Módulo 01). Brasília: CEAD, 1999.

AGÊNCIA IBGE NOTÍCIA. **Censo 2022**: Em 12 anos, proporção de mulheres responsáveis por domicílios avança e se equipara à de homens. (25/10/2024). Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias-2022>. Acesso em: 28 out. 2024.

AGÊNCIA IBGE NOTÍCIA. **Mercado de trabalho**. Em 2022, população ocupada no comércio chega a 10,3 milhões e supera patamar pré-pandemia. (25/07/2024). Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias>. Acesso em: 20 nov. 2024.

AGÊNCIA IBGE NOTÍCIA. **Mercado de trabalho**. Em 2023, número de sindicalizados cai para 8,4 milhões, o menor desde 2012. (21/06/2024). Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias>. Acesso em: 14 jan. 2025.

AGÊNCIA IBGE NOTÍCIA. **Mercado de trabalho**. Em 2022, ocupação na indústria da construção cresce 4,4%. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias>. Acesso em: 20 nov. 2024.

AGENCIA BRASIL. **Mercado de trabalho**. Informalidade e maior tempo de contribuição dificultam aposentadoria (01/05/2023). Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2023>. Acesso em: 10 jan. 2025.

AGÊNCIA NOTÍCIA. **Primeira mulher eleita presidente, Dilma deixa cargo a 2 anos do fim do mandato**. (31/08/2016). Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2016>. Acesso: 20 nov. 2023.

AGUIAR Jr., Valdir Santos de; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. **Trabalho infantil**: desafios e abordagens em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. (Col. Temas em Saúde).

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

ALMEIDA, Bernadete de Lourdes Figueirêdo de. **Análise do processo de trabalho do assistente social: a crise na reprodução social**. João Pessoa: UFPB/CCHLA/DSS, 1999.

ALMEIDA, Ildeberto Muniz de. Acidentes de Trabalho e a Repolitização da Agenda da Saúde do Trabalhador. MINAYO GOMEZ, Carlos; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane Lopes. (Orgs.) **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

ALVES, Arioneide *et al.* **A questão racial no Brasil e a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras**. Disponível em: <https://www.cesteh.ensp.fiocruz.br>. Acesso em: 05 mar. 2024.

ALVES, Giovanni. O declínio civilizatório do capital. Prefácio. SOUZA, Edvânica Â. de; SILVA, Maria Liduína de Oliveira e (Orgs.). **Trabalho, questão social e Serviço Social: a autofagia do Capital**. São Paulo: Cortez, 2019.

ALVES, Giovanni. **Trabalho e neodesenvolvimentismo: choque de capitalismo e nova degradação do trabalho no Brasil**. Bauru: Canal 6, 2014.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. SADER, Emir; GENTILI, Pablo. (Orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. 7.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

ANDRADE, Gerciane da Rocha Souza. Contrarreforma na Política de Saúde: as implicações das organizações sociais da saúde na categoria médica da Paraíba. SILVA, Alessandra Ximenes, NÓBREGA, Mônica Barros da; MATIA, Thaísa Simplício Carneiro (Orgs.) **Contrarreforma, intelectuais e Serviço Social: as inflexões na Política de Saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

ANTUNES, André. Trabalho. Missão impossível? **Polis**. Ano XVII, n 98, jan./fev. Rio de Janeiro: Fiocruz/ Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2025.

ANTUNES, Ricardo. O Brasil na contramão da regulação do trabalho em plataformas. (13/05/2024). **Blog Boitempo**. Disponível em: <https://www.boitempoeditorial.com.br/blog/>. Acesso em: 19 dez. 2024.

ANTUNES, Ricardo. Trabalho e (des)valor no capitalismo de plataforma: três teses sobre a nova era de desantropomorfização do trabalho. ANTUNES, Ricardo. (Org.) **Icebergs à deriva**. O trabalho nas plataformas digitais. São Paulo: Boitempo, 2023.

ANTUNES, Ricardo. **Capitalismo Pandêmico**. São Paulo: Boitempo, 2022.

ANTUNES, Ricardo (Org.). **Uberização, trabalho digital e Indústria 4.0**. São Paulo: Boitempo, 2020.

ANTUNES, Ricardo (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil IV**. Trabalho digital, autogestão e expropriação da vida. São Paulo: Boitempo, 2019.

ANTUNES, Ricardo. **O Privilégio da Servidão**. O novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?**: ensaio sobre as metamorfoses no mundo do trabalho. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

ANTUNES, Ricardo. Desenhando a nova morfologia do trabalho no Brasil. **Estudos avançados**, v. 28, n. 81. São Paulo: Universidade de São Paulo. Instituto de Estudos Avançados, 2014. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/eav/issue/view/6421>. Acesso em: 29 ago. 2019.

ANTUNES, Ricardo. Os modos de ser da informalidade: rumo a uma nova era da precarização estrutural do trabalho? **Serviço Sociedade & Sociedade**, n. 107. São Paulo: Cortez, jul/set, 2011.

ANTUNES, Ricardo. Tempo de trabalho e tempo livre. Por uma vida cheia de sentido dentro e fora do trabalho. \_\_\_\_\_ **Os Sentidos do Trabalho**. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2ed. 10. reim. rev. e ampl. São Paulo: Boitempo, 2009.

ANTUNES, Ricardo. Crise capitalista contemporânea e as transformações no mundo do trabalho. Crise contemporânea, Questão Social e Serviço Social. **Capacitação em Serviço Social e Política Social** (Módulo 01). Brasília: CEAD, 1999.

ANTUNES, Ricardo; BASSO, Pietro; PEROCCO, Fabio. O trabalho digital, seus significados e seus efeitos no quadro do capitalismo pandêmico. ANTUNES, Ricardo. (Org.) **Icebergs à deriva**. O trabalho nas plataformas digitais. São Paulo: Boitempo, 2023.

ANTUNES, Ricardo; PRAUN, Luci. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Sociedade & Sociedade**, n. 123. São Paulo: Cortez, jul/set, 2015.

ÁVILA, Maria Betânia. **O tempo do trabalho das empregadas domésticas**: tensões entre dominação/exploração e resistência. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2009.

BAHIA/SSBA/SVPSA/DVAST/CEREST. **Manual de Normas e Rotinas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)**. Saúde do Trabalhador. Salvador: CESAT, 2009.

BARRETO, Margarida; HELOANI, Roberto. Violência, saúde e trabalho: a intolerância e o assédio moral nas relações laborais. **Serviço Social & Sociedade**, n. 123. São Paulo: Cortez, jul./set. 2015.

BATLOUNI, Michel. Anti-Inflamatórios Não Esteroides: Efeitos Cardiovasculares, Cérebro Vasculares e Renais. **Revista Brasileira de Cardiologia**, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/tf6ntrtm9pyt8r9tmvtgfm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jan. 2025.

BEHRING, Elaine Rosseti. Fundo público, orçamento e pesquisa. BOSCHETTI, Ivanete; Graemamm, Sara; KILDUFF, Fernanda; SILVA, Mossicleia Mendes da. (Orgs.) **Os direitos não cabem no Estado**. Trabalho e política social no capitalismo. Rio de Janeiro: Usina Editorial, 2023.

BEHRING, Elaine Rosseti. Ofensiva ultraneoliberal no capitalismo em crise no Brasil e no mundo. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 23, n.1, p. 10-22, jan/jun, 2023.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Fundo Público**, Valor e Política Social. São Paulo: Cortez, 2021.

BEHRING, Elaine Rossetti. Expressões políticas da crise e as novas configurações do Estado e da sociedade civil. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti. Implicações da Reforma da Previdência Social na Seguridade Social brasileira. **Psicologia e Sociedade**, n. 15, 57-96, jan/jun. 2003.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2007. (Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 2).

BERLINGUER, Giovanni. Uma reforma para saúde. BERLINGUER, Giovanni.; TEIXEIRA, Sonia F.; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma Sanitária: Itália e Brasil**. Tradução: Tânia Pellegrini. São Paulo: HUCITEC/CEBES, 1988.

BOITO JÚNIOR, Armando. **Política neoliberal e sindicalismo no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Xamã, 1999.

BOSCHETTI, Ivanete. Expropriação de direitos, superexploração e desigualdades de classe, gênero e raça no Brasil. BOSCHETTI, Ivanete; Graemamm, Sara; KILDUFF, Fernanda; SILVA, Mossicleia Mendes da. (Orgs.) **Os direitos não cabem no Estado**. Trabalho e política social no capitalismo. Rio de Janeiro: Usina Editorial, 2023.

BOSCHETTI, Ivanete. Limitações do estado social capitalista contemporâneo: expropriações, acumulação, exploração e violência. **Journal of Management & Primary Health Care – JMPHC**. (2020). Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/980>. Acesso em: 15 out. 2023.

BOSCHETTI, Ivanete. Os custos da crise para a política social. BOSCHETTI, I. *et al* (Orgs). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.

BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING Elaine Rossetti. Assistência Social na pandemia da covid-19: proteção para quem? **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 140, jan./abr. 2021.

BRAGA, Ruy; SANTANA, Marco Aurélio. Dinâmicas da ação coletiva no Brasil contemporâneo: encontros e desencontros entre o sindicalismo e a juventude trabalhadora. **Caderno CRH**. Salvador, v. 28, n. 75, p. 529-544, set./dez. 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília/DF, 1988.

BRASIL. **Lei n 8.213**, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016>. Acesso em: 30 jul. 2016.

BRASIL. **Lei nº 13.467**, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 07 mai. 2019.

BRASIL/CNS. **5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (5ª CNSTT)**. Documento norteador. Brasília: CNS, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/>. Acesso em: 16 jun. 2024.

BRASIL/CNS. **Sofrimento psíquico no ambiente de trabalho**: pesquisadoras apontam situação epidêmica na Saúde Mental no Brasil. (15/05/2023). Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt>. Acesso em: 28 jan. 2025.

BRASIL/FUNDACENTRO. **Documento Coletivo**. Manifesto do Dia internacional em memória das vítimas de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Disponível em: <https://www.gov.br/fundacentro/pt-br/comunicacao/noticias>. Acesso em: 30 abr. 2024.

BRASIL/GF. **Conheça o eSocial**. (29/03/2017). Disponível em: <https://www.gov.br/esocial/pt-br/centrais-de-conteudo>. Acesso em: 21 jan. 2025.

BRASIL/INSS. **Confira como ficaram as alíquotas de contribuição ao INSS**. (13/01/2025). Disponível em: <https://www.gov.br/inss/pt-br/noticias>. Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL/IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais (SIS)**. Novos recortes geográficos do IBGE detalham desigualdades do país em 2023. (05/12/2024). Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias>. Acesso em: 08 nov. 2024.

BRASIL/MDHC. **Entenda como o etarismo contribui para a exclusão de pessoas idosas do mercado de trabalho formal**. (26/06/2024). Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2024>. Acesso em: 19 nov. 2024.

BRASIL/MDS. **20 anos do Programa Bolsa Família**. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/bolsa-familia>. Acesso em: 16 nov. 2024.

BRASIL/MDS. **Benefício de Prestação Continuada (BPC)**. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/>. Acesso em: 16 nov. 2024.

BRASIL/MDS. **Transferência de Renda**. Bolsa Família reduz desigualdades no Brasil, aponta PNAD Contínua do IBGE (19/04/2024). Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias>. Acesso em: 02 dez. 2024.

BRASIL/MS. **Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/>. Acesso em: 23 fev. 2025.

BRASIL/MS. **Portaria GM/MS nº 5.201**, de 15 de agosto de 2024, altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas doenças na Lista Nacional de Notificação Compulsória [...] e modifica o Anexo XLIII à Portaria de Consolidação MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para revogar o item I da Lista Nacional de Doenças e Agravos a serem monitorados pela Estratégia de Vigilância Sentinela. Disponível em: <https://www.bvsmms.saude.gov.br/>. Acesso em: 06 nov. 2024.

BRASIL/MS. **Saúde do Trabalhador**. Ministério da Saúde atualiza lista de doenças relacionadas ao trabalho após 24 anos. (29/11/2023). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023>. Acesso em: 21 jan. 2025.

BRASIL/MS. **CEREST e CISTT**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/saude-do-trabalhador/renast/cerest-e-cistt>. Acesso em: 16 nov. 2024.

BRASIL/MS. **Curso I: Regulação de Sistemas de Saúde do SUS: módulo 4: Redes de Atenção à Saúde**. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL/MS. **Homens são os que mais morrem de acidentes no trânsito (2022)**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2019/maio/homens-sao-maiores-vitimas-de-acidentes-no-transito>. Acesso em: 30 out. 2024.

BRASIL/MS. **Portaria de Consolidação nº 04**, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm>. Acesso em: 09 out 2020.

BRASIL/MS. **Portaria GM/ MS nº 3.120**, de 01 de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Diário Oficial da União: Brasília, n. 124, Seção 1, p. 36-38, 2 de julho de 1998.

BRASIL/MS. **Portaria GM/MS n. 1.999**, de 27 de novembro de 2023. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS no 5, de 28 de setembro de 2017 para atualizar a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT), 2023.

BRASIL/MS. **Portaria GM/MS nº 4.922**, de 25 de julho de 2024. Altera as Portarias de Consolidação MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/>. Acesso em: 15 out. 2024.

BRASIL/MS. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/>. Acesso em: 25 mai 2024.

BRASIL/MS. **Portaria nº 454**, de 20 de março de 2020. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria>. Acesso em: 09 out. 2020.

BRASIL/MS. Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Cadernos de Atenção Básica**, nº 41 Versão Preliminar. Brasília/DF, 2018.

BRASIL/MS. **Portaria nº 992**, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em: <https://adsdatabase.ohchr.org/>. Acesso em: 20 nov. 2024.

BRASIL/MS. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/>. Acesso em: 30 abr. 2016.

BRASIL/MS. **Resolução nº 510**, de 7 de abril de 2016. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/). Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL/MS. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. Brasília/DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL/MS. **Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM)**. Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/sim/apresentacao/>. Acesso em: 03 fev. 2023.

BRASIL/MS/CGSAT. **Áreas de abrangências de CEREST regionais e municipais**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/>. Acesso em: 03 fev. 2023.

BRASIL/MS/CGSAT. **Nota Técnica nº 9/2024**. Orienta a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) sobre a notificação compulsória das Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (Dart) do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) pelos Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/>. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL/MS/GM. **Portaria nº 1.823**, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/>. Acesso em: 20 mai. 2017.

BRASIL/MS/GM. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL/MS/FIOCRUZ. **Manual Técnico do Curso Básico de Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL/MS/FIOCRUZ. **Pense SUS**. Atenção Básica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/>. Acesso em: 14 set. 2021.

BRASIL/MS/FIOCRUZ. **Curso**: letramento racial para trabalhadores do SUS. Práticas de saúde antirracistas: definições e ferramentas. Rio de Janeiro: Fiocruz, s/d.

BRASIL/MS/FIOCRUZ. **Instrumentos para o enfrentamento de emergências de saúde pública no contexto da sociedade civil**. Fiocruz Campus Virtual. Disponível em: <https://mooc.campusvirtual.fiocruz.br/rea/enfrentamento-de-emergencias/index.html>. Acesso em: 04 ago. 2025.

BRASIL/MS/SVS/DSASTE. **Nota Informativa n. 94/2019**. Orientação sobre as novas definições de agravos e doenças relacionados ao trabalho do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Brasília/DF, 2019.

BRASIL/MTE. **NR1 – Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (GRO)**. Guia de informações sobre os Fatores de Riscos Psicossociais Relacionados ao Trabalho. Brasília/DF: Ministério do Trabalho e Emprego, 2025.

BRASIL/MTE. **O que é CNAE?** (19/04/2023). Disponível em: <https://www.gov.br/empresas-e-negocios/pt-br/>. Acesso em: 23 fev. 2025.

BRASIL/MTE. **Igualdade salarial**. Mulheres ganham 20,7% menos que homens em empresas com mais de 100 funcionários, aponta 2º Relatório de Transparência Salarial.



(18/09/2024). Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/noticias>. Acesso em: 08 nov. 2024.

BRASIL/MTE. **Trabalho doméstico**. Direitos do(a) empregado(a) doméstico(a). Disponível em: <https://www3.mte.gov.br/trabdomestico>. Acesso em: 20 nov. 2024.

BRASIL/MTE. **Trabalho escravo**. Resgates em ações de fiscalização do MTE escancaram trabalho escravo doméstico no país (14/05/2024). Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/noticias>. Acesso em: 30 out. 2024.

BRASIL/MTE. **Trabalho análogo à escravidão**. Brasil avança no combate ao trabalho escravo: resultados das ações de 2024 e os 30 Anos da Política de Erradicação (28/01/2025). Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br>. Acesso em 28 jan. 2025.

BRASIL/MTE. **Norma Regulamentadora 6 (NR-6)**. (21/01/2025). Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/>. Acesso em 28 jan. 2025.

BRASIL/Sinan WEB. **DRT** Acidente de Trabalho. Disponível em: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/>. Acesso em: 20 dez. 2022.

BRAVO, Maria I. Souza. **Saúde e Serviço Social no capitalismo**: Fundamentos Sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2015.

BRAVO, Maria I. Souza. Prefácio. SILVA, Leticia Batista; Ramos, Adriana. **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas/SP: Papel Social, 2013.

BRAVO, Maria I. Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: Lutas Sociais e Práticas Profissionais. 4.ed. São Paulo: Cortez. 2011.

BRAVO, Maria I. Souza. Política de Saúde no Brasil. MOTTA, A. E. *et al.* (Orgs.) **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS/OMS/Cortez, 2006.

BRAVO, Maria I. Souza.; PELAEZ, Elaine J. O Sistema Único de Saúde no enfrentamento à Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19). SOUZA, Edvânia Ângela de.; CELIS, Ariana; INÁCIO, José Reginaldo (Org.). **Vidas ameaçadas**: diálogos sobre trabalho pandemia de covid-19, Serviço Social e saúde do trabalhador e da trabalhadora. Campinas/SP: Papel Social, 2021.

BRAVO, Maria I. Souza.; PELAEZ, Elaine J.; Pinheiro, Waldimir. N. As contrarreformas na política de saúde do governo temer. **Argumentum debate**. Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan/abr 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view>. Acesso em: 20 abr. 2019.

BRAVO, Maria I. Souza; CORREIA, M. Valeria. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, n. 109. São Paulo: Cortez, jan./mar. 2012.

BRAVO, Maria I. Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A Saúde nos Governos Lula e Dilma: Algumas Reflexões. BRAVO, Maria I. Souza; MENEZES, Juliana

Souza Bravo de (Orgs.) **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ/Rede Sirius, 2011.

BRAVO, Maria I. Souza; PELAEZ, Elaine J.; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **SER Social**. Estado, Democracia e Saúde. Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/ser\\_social](https://periodicos.unb.br/index.php/ser_social). Acesso em 29 mar. 2021.

BRESSER PEREIRA, L. Carlos. **Crise econômica e reforma do Estado no Brasil**: para uma nova interpretação da América Latina. São Paulo: Editora 34, 1996.

BRITO, Gabriel; BRAZUNA, Luiza. Novas regras trabalhistas para saúde mental. **Outra Saúde**. SUS, Saúde Pública e Ciência. (2025). Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/>. Acesso em: 12 abr. 2025.

BRITO, Gabriel; LEITE, Gabriela Leite. Expansão de clínicas privadas de baixo nível cresceu 200%. **Outra Saúde**. SUS, Saúde Pública e Ciência. (2025). Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/>. Acesso em: 09 mar. 2025.

BROWN, Wendy. **Nas ruínas do neoliberalismo a ascensão da política antidemocrática no ocidente**. São Paulo Politeia, 2019.

CABRAL, Márcio. O valor das coisas e o preço do trabalho: a morte simbólica da CLT (21 de julho de 2025). **Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS)**. Disponível em: <https://analisepoliticaemsaude.org/debate/>. Acesso em: 04 ag. 2025.

CACCIAMALI, Maria Cristina. (Pré-) Conceito sobre o setor informal, reflexões parciais embora instigantes. **Revista Econômica**, v. 9, n. 1, 2007. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/revistaeconomica/article/view/>. Acesso: 09 mar. 2022.

CACCIAMALI, Maria Cristina. Globalização e processo de informalidade. **Economia e Sociedade**. Campinas, Unicamp. n. 14, jun. 2000. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ecos/article/>. Acesso: 09 mar. 2022.

CALLIL, Victor; PICANÇO, Monise Fernandes (Coord.) **Mobilidade urbana e logística de entregas**: um panorama sobre o trabalho de motoristas e entregadores com aplicativos. São Paulo: Centro Brasileiro de Análise e Planejamento Cebrap, 2023.

CARDOSO, Mariana de Castro Brandão; ARAÚJO, Tânia Maria de. Os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental: um inquérito no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso>. Acesso em 19 nov. 2021.

CARDOSO JR, José Celso. Crise e desregulação do trabalho no Brasil. **Tempo Social**. USP: S. Paulo, 13(2): 31-59, novembro de 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/>. Acesso em: 10 fev. 2022.

CARNEIRO, Sueli. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011. (Consciência em debate).

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

CARVALHO; Mariana Costa. **Trabalho no Brasil: tendências históricas e as novas exigências de realização do valor**. Rio de Janeiro: UERJ, 2019. (Tese de Doutorado em Serviço Social).

CASTEL, Robert. **As Metamorfoses da questão social: crônica do salário**. Tradução: Iraci D. Poleti. 10.ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

CASTILHO, Daniela Ribeiro; LEMOS, Esther Lúiza de Souza. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na Seguridade Social brasileira. *Katalysis*. Florianópolis, v.24, n. 2, p. 269-279, maio/ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/>. Acesso em: 08 ago. 2024.

CAVALCANTI, Cecília Paiva Neto. Prefácio. OLIVAR, Monica Simone Pereira; BASTOS, Martha Fortune P.; MOURA, Isis Ferraz. **Saúde do Trabalhador e Serviço Social**. Por onde estamos caminhando? Marília/SP: Lutas Anticapial, 2024.

CELIS, Ariana. Vigilância em Saúde nos ambientes de trabalho no contexto da pandemia do novo coronavírus. SOUZA, Edvânia Ângela de.; CELIS, Ariana; INÁCIO, José Reginaldo (Org.). **Vidas ameaçadas: diálogos sobre trabalho pandemia de Covid-19, Serviço Social e saúde do trabalhador e da trabalhadora**. Campinas/SP: Papel Social, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. **Nota de Repúdio ao ajuste fiscal do governo federal (PL 4614/2024)**. Brasília: CFESS, 2024. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/>. Acesso em: 08 nov. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. **Serviço Social na Previdência Social direito da classe trabalhadora**. CFESS Manifesta. Brasília: CFESS, 2024. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta>. Acesso em: 10 out. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. **Sou Assistente Social, luto pelo SUS, é direito universal!** CFESS Manifesta. Brasília: CFESS, 2023. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta>. Acesso em: 10 out. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. **Perfil de Assistentes Sociais no Brasil: formação, condições de trabalho e exercício profissional**. Brasília: CFESS, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. **Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para reflexão**. Brasília: CFESS, 2017.

CHESNAIS, François. **A Mundialização do Capital**. São Paulo: Xamã, 1995.

COHN, Amélia. As políticas de abate social no Brasil contemporâneo. **Lua Nova**. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/>. Acesso em: 09 nov. 2022.

CONASS/CIEGES. **Painel Conass Covid-19**. (2025). Disponível em: <https://cieges.conass.org.br/>. Acesso em: 23/01/2025.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde. MOTTA, A. E. *et al.* (Orgs.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS/OMS/Cortez, 2006.

CORRÊA, Sonia. Gênero e Saúde: campo de transição. BRUSCHINI, Cristina; UNBEHAUM, Sandra G. (Orgs.) **Gênero, Democracia e Sociedade Brasileira**. São Paulo: FCC; Ed. 34, 2002.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS? BRAVO, Maria I. Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (Orgs.) **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

COSME, Fernanda; GRANEMANN, Sara. EC95/2016: Típica resposta do Estado à crise dos capitais? BOSCHETTI, Ivanete; Graemamm, Sara; KILDUFF, Fernanda; SILVA, Mossicleia Mendes da. (Orgs.) **Os direitos não cabem no Estado**. Trabalho e política social no capitalismo. Rio de Janeiro: Usina Editorial, 2023.

COSEMS-PB. **CIR** – Comissões Intergestores Regionais. Disponível em: <https://cosemspb.org/cir/>. Acesso em: 30 nov. 2024.

COSTA, Danielli da Silva. *et al.* **Cartilha Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador**. Fortaleza/CE: Ed. dos Autores, 2022.

COSTA SILVA, René Marc da. História dos trabalhadores negros no Brasil e desigualdade racial. **Universitas Jus**, v. 24, n. 3, 2013.

COSTA, Fernando Braga da. **Móises e Nilce**: retratos biográficos de dois garis. Um estudo de psicologia social a partir de observação participante e entrevista. USP: São Paulo, 2008. (Tese de Doutorado em Psicologia).

COUTINHO, Carlos Nelson. A hegemonia da pequena política. OLIVEIRA, F.; BRAGA, R. RIZEK, C. (Org.) **Hegemonia às avessas: economia, política e cultura na era da servidão financeira**. São Paulo: Boitempo, 2010. (Coleção Estado de Sítio).

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**: Estudo de Psicopatologia do Trabalho. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2018.

DIAS, Danilo Santana Porcari *et al.* **Precarização do trabalho doméstico remunerado e sua territorialização no espaço da Região Metropolitana do Rio de Janeiro**. Boletim nº 70, 31 de maio de 2023. Disponível em: <https://ippur.ufrj.br/precarizacao-do-trabalho>. Acesso em: 19 nov. 2024.

DIAS, Elizabeth Costa *et al.* Desenvolvimento de Ações de Saúde do Trabalhador no SUS: a estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). MINAYO-GOMEZ, Carlos; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane

Lopes. (Orgs.) **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

DIESAT. **Cartilha Trabalho & Saúde no Brasil**: Contexto histórico, práticas e políticas. Eixo 04 - Lista de Doenças Relacionada ao Trabalho – LDRT. São Paulo, 2023.

DIEESE. **Especial 20 de novembro de 2024** – Dia da Consciência Negra. Boletim Especial. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/boletimespecial/2024>. Acesso em: 20 nov. 2024.

DIEESE. **Trabalho Doméstico** (Iconográfico, 2023). Disponível em: <https://www.dieese.org.br/infografico/trabalhodomestico>. Acesso em: 20 nov. 2024.

DMT – Democracia e Mundo do Trabalho em Debate. **Maioria das trabalhadoras domésticas já enfrentaram assédio** (13/11/2024). Disponível em: <https://www.dmtemdebate.com.br/>. Acesso em: 18 dez. 2024.

DRAIBE, Sônia. M. **Brasil 1980-2000**: proteção e insegurança sociais em tempos difíceis. Anais do Taller Interregional Protección social en una era insegura: un intercambio sur-sur sobre políticas sociales alternativas en respuesta a la globalización". Santiago de Chile, PNUD/Cenda, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: mar. 2013.

DRAIBE, Sônia. M. Uma nova institucionalidade das políticas sociais? Reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reforma dos programas sociais. **São Paulo em Perspectiva**, v. 11, n. 4. São Paulo, 1997.

DRUCK, Graça. A precarização social do trabalho no Brasil. ANTUNES, R. (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II**. São Paulo: Boitempo, 2013.

DRUCK, Graça; VIEIRA, Denise. As transformações do trabalho dos servidores públicos: reformas administrativas, digitalização e privatização do Estado. ANTUNES, Ricardo. (Org.) **Icebergs à deriva**. O trabalho nas plataformas digitais. São Paulo: Boitempo, 2023.

DUMÉNIL, Gerard; LÉVY, Dominique. Superação da Crise, Ameaças de Crises e Novo Capitalismo. CHESNAIS, François *et al* (Orgs.) **Uma nova fase do capitalismo?** São Paulo: Xamã Editora, 2003.

DURIGUETTO, Maria Lúcia; DEMIER, Felipe. Democracia blindada, contrarreformas e luta de classes no Brasil contemporâneo. **Argumentum Debate**. Vitória, v. 9, n. 2, p. 8-19, maio/ago. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum>. Acesso em: 22 mar. 2020.

ENGELS, Friedrich. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. Trad. B. A. Schumann. São Paulo: Boitempo, 2010.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As Três Economias Políticas do *Welfare State*. **Lua Nova**. n. 24. São Paulo: CEDEC, 1991.

ESTEVES, Thais Vieira; ALMEIDA, Ildeberto Muniz de. Saúde, trabalho e a Reforma Trabalhista de 2017: revisão integrativa das repercussões da nova legislação nas formas de viver e adoecer da classe trabalhadora. **Revista Jurídica Trabalho e Desenvolvimento**

**Humano**. Procuradoria Regional do Trabalho da 15ª Região. 2023. Disponível em: <https://www.revistatdh.org/index.php/revista-tdh/>. Acesso em: 03 fev. 2024.

FALEIROS, Vicente de Paula *et al.* **A construção do SUS**. Histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FARIA, Sandra de. Crise do capitalismo e a questão social: contribuições ao debate. **SER Social**, n. 50. Brasília: UnB, jan-jun, 2022. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/ser\\_social/](https://periodicos.unb.br/index.php/ser_social/). Acesso em: mar. 2023.

FEDERICI, Silvia. **O ponto zero da revolução**: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. São Paulo: Elefante, 2019.

FERNANDES, Florestan A. **A Revolução Burguesa no Brasil**: ensaios de interpretação sociológica. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

FERREIRA, Douglas Inácio Fragoso; ASSIS, Hilquias Kennedy Lima; BÉHAR, Alexandre Hochmann. Informalidade, precarização e flexibilização: um retrato do trabalho dos entregadores por aplicativo no contexto pandêmico. **Revista Gestão Organizacional**. Outubro, 2022. Disponível em: [https://www.informalidade\\_precarizacao\\_e\\_flexibilizacao\\_um\\_retrato\\_do\\_trabalho](https://www.informalidade_precarizacao_e_flexibilizacao_um_retrato_do_trabalho). Acesso em: 23 jun. 2023.

FERREIRA, Golondrina. **Poemas para não perder**. São Paulo: Editora Trunca, 2019.

FERREIRA, Verônica Maria. **Apropriação do tempo de trabalho das mulheres nas políticas de saúde e reprodução social**: uma análise de suas tendências. Recife: Ed. UFPE, 2020.

FGV/IBRE. **Novas evidências sobre o trabalho por conta própria**. Disponível em: <https://portalibre.fgv.br/noticias/>. Acesso em: 30 set. 2024.

FIGUEIREDO, Paula Morais. **O cotidiano de trabalho de vendedores e vendedoras ambulantes da rua Teodoro Sampaio na cidade de São Paulo**: rotina, inventividade e múltiplas redes de sociabilidade. São Paulo: USP/Instituto de Psicologia, 2016. (Dissertação de Mestrado em Psicologia).

FILGUEIRAS, Vitor Araújo. **“É tudo novo”, de novo**. São Paulo: Boitempo, 2021.

FONTES, Virgínia. **O Brasil e o Capital Imperialismo**. Teoria e História. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2010.

FRANCO, Tânia; DRUCK, Graça; SELIGMANN-SILVA, Edith. **As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizados**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso>. Acesso em: 15 nov.2023.

FUNDO BRASIL. **Mapeamento do trabalho informal no Brasil**. São Paulo, julho de 2022. Disponível em: <https://www.fundobrasil.org.br/wp-content/uploads/2023>. Acesso em: 30 set. 2024.

GARAL, Agnes Zoé. O Método de Ramazzini (I). **Coluna Opinião**. Saúde-Trabalho-Ambiente-Direitos Humanos & Movimentos Sindical e Sociais. Setembro, 2023. Disponível em: <https://www.multiplicadoresdevisat.com/>. Acesso em: 26 jan. 2025.

GIL, Antônio Carlos; NETO, Aline Crespo dos Reis. Survey de Experiência como pesquisa qualitativa básica em administração. **Revista de Ciências da Administração**, v. 22, n. 56, p. 125-137, abril. 2020.

GOMES, Claudia. A luta defensiva por direitos de cidadania no contexto de cidadania no contexto da crise mundializada do capital. TAVARES, Maria Augusto; GOMES, Claudia. (Orgs.) **Intermitências da crise e questão social: uma interpretação marxista**. João Pessoa: Editora da UFPB, 2013.

HARVEY, David. **A Condição pós-moderna**. Tradução: Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. 24.ed. São Paulo: Loyola, 2013.

HARVEY, David. **O neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Loyola, 2008.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Revista Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, set/dez. 2007.

IAMAMOTO, Marilda V. A questão social no capitalismo. **Temporalis**. ABEPSS, v.2, n.3, jun/juh, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**. Capital financeiro, trabalho e questão social. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na cena contemporânea**. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo. Cortez, 1998.

IANNI, Octavio. **A questão social**. A ideia do Brasil Moderno. São Paulo: Brasiliense, 1992.

IBGE. **PIB 2021**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia>. Acesso em: 20 mai. 2021.

IBGE. **Teletrabalho e trabalho por meio de plataformas digitais (2022)**. Rio de Janeiro: Editora IBGE, 2023. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br>. Acesso em: 06 out. 2024.

IBGE EDUCA. **Conheça o Brasil: quantidade de homens e mulheres**. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens>. Acesso em: 06 out. 2024.

IBGE/PNAD Contínua Trimestral. **Desocupação recua em 15 das 27 UFs no segundo trimestre de 2024**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias>. Acesso em: 06 out. 2024.

IBGE. PNAD Contínua. **Série histórica (2012-2019)**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/habitacao/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?edicao=20652&t=series-historicas>. Acesso em: 21 mai. 2024.

IHU. Instituto Humanitas Unisinos. (30/04/2022). **A maioria dos trabalhadores brasileiros está na periferia do sistema**. Disponível em: <https://www.ihu.unisinos.br/>. Acesso em: 18 out. 2024.

IPEA. **Mercado de trabalho brasileiro registra queda na taxa de desocupação para 6,8% em abril**. (21/06/2024). Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/categorias>. Acesso em: 06 nov. 2024.

ITIKAWA, Luciana Fukimoto. Mulheres na periferia do urbanismo: informalidade subordinada, autonomia desarticulada e resistência em Mumbai, São Paulo e Durban. **Revista Brasileira Estudos Urbanos Regionais**, v.18, n.1. Recife, Jan/Abr, 2016.

JESUS, Mario Rubens Amaral de. (Org.) Planejamento e monitoramento dos indicadores em saúde do trabalhador. **Cadernos de Saúde do Trabalhador**. São Paulo: PMSP/SMS/COVISA, 2021. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias>. Acesso em: 29 out. 2024.

JORNAL BRASIL DE FATO. **Análise da dinâmica populacional das regiões metropolitanas de João Pessoa e Campina Grande no Censo 2022**. (09/08/2023). Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2023>. Acesso em: 29 set. 2024.

JORNAL BRASIL DE FATO. **Taxa de desemprego dobrou na gestão de Bolsonaro em relação a governos petistas, aponta estudo**. (21/08/2022). Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2022/09/21>. Acesso em: 14 nov. 2024.

JORNAL DA USP. **Estudo atesta discurso negacionista de Bolsonaro nos primeiros seis meses de pandemia**. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/estudo-atesta-discurso-negacionista-de-bolsonaro>. Acesso em: 12 out. 2024.

KREIN, José Dari. Prefácio. FILGUEIRAS, Vitor Araújo. **“É tudo novo”, de novo**. São Paulo: Boitempo, 2021.

KREIN, José Dari. O desmonte dos direitos, as novas configurações do trabalho e o esvaziamento da ação coletiva Consequências da reforma trabalhista. **Tempo Social**, revista de sociologia da USP, v. 30, n. 1, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ts/article/>. Acesso em: 22 jul. 2021.

KREIN, José Dari; OLIVEIRA, Roberto Vêras. Para além dos discursos: impactos efetivos da Reforma nas formas de contratação. KREIN, José Dari; OLIVEIRA, Roberto Vêras de; FILGUEIRAS, Vitor Araújo (Orgs). **Reforma trabalhista no Brasil: promessas e realidade**. Campinas, SP: Curt Nimuendajú, 2019.

KREIN, José Dari; MARACCI, Denis; FREITAS, Paula. Balanço de um ano da contrarreforma trabalhista no Brasil: 2017-2018. **Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades**. Salvador, n. 248, set./dez., 2019.



LACAZ, Francisco A. de Castro. O campo da saúde do trabalhador: resgatando o conhecimento e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 23, n. 4., 2007.

LACAZ, Francisco A. de Castro. Reforma Sanitária e Saúde do Trabalhador. **Saúde e Sociedade**, n.03, 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em: 06 set. 2019.

LACAZ, Francisco A. de Castro. Saúde do trabalhador: vinte anos de história e trajetória. BRASIL/MS. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**: 3ª CNST: “trabalhar, sim! Adoecer, não!”: coletânea de textos. MS/Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

LACAZ, Francisco A. de Castro *et al.* Movimento da Reforma Sanitária e movimento sindical da saúde do trabalhador: um desencontro indesejado. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial 8, dez 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/>. Acesso em: 02 dez. 2023.

LARA, Ricardo. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. Ensaio. **Katálises**. Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 78-85, jan/jun. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em: 18 jun. 2016.

LARA, Ricardo; MARANHÃO, César. Fundamentos do trabalho, “questão social” e Serviço Social. SOUZA, Edvânica Â. de; SILVA, Maria Liduína de Oliveira e (Orgs.). **Trabalho, questão social e Serviço Social**. A autofagia do Capital. São Paulo: Cortez, 2019.

LARA, Ricardo. Contribuições acerca dos desafios do movimento sindical diante da crise do capital. LOURENÇO, Edvânia; NAVARRO, Vera; BERTANI, Iris; SILVA, Jose F. S.; Sant’ana, Raquel (Orgs.). **O avesso do trabalho II**. Trabalho, precarização e saúde do trabalhador. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

LAURELL Asa C; NORIEGA, Manuel. **Processo de produção e saúde**: Trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.

LEÃO, Luís Henrique da Costa; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST): reflexões sobre a estrutura de rede. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 2011 jan-mar. 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br>. Acesso em: 05 jul. 2020.

LOURENÇO, Cristiane. Políticas públicas, relações raciais e educação: reflexões sobre a implantação das políticas de ações afirmativas no Estado Brasileiro. **CSOnline**. Revista Eletrônica de Ciências Sociais v. 04, ano 02, 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br>. Acesso em: 09 out. 2024.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. Entrevista: Reforma Trabalhista e os seus impactos para a saúde do/a(s) trabalhador/a(s). **Pegada**. Vol. 19, n. 1. São Paulo: Unesp, Jan./Abr., 2018. Disponível em: <https://revista.fct.unesp.br>. Acesso em: 19 ago.2019.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. **Na trilha da saúde do trabalhador**: a experiência de Franca/SP. Franca: UNESP, 2009. (Tese de Doutorado em Serviço Social).

LUCE, Mathias Seibel. **Teoria marxista da dependência**: problemas e categorias-uma visão histórica. São Paulo: Expressão Popular, 2018.

MACHADO, Edna Carla. **Reforma trabalhista, a reforma da previdência e as consequências na vida das mulheres**. Articulação de Mulheres Brasileira. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://ambfeminista.org.br>. Acesso em: 03 Mai 2022.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Perspectivas e Pressupostos da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil. MINAYO GOMEZ, Carlos; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane Lopes (Orgs.). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

MANDEL, Ernest. **O capitalismo tardio**. Tradução: Carlos Eduardo Silva *et al.* São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARANHÃO, César Henrique. Capital e superpopulação relativa: em busca das raízes contemporâneas do desemprego e do pauperismo. BEHRING, Elaine Rosseti; ALMEIDA, Maria Helena Tenório de. (Orgs.). **Trabalho e Seguridade Social**: percursos e dilemas. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Uerj, 2008.

MARCONDES, Nilsen Aparecida V.; BRISOLA, Elisa Maria A. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. **Revista Univap**. v. 20, n. 35, jul.2014. São José dos Campos-SP. Disponível em: <http://www.revista.univap.br>. Acesso em 28 jun 2026.

MARCONSIN, Cleier; SANTOS, Cleusa. A acumulação capitalista e os direitos do trabalho: contradição histórica que preside a Seguridade Social. BEHRING, Elaine Rosseti; ALMEIDA, Maria Helena Tenório de. (Orgs.). **Trabalho e Seguridade Social**: percursos e dilemas. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Uerj, 2008.

MARINI, Ruy. Dialética da dependência. TRASPADINI, Roberta; STEDILE, João Pedro (Orgs.) **Ruy Mauro Marini**: vida e obra. São Paulo: Expressão Popular, 2005.

MARTINS, Tereza Cristina Santos. O negro no contexto das novas estratégias do capital: desemprego, precarização e informalidade. **Serviço Social & Sociedade**. n.111. São Paulo: Cortez, jul/set 2012.

MARX, Karl. **O Capital**. Crítica da Economia Política. Livro 1. O Processo de produção do capital. Tradução: Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2011.

MARX, Karl. **Os despossuídos**: debates sobre a lei referente ao furto da madeira. São Paulo: Boitempo; 2017.

MASSON, Letícia Pessoa; CHRISTO, Cirlene. Plataformas: O viver e morrer sobre rodas. **Outras Palavras**. (11/12/2024). Disponível em: <https://outrapalavras.net/trabalhoeprecariado>. Acesso em: 26 jan. 2025.

MASSON, Letícia Pessoa; OLIVEIRA, Simone Santos. “Trajetos e trajetórias invisíveis na cidade”: um documentário sobre o trabalho de entregadores e motoristas que atuam a partir de

empresas-plataforma (aplicativos). **Revista Ciências do Trabalho**, nº 21, abril de 2022. Disponível em: <https://rct.dieese.org.br>. Acesso 22 jul. 2023.

MATIAS, Thaísa Simplício Carneiro; NÓBREGA, Mônica Barros da. Nas trincheiras da contrarreforma do Estado contemporâneo brasileiro: inflexões, desafios e possibilidades para o Serviço Social. SILVA, Alessandra Ximenes, NÓBREGA, Mônica Barros da; MATIA, Thaísa Simplício Carneiro (Orgs.) **Contrarreforma, intelectuais e Serviço Social: As inflexões na Política de Saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

MATOS, Maurílio de. Prefácio. SILVA, Alessandra Ximenes da. *et al* (Orgs.) **Educação permanente para assistentes sociais atuantes na área da saúde na Paraíba**. Campina Grande/PB: EDUEPB, 2023.

MATTEI, Lauro Francisco. Sistema de proteção social brasileiro enquanto instrumento de combate à pobreza. **Katalysis**. Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 57-65, jan/abr, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em: 19 jan. 2022.

MATTOSO, Jorge. **A desordem do trabalho**. São Paulo: Scritta, 1995.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte”. *Revista Arte e Ensaios*: Rio de Janeiro, n. 32, dez. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article>. Acesso em: 03 out. 2024.

MEIRELLES, Cristiane Lourenço T. **Aspectos políticos e institucionais da implementação da Lei n. 12.711/2012 na Universidade Federal Fluminense**: um estudo avaliativo. Niterói: UFF/ESS/PEGPS, 2023. (Tese de Doutorado em Política Social).

MELO, Hildeter Pereira de; CASTILHO, Marta. Trabalho reprodutivo no Brasil: quem faz? **Economia contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, jan./abr. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em: 30 out. 2024.

MELLO; Lawrence Estivaler de; VEIGA, Alexandre Maciel; SILVA, João Victor Marques. Trabalho livre e espoliativo no Brasil contemporâneo. BOSCHETTI, Ivanete; Graemamm, Sara; KILDUFF, Fernanda; SILVA, Mossicleia Mendes da. (Orgs.) **Os direitos não cabem no Estado**. Trabalho e política social no capitalismo. Rio de Janeiro: Usina Editorial, 2023.

MENEGON, Lizandra da Silva; MENEGON, Fabrício Augusto; KUPEKA, Emil. Mortalidade por acidentes de trabalho no Brasil: análise de tendência temporal, 2006-2015. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/yqftrqkfcnd3mdkqgnpv5pw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 jan. 2025.

MENDES, Jussara M. Rosa *et al*. Os desafios dos Centros de Referências em Saúde do Trabalhador no Rio Grande do Sul na relação com a atenção básica em saúde. SOUZA, Edvânia Ângela de. (Org.). **Saúde do trabalhador e da trabalhadora e Serviço Social**. Estudos da relação trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo. Campinas: Papel Social, 2016.

MENDES, Jussara M. Rosa; WÜNSCH, Dolores Sanches. Saúde do trabalhador e proteção social: as repercussões da precarização do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Rede de**

**Estudos do Trabalho**. n. 9, 2011.p 164-175. Disponível em:  
<http://www.estudosdotrabalho.org/>. Acesso em: 14 mai. 2018.

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

MENEGUELLO, Cristina. Sigaud, operário da pintura. **Dossiê: Biografias, memórias e trajetórias**. Jun., 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/>. Acesso em: 10 dez. 2024.

MÉSZÁROS, István. **A crise estrutural do capital**. Tradução: Raul Campos. 2.ed. (rev. e ampliada). São Paulo: Boitempo, 2011.

MÉSZÁROS, István. **Para além do capital: rumo a uma teoria da transição**. São Paulo: Boitempo, 2009.

MÉSZÁROS, István. **Produção destrutiva e Estrada capitalista**. São Paulo: Ensaio, 1989.

MINAYO, Maria Cecília de S. Introdução. MINAYO, Maria Cecília de S.; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de S. (Org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; MEIRELLES, Zilah Vieira. Crianças e adolescentes trabalhadores: um compromisso para a saúde coletiva. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/>. Acesso em: 18 nov. 2024.

MONNERAT, Giselle L.; SOUZA, Rosimary G. de. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Katalysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan/jun. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/>. Acesso em: 20 out. 2020.

MORAIS, Livia de C. Godoi. O setor aeronáutico: financeirização e estratégias de intensificação do uso da força de trabalho na Embratur. ANTUNES, Ricardo (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil IV**. Trabalho digital, autogestão e expropriação da vida. São Paulo: Boitempo, 2019.

MOREIRA; Maria de Fátima; MEIRELLES, Luiz Claudio; CUNHA, Luiz Alexandre Mosca. Covid-19 no ambiente de trabalho e suas consequências à saúde dos trabalhadores. **Saúde Debate**, v. 45, n. Especial 2. Rio de Janeiro, dez 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/>. Acesso em: 29 jan. 2024.

MOREIRA, Marinete Cordeiro. Benefícios Previdenciários. MATOS, Maurílio Castro de. *et al* (Orgs.) **Dicionário crítico do Serviço Social na Saúde**. 1 ed. Eletrônica. Uberlândia/MG: Navegando Publicações, 2024.

MOTA, Ana E. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

MOTA, Ana E. *Seguridade Social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes*. MOTA, A. E. *et al.* (Orgs.) **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS/OMS/Cortez, 2006.

MOTA, Ana. E. **Cultura da crise e Seguridade Social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileiras nos anos 80-90. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social**. São Paulo: Cortez, 2010. (Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 5).

NASCIMENTO, Jean Carlos Pinto do. A invisibilidade pública e social dos trabalhadores: uma revisão da literatura sobre trabalhos invisíveis na sociedade.

**Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**. São Paulo, v.8. n.12. dez, 2022. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/>. Acesso em: 20 set. 2024.

NERI, Marcelo; FONTES, Adriana. **Informalidade e trabalho no Brasil**: Causas, Consequências e Caminhos de Políticas Públicas. Rio de Janeiro: FGV Social, 2010.

NETTO, Jose Paulo. Capitalismo e barbárie contemporânea. **Argumentum**, v. 4, n. 1, jan/jun. 2012a. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/>. Acesso em: 29 set. 2020.

NETTO, Jose Paulo. Crise do capital e consequências societárias. **Serviço Social & Sociedade**. n.111. São Paulo: Cortez, jul/set. 2012b.

NETTO, Jose. Paulo. **Crise do Socialismo e a ofensiva neoliberal**. 5ed. São Paulo: Cortez, 2012c. (Coleção Questões da Nossa Época, vol 44)

NETTO, Jose Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2006.

NETTO, Jose Paulo. Cinco notas a propósito da “questão social”. **Temporalis**. Brasília, DF, ano 2, n. 3, p. 41-49, jan/jul. 2001.

NETTO, Leila Escorsim. **O conservadorismo clássico**: elementos de caracterização crítica. São Paulo: Cortez, 2011.

NICK, Jacques; NOGUEIRA, João Carlos Nogueira. Racismo e trabalho informal no Brasil: quando desigualdades estruturais se reforçam. MARQUES, Léa (Org.) **Trajetórias da informalidade no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2021.

NOVO CAGED. **Painel de Informações do Novo Caged**. (Out 2024). Disponível em: <https://app.powerbi.com/view>. Acesso em: 19 nov. 2024.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DAS DESIGUALDADES. **Pacto nacional pelo combate às desigualdades**. São Paulo: CEBRAP/ABCD, agosto de 2024. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/>. Acesso em: 19 nov. 2024.

ODDONE, Ivar *et al.* **Ambiente de trabalho**: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec, 1986.

OLIVAR, Monica Simone Pereira. **Saúde do Trabalhador e Serviço Social**: o trabalho de assistentes sociais na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ/CCS/FSS, 2016. (Tese de Doutorado em Serviço Social).

OLIVAR, Mônica; BOIM, Vinícius Figueira. Desafios para a Política de Saúde do Trabalhador e da trabalhadora no Sistema Único de Saúde. SOUZA, Edvânia Ângela de; CELIS, Ariana; INÁCIO, Jose Reginaldo. (Orgs.) **Vidas ameaçada**. Diálogos sobre trabalho, pandemia de Covid-19, Serviço Social e Saúde do Trabalhador. Campinas/SP: Papel Social, 2021.

OLIVEIRA, Andreia de; KRÜGER, Tânia Regina. A contrarreforma do Sistema Único de Saúde, a Residência Multiprofissional m Saúde e a participação do Serviço Social. SILVA, Alessandra Ximenes, NÓBREGA, Mônica Barros da; MATIA, Thaísa Simplício Carneiro (Orgs.) **Contrarreforma, intelectuais e Serviço Social**: As inflexões na Política de Saúde. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

OLIVEIRA, Beatriz Muccini Costa; KUBIAK, Fabiana. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, Jul-Set, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/>. Acesso em: 11 de nov. 2024.

OLIVEIRA, Francisco de. **Os direitos do antivalor**: a economia política da hegemonia imperfeita. Petrópolis/RJ: Vozes, 1998.

OLIVEIRA, Francisco de. Os protagonistas do drama: Estado e sociedade no Brasil. LARANGEIRA, S. (Org.) **Classes e movimentos sociais na América Latina**. São Paulo: Hucitec, 1990.

OLIVEIRA, Jaime A.; TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury (**Im**)**previdência social**: 60 anos de história da previdência no Brasil, 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

OLIVEIRA, Maria Helena B. de; VASCONCELLOS, Luiz Carlos F. de. Política de Saúde do Trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, abr/jun, 1992. Disponível em: <https://www.scielo.br/>. Acesso em 20 nov. 2019.

OLIVEIRA, Paulo Antônio Barros *et al.* A implantação de Políticas Públicas de Ergonomia na Saúde do Trabalhador: a experiência participativa do Ministério do Trabalho e Emprego. MINAYO GOMEZ, Carlos; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane Lopes (Orgs.). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

OLIVEIRA, Roberto Vêras de. Sindicalismo e terceirização no Brasil: pontos para a reflexão. **Caderno CRH**. Salvador, v. 28, n. 75, p. 545-567, set./dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a>. Acesso em: 10 mar. 2024.

OLIVEIRA; Simone Santos; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; CORADIN, Cristiane. **Vigilância popular em saúde**: conceitos, experiências e desafios no contexto brasileiro. Interface (Botucatu) 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a>. Acesso em: 04 ago. 2025.

PAS/OMS. **Coronavírus**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/coronavirus>. Acesso em 20 nov. 2023.

OPAS/OMS. **CID-10**. Classificação Internacional de Doenças. 10 ed. Rev. São Paulo: Ed Universidade de São Paulo, 2007.

OIT. **Saúde e segurança no trabalho**. Disponível em: <https://www.ilo.org/brasilia/noticias/>. Acesso em: 17 jun. 2023.

PAIM, Jairnilson S. **A Reforma Sanitária e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

PAIM, Jairnilson S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, Jairnilson S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIVA, Maria Julia de; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Modelo Operário Italiano: o surgimento do campo da saúde do trabalhador. VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de (Orgs.) **Saúde, trabalho e direito**: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educand, 2011.

PAOLETTI, Victoria. **Relação de emprego em plataformas digitais**: Reflexões a partir da Audiência Pública no STF (11/12/2024). Disponível em: <https://abet-trabalho.org.br/relacao-de-emprego-em-plataformas-digitais/>. Acesso em: 19 dez. 2024.

PARAÍBA/SES/CEREST Estadual. **Boletim epidemiológico de transtornos mentais relacionados ao trabalho na paraíba, 2017-2023**. João Pessoa: Secretaria de Estado da Saúde, 2024.

PARAÍBA/SES. **Plano Estadual de Saúde**. Paraíba 2020-2023. João Pessoa: Secretaria de Estado da Saúde, 2020.

PASTORINI, Alejandra. **A categoria “questão social” em debate**. 3ed. São Paulo: Cortez, 2010. (Coleção questões da nossa época, v.17)

PAULA, Luciana Gonçalves Pereira de. A dimensão investigativa do assistente social na saúde. SILVA, Leticia Batista; Ramos, Adriana. **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas/SP: Papel Social, 2013.

PELAEZ, Elaine Junger. Política de Saúde e Serviço Social: trabalho e lutas da pandemia de Covid-19 ao novo governo Lula. SILVA, Alessandra Ximenes da. *et al* (Orgs.) **Educação permanente para assistentes sociais atuantes na área da saúde na Paraíba**. Campina Grande/PB: EDUEPB, 2023.

PEREZ, Ana Cláudia. **Revista Radis**. Elas trabalhadoras domésticas. n.255. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023.

PEREIRA, Luís. Carlos B. A Reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismo de controle. **Cadernos MARE da Reforma do Estado**, v. 1. Brasília, 1997.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. Utopias desenvolvimentistas e política social no Brasil. **Revista Serviço Social & Sociedade**. n.112. São Paulo: Cortez, out/dez. 2012.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. A metamorfose da questão social e a reestruturação das políticas sociais. Crise contemporânea, Questão Social e Serviço Social. **Capacitação em Serviço Social e Política Social** (Módulo 01). Brasília: CEAD, 1999.

PINHEIRO, Luana *et al.* **Gênero é o que importa**: determinantes do trabalho doméstico não remunerado no Brasil. Brasília/DF: IPEA, 2023.

PINHO, Paloma de Sousa; ARAÚJO, Tânia Maria de. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. **Revista Brasileira Epidemiologia**. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/>. Acesso em: 30 out. 2024.

PMJP. **Filipeia**. Atlas municipal da cidade de João Pessoa. Disponível em: <https://www.joaopessoa.pb.gov.br/projeto/>. Acesso em: 08 nov. 2024.

POCHMANN, Marcio *et al* (Org.) **Brasil: incertezas e submissão?** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2019.

POLANYI, Karl. **A Grande transformação**: as origens da nossa época. Tradução: Fanny Wrobel. 4.ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

PORTAL G1. **Justiça aceita pedido de recuperação judicial da Coteminas**. (08/05/2024). Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia>. Acesso em: 08 nov. 2024.

PORTAL G1 PB. **João Pessoa é a capital com maior desigualdade de renda do país, aponta IBGE**. (05/12/2024). Disponível em: <https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia>. Acesso em: 08 nov. 2024.

PORTAL G1 PB. **Quase 10 mil vítimas de acidentes de moto foram atendidas no Hospital de Trauma de João Pessoa em 2024**. (08/02/2025). Disponível em: <https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia>. Acesso em: 15 fev. 2025.

PRAUN, Luci. Sujeitos ao acaso: trabalho flexível e vida fortuita sob o capitalismo contemporâneo. ANTUNES, Ricardo. (Org.) **Icebergs à deriva**. O trabalho nas plataformas digitais. São Paulo: Boitempo, 2023.

PRESTES, Felipe. Reforma trabalhista não tem qualquer influência na geração de empregos, afirmam economistas (09/10/2024). **DMT em Debate**. Disponível em: <https://www.dmtemdebate.com.br/reforma/>. Acesso em: 08 fev. 2025.

RAICHELIS, Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serviço Social & Sociedade**. n.107. São Paulo: Cortez, jul/set. 2011.

REDE DE OBSERVATÓRIOS DA SEGURANÇA. **Pele alva**: a cada 24 horas, sete pessoas foram mortas. (07/11/2024). Disponível em: <https://observatorioseguranca.com.br/>. Acesso em: 11 nov. 2024.



RIZZINI, Irma. Pequenos Trabalhadores do Brasil. DEL PRIORE, Mary (org.). **História das crianças no Brasil**. São Paulo: Editora Contexto, 1999.

ROSA, Eugênio. **Uma nova política econômica**: ao serviço das pessoas e de Portugal. Lisboa: Caminho Nosso Mundo, 2006.

SAFFIOTI, Heleieth. Rearticulando gênero e classe social. COSTA, Albertina de Oliveira; BRUSCHINI, Cristina. **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992.

SALDANHA, Jorge Henrique Santos; PEREIRA, Ana Paula Medeiros; NEVES, Robson da Fonseca. Módulo Teórico 1: Fundamentos da Vigilância em Saúde do Trabalhador. Brasil/MS. **Curso de atualização para Análise de Situação de Saúde do Trabalhador (ASST) aplicada aos serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; Universidade Federal da Bahia, 2021.

SALVADOR, Evilasio da Silva. Disputa do fundo público em tempos de pandemia no Brasil. **Revista Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 1-15, jul/dez. 2020. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/>. Acesso em: 26 set. 2023.

SALVADOR, Evilasio da Silva. O desmonte do financiamento da Seguridade Social em contexto de ajuste fiscal. **Serviço Social & Sociedade**. n.130. São Paulo: Cortez, set/dez. 2017.

SANTOS, Anselmo Luis dos; GIMENEZ, Denis Maracci. Desenvolvimento, competitividade e a reforma trabalhista. KREIN, José Dari; GIMENEZ, Denis Maracci; SANTOS, Anselmo Luis dos. (Orgs.) **Dimensões críticas da Reforma Trabalhista no Brasil**. Campinas, SP: Curt Nimuendajú, 2018.

SANTOS, Girlan Guedes dos; CORREIA, Jaidete de Oliveira; MELO Márcia Lima. As Influências do Banco Mundial no processo e contrarreforma na Política de Saúde Brasileira e as formas de resistência do Serviço Social. SILVA, Alessandra Ximenes, NÓBREGA, Mônica Barros da; MATIA, Thaísa Simplício Carneiro (Orgs.) **Contrarreforma, intelectuais e Serviço Social**: As inflexões na Política de Saúde. Campina Grande: EDUEPB, 2017. SANTOS, Josiane Soares. **“Questão social”**: particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012. (Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 6).

SANTOS, Wanderley G. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SATO, Leny; COUTINHO; Maria Chalfin; BERNARDO, Marcia Hespanhol. A perspectiva da psicologia social do trabalho. \_\_\_\_\_. (Orgs.) **Psicologia social do trabalho**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2018. (Coleção Psicologia Social)

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/>. Acesso em: 06 mai. 2015.

SELIGMANN-SILVA, Edith. A Precarização contemporânea: a saúde mental no trabalho precarizado. ALVES Giovani; VIZZACCARO-AMARAL, André Luis; MOTA, Daniel

Pestana (Org). **Trabalho e estranhamento: Saúde e Precarização do Homem-que-trabalha**. São Paulo: LTR, 2013.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo, Cortez, 2011.

SELIGMANN-SILVA, E. *et al.* O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Bras. Saúde Ocup.** São Paulo, v. 35 n.122, 2010.

SMARTLAB. **Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho**. Disponível em: <https://smartlabbr.org/sst>. Acesso em: 26 jan. 2025.

SMS/CEREST Regional João Pessoa. **Dados relacionados ao atendimento dos usuários do CEREST**. João Pessoa: CEREST, 2023.

SINAN NET PARAÍBA. **Investigação de acidente de trabalho**. Notificações registradas no Sinan Net. (dez. 2024). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/>. Acesso em: 06 jan. 2025.

SILVA, Ana Paula Procópio da. Atenção à saúde da população negra. MATOS, Maurílio Castro de *et al* (Orgs.) **Dicionário crítico do Serviço Social na Saúde**. 1 ed. Eletrônica. Uberlândia/MG: Navegando Publicações, 2024.

SILVA, Rosane. Desigualdade de gênero no mercado de trabalho: obstáculos e alternativas para a equidade no Brasil. **Revista Ciências do Trabalho**. Dossiê Mulher e Trabalho - Parte II. n. 26 (2024). Disponível em: <https://rct.dieese.org.br/index.php/rct/article/view/448/356>. Acesso em: 08 nov. 2024.

SILVA, Alessandra Ximenes da. A contrarreforma na Política de Saúde e a função dos intelectuais coletivos. SILVA, Alessandra Ximenes, NÓBREGA, Mônica Barros da; MATIA, Thaísa Simplício Carneiro (Orgs.) **Contrarreforma, intelectuais e Serviço Social: As inflexões na Política de Saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

SILVA, Alessandra Ximenes da. A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade: resistência ou consenso. **Katalysis**. Florianópolis: UFSC, 2007. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis>. Acesso em: 10 jul. 2015.

SILVA, Alessandra Ximenes da. **Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no processo da Reforma Sanitária Brasileira**. Recife: UFPE/PPGSS, 2013. (Tese de Doutorado em Serviço Social).

SILVA, Isabel Gonçalves da. Acesso à Saúde. MATOS, Maurílio Castro de. *et al* (Orgs.) **Dicionário crítico do Serviço Social na saúde**. Uberlândia/MG: Navegando Publicações, 2024.

SILVA, Mauri Antônio da. Análise crítica da proposta de reforma da previdência social no Brasil entre os anos 2016 e 2018. **Serviço Social & Sociedade**. n.135. São Paulo: Cortez, 135, maio/ago. 2019.

SILVA, Sheyla Suely de Souza; ALMEIDA, Larissa Martins de, ANDRADE, Sayonara Santos. Neoliberalismos e contrarreformas das Políticas Sociais. SILVA, Alessandra

Ximenes, NÓBREGA, Mônica Barros da; MATIA, Thaísa Simplício Carneiro (Orgs.) **Contrarreforma, intelectuais e Serviço Social: As inflexões na Política de Saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

SILVA, Ademir Alves da. As relações Estado-sociedade e as formas de regulação social. Crise contemporânea, Questão Social e Serviço Social. **Capacitação em Serviço Social e Política Social** (Módulo 01). Brasília: CEAD, 1999.

SILVA E SILVA, Maria Ozanira da; LIMA, Valéria Ferreira Santos de. **Avaliando o Bolsa Família: unificação, focalização e impactos**. São Paulo: Cortez 2010.

SOARES, Jose de Lima. Precarização e flexibilização do trabalho no contexto da reestruturação e descentralização produtiva na indústria de Catalão (GO). ANTUNES, Ricardo (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil IV**. Trabalho digital, autogestão e expropriação da vida. São Paulo: Boitempo, 2019.

SOARES, Laura T. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SOARES, Marcela. Contrarreforma trabalhista e as implicações para as classes trabalhadoras brasileiras. BOSCHETTI, Ivanete; Graemamm, Sara; KILDUFF, Fernanda; SILVA, Mossicleia Mendes da. (Orgs.) **Os direitos não cabem no Estado**. Trabalho e política social no capitalismo. Rio de Janeiro: Usina Editorial, 2023.

SOARES, Raquel Cavalcante. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. **Argumentum debate**. Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan/abr 2018. Disponível em: <http://periodicos.Ufes.Br/argumentum/>. Acesso em: 15 mar. 2025.

SOARES, Raquel Cavalcante; CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da Covid-19. **Serviço Social & Sociedade**. n.140. São Paulo: Cortez, jan/abr. 2021.

SOUSA, Aione Maria da Costa. Reconfigurações do público e do privado na saúde. SILVA, Alessandra Ximenes, NÓBREGA, Mônica Barros da; MATIA, Thaísa Simplício Carneiro (Orgs.) **Contrarreforma, intelectuais e Serviço Social: As inflexões na Política de Saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

SOUZA, Diego de Oliveira. Dez pontos para reforçar a saúde do trabalhador. **Outra Saúde**. (12/12/2023). Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/>. Acesso em: 26 jan. 2025.

SOUZA, Diego de Oliveira. **Saúde do(s) trabalhador(es)**. Análise ontológica da “questão do campo”. Maceió: Edufal, 2019.

SOUZA, Diego de Oliveira; RODRIGUES, Warlla Ticyanne Barros; SANTOS, Emanuelle Pereira de Araújo Santos. Trabalho e saúde de entregadores de aplicativo em uma cidade do Nordeste brasileiro. **Physis**. Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 34. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis>. Acesso em: 26 jan. 2025.

SOUZA, Diego de Oliveira; SILVA, Sóstenes Ericson Vicente da; SILVA, Neuizianne de Oliveira. Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”.

**Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1. São Paulo, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a>. Acesso em: 20 set. 2020.

SOUZA, Diego de Oliveira; MELO, Ana Inês Simões Cardoso de; Vasconcellos; Luiz Carlos Fadel de. Saúde do(s) trabalhador(es): do ‘campo’ à ‘questão’ ou do sujeito sanitário ao sujeito revolucionário. **Saúde e Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 591-604, abr/jun, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb>. Acesso em: 03 jun. 2019.

SOUZA, Denise Coelho de; MACÊDO, Eline Mara Tavares; BATISTA, Maxmiria Holanda Batista. (Orgs.). **Linha de cuidado para a atenção integral ao(à) trabalhador(a) com transtorno mental relacionado ao trabalho**. Fortaleza: Governo do Estado do Ceará/Secretaria da Saúde, 2023.

SOUZA, Giselle. Ajuste fiscal e desfinanciamento das políticas de Seguridade Social. BOSCHETTI, Ivanete; GRAEMAMM, Sara; KILDUFF, Fernanda; SILVA, Mossicleia Mendes da. (Orgs.) **Os direitos não cabem no Estado**. Trabalho e política social no capitalismo. Rio de Janeiro: Usina Editorial, 2023.

SOUZA FILHO, Rodrigo de.; GURGEL, Claudio. **Gestão democrática e Serviço Social: princípios e propostas para a intervenção crítica**. São Paulo: Cortez, 2016. (Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 7).

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. *et al.* Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(8):2783-2792, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/>. Acesso em: 06 set. 2021.

SOUZA, Edvânia Ângela de.; CELIS, Ariana; INÁCIO, José Reginaldo (Org.). Apresentação. **Vidas ameaçadas: diálogos sobre trabalho pandemia de covid-19, Serviço Social e saúde do trabalhador e da trabalhadora**. Campinas/SP: Papel Social, 2021.

SOUZA, Edvânia Ângela de *et al* Condições de trabalho de assistentes sociais da área da saúde e repercussões psicossociais. **Saúde Soc.**, v.28, n.1, p.154-168. São Paulo: 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc>. Acesso em: 12 set. 2022.

STOPA, Roberta. O direito constitucional ao Benefício de Prestação Continuada (BPC): o penoso caminho para o acesso. **Serviço Social & Sociedade**, n. 135. São Paulo: Cortez, mai/ago. 2019.

TAMBELLINI, Anamaria Testa *et al.* Registrando a história da Saúde do Trabalhador no Brasil: notas sobre sua emergência e constituição. **Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, n. 32, v.11. Rio de Janeiro: Uerj, 2013.

TANNÚS, Sérgio Ferreira *et al.* A saúde mental dos trabalhadores da saúde pós pandemia da COVID-19: análise epidemiológica e conceitual. **Sustinere**, v. 12, n. sem número. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/sustinere/article/>. Acesso em: 28 jan. 2025.

TAVARES, Maria Augusta. **Informalidade e precarização do trabalho: a nova trama da produção capitalista**. São Paulo: Cortez, 2021.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. (Org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

TIBURTINO, Lidiane Cavalcante; SILVA, Jaciara dos Santos Silva. Gênero e trabalho: algumas aproximações para compreensão dos adoecimentos decorrentes do trabalho. **XVII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**: Crise do capital e exploração do trabalho em momentos pandêmicos: Repercussão no Serviço Social, no Brasil e na América Latina”. Brasília: CFESS, 2022. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022>. Acesso em: 02 mar. 2023.

TORRES, Michelangelo Marques. Estratégia do capital e intervenção social das corporações empresariais no Brasil: a responsabilidade social das empresas. ANTUNES, Ricardo (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil IV**. Trabalho digital, autogestão e expropriação da vida. São Paulo: Boitempo, 2019.

TRINDADE, José Raimundo. Superexploração do trabalho: as condições de trabalho e a incerteza da informalidade no Brasil. (Opinião). **DMT em Debate**. (26/05/2020). Disponível em: <https://www.dmtemdebate.com.br/>. Acesso em: 18 dez. 2023.

TRIVELATO, Gilmar da Cunha. **Critérios e procedimentos para identificar de perigos e avaliação de riscos**. Disponível em: <https://www.gov.br/fundacentro/pt-br/comunicacao/noticias/noticias/2020/8/fundacentro>. Acesso em: 02 dez. 2024.

VAHDAT, Vahid. S. *et al.* **Retrato do trabalho informal no Brasil**: desafios e caminhos de solução. São Paulo: Fundação Arymax, B3 Social, Instituto Veredas. 2022.

VALENTIM, Meiryellem Pereira. **Trabalho em vertigem**: Ação sindical e saúde do trabalhador em uma universidade pública federal em tempos de contrarreformas e de pandemia de covid-19. São Paulo: PPGSS/DSS/PUC-Rio, 2022. (Tese de doutorado).

VARELA, Raquel; PEREIRA, Luísa Barbosa. Segurança social, trabalho e Estado em Portugal. ANTUNES, Ricardo (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil IV**. Trabalho digital, autogestão e expropriação da vida. São Paulo: Boitempo, 2019.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Duas políticas, duas vigilâncias, duas caras. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. v.32, n.11. São Paulo, 2013.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável**: apontamentos para uma Política de Estado. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP, 2007. (Tese de Doutorado).

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Entre a saúde ocupacional e a saúde do trabalhador: as coisas nos seus lugares. VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de (Orgs.) **Saúde, trabalho e direito**: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educand, 2011.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel; RIBEIRO, F. S. N. A construção e a institucionalização da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. VASCONCELLOS,

Luiz Carlos Fadel de; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de (Orgs.) **Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória**. Rio de Janeiro: Educn, 2011.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma política de Estado. MINAYO GOMEZ, Carlos; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane Lopes (Orgs.). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; GAZE, Rosangela. Saúde, trabalho e ambiente na perspectiva da integralidade: o método de Bernardino Ramazzini. **Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, n.32, v.11. Rio de Janeiro: Uerj, 2013.

VIANNA, Maria Lúcia W. O silencioso desmonte da Seguridade Social no Brasil. BRAVO, Maria I.; PEREIRA, Potyara A. Pereira (Orgs.) **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Uerj, 2001.

VIEIRA, Andressa Brito. Desistiremos de revogar as contrarreformas? (21/12/2024). **DMT em Debate**. Disponível em: <https://www.dmtemdebate.com.br/>. Acesso em: 08 fev. 2024.

VIEIRA, Carlos Eduardo Carrusca, SANTOS, Fatores de risco psicossociais relacionados ao trabalho: uma análise contemporânea. Ensaio – Dossiê Saúde Mental e Subjetividade. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso>. Acesso em: 20 jan. 2025

VIEIRA, Fabiola Sulpino *et al.* **Políticas sociais e austeridade fiscal: como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo**. Rio de Janeiro, CEBES, 2018.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Ipea, 2016.

VIEIRA, Rafael Barros. A ofensiva do capital contra o trabalho no Brasil recente (2008-2022). BOSCHETTI, Ivanete; Graemamm, Sara; KILDUFF, Fernanda; SILVA, Mossicleia Mendes da. (Orgs.) **Os direitos não cabem no Estado**. Trabalho e política social no capitalismo. Rio de Janeiro: Usina Editorial, 2023.

XAVIER, Jesuan. Meia década sem justiça e reparação. **Radis**. 5 anos de Covid, n. 270. Rio de Janeiro: Fiocruz, mar. 2025.

WANDERLEY; Mariangela Belfiore; SANT'ANA, Raquel Santos; MARTINELLI, Maria Lúcia. Os desafios do atual contexto: um diálogo a partir da seguridade. Editorial. **Serviço Social & Sociedade**. n.135. São Paulo: Cortez, mai/ago. 2019.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista com os Diretores dos CEREST estadual e regionais da Paraíba



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

**ROTEIRO DE ENTREVISTA** – Diretores dos CEREST estadual e regionais da Paraíba

**TÍTULO DO PROJETO:** Trabalho e adoecimento: a invisibilidade social de trabalhadores e trabalhadoras informais nas Políticas Públicas de Saúde.

**PESQUISADORA/DOCTORANDA:** Jaciara dos Santos Silva - Matrícula: 20201002114

**ORIENTADOR:** Prof. Dr. Maurício Rombaldi - Matrícula: 2276902

**LOCAL DA COLETA DE DADOS:** CEREST

**EIXO I – RENASTT/PNSTT/CEREST**

1. Como vê a RENASTT e a PNSTT no SUS após uma década da sua formulação?
2. A PNSTT sofre impactos pelas mudanças que vem ocorrendo atualmente no mundo do trabalho? Justifique.
3. Quais estratégias o CEREST vem adotando frente o aumento da informalidade?
4. O campo da saúde do trabalhador sofre os impactos das contrarreformas atuais do Estado brasileiro? Justifique.
5. Por que a subnotificação de doenças e agravos em ST na Paraíba é elevado? Quais estratégias utilizadas para reduzir essa realidade?
6. Como analisa o controle social e o papel das CISTT na atualidade?

**EIXO II – VISAT**

1. Quais os desafios da VISAT frente as mudanças que vem ocorrendo atualmente no mundo do trabalho?
2. Quais estratégias devam ser construídas para realização da VISAT frente o aumento da informalidade?

**EIXO III – PANDEMIA DE COVID-19**

1. Como analisa o reconhecimento de Covid-19 como uma doença relacionada ao trabalho?
3. Quais ações foram desenvolvidas pelo CEREST diante dos efeitos da pandemia de Covid-19?

## APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista com os Trabalhadores Informais



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

### ROTEIRO DE ENTREVISTA – Trabalhadores Informais

**TÍTULO DO PROJETO:** Trabalho e adoecimento: a invisibilidade social de trabalhadores e trabalhadoras informais nas Políticas Públicas de Saúde.

**PESQUISADORA/DOCTORANDA:** Jaciara dos Santos Silva - Matrícula: 20201002114

**ORIENTADOR:** Prof. Dr. Maurício Rombaldi - Matrícula: 2276902

**LOCAIS DA COLETA DE DADOS:** CEREST regional João Pessoa e no ambiente de trabalho

### EIXO I – IDENTIFICAÇÃO DOS TRABALHADORES INFORMAIS

1. Identidade de gênero: ( ) Feminino ( ) Masculino
2. Pertença étnico-racial: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Negra ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Amarela ( ) Outra
3. Idade. \_\_\_\_\_
4. Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Separado ( ) Divorciado ( ) Viúvo.
5. Nível de instrução: ( ) Sem Instrução ( ) Ensino Fundamental incompleto ( ) Ensino Fundamental completo ( ) Ensino Médio incompleto ( ) Ensino Médio completo ( ) Ensino Superior Completo ( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Pós-graduação.
6. Naturalidade.
7. Local de moradia.

### BLOCO II – TRABALHO/RENDIMENTO

1. Com qual idade você começou a trabalhar? Em qual atividade?
2. Qual a sua ocupação atual?
3. Quantidades de horas trabalhadas por dia?
4. Descreva o seu processo de trabalho.
5. Há quanto tempo está na ocupação atual?
6. Já possuiu Carteira de Trabalho assinada? ( ) Sim Não ( ) Em caso afirmativo, trabalhou quantos anos com carteira assinada?
7. Rendimento mensal e familiar. O seu rendimento consegue atender as necessidades familiares? ( ) Sim Não ( ) Em caso negativo, recorre a qual estratégia de sobrevivência? ( ) Estado ( ) Família ( ) Igreja ( ) ONG ( ) Outro
8. Com relação as suas condições de trabalho nos últimos 05 anos: ( ) melhoraram ( ) pioraram. Justifique.



**EIXO III – TRABALHO/SAÚDE**

1. Já sofreu acidente de trabalho ou adoeceu em razão do trabalho? ( ) Sim Não ( ). Em caso afirmativo, como ocorreu?
2. Procurou assistência à saúde? ( ) Sim Não ( ). Em caso negativo, por que não procurou? Em caso afirmativo, de qual natureza? ( ) SUS ( ) Particular
3. O seu adoecimento/acidente foi considerado relacionado ao trabalho pela equipe que lhe atendeu? ( ) Sim ( ) Não. Justifique.
- 3.1 Ficou afastado do trabalho em virtude de adoecimento e/ou acidente de trabalho? ( ) Sim Não ( ). Em caso afirmativo ficou quanto tempo afastado? Como se “manteve financeiramente” no período que ficou afastado?
4. Já ouviu falar do CEREST? ( ) Sim Não ( ). Em caso afirmativo, como conheceu o Centro?
5. Quando adoeceu/acidentou o/a profissional de saúde que lhe atendeu orientou a procurar o CEREST? ( ) Sim Não ( ). Em caso afirmativo, de que forma?
6. Teve Covid-19? ( ) Sim Não ( ). Em caso afirmativo, foi adquirido no ambiente de trabalho? ( ) Sim Não ( ).
- 6.1 Ficou quanto tempo afastado do trabalho? Ficou hospitalizado em razão de Covid-19? ( ) Sim Não ( ). Em caso afirmativo quanto tempo?

**EIXO IV – PROTEÇÃO SOCIAL/ORGANIZAÇÃO SOCIAL**

1. Contribui atualmente a Previdência Social? ( ) Sim ( ) Não. Caso já tenham contribuído qual o motivo para a não contribuição atual?
2. Participa de algum sindicato/organização/coletivo/associação política? ( ) Sim Não ( ). Em caso afirmativo qual e como se deu essa participação?

## APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista com a Direção Sindical



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA – Direção Sindical**

**TÍTULO DO PROJETO:** Trabalho e adoecimento: a invisibilidade social de trabalhadores e trabalhadoras informais nas Políticas Públicas de Saúde.

**PESQUISADORA/DOCTORANDA:** Jaciara dos Santos Silva - Matrícula: 20201002114

**ORIENTADOR:** Prof. Dr. Maurício Rombaldi - Matrícula: 2276902

**LOCAL DA COLETA DE DADOS:** Sindicato

### **EIXO I – IDENTIFICAÇÃO DO DIRIGENTE SINDICAL**

1. Cargo que exerce no Sindicato

### **EIXO II – TRABALHO/SAÚDE/ORGANIZAÇÃO SOCIAL**

1. Como observa os impactos da contrarreforma trabalhista nas condições de trabalho?
2. As mudanças pós reforma trabalhista vem oferecendo algum risco a ST? Justifique.
3. Qual a percepção acerca do aumento do trabalho informal, em particular na Paraíba? Como o sindicato atua na informalidade?
4. De que forma o sindicato vem atuando junto ST? E do trabalhador informal?
5. Como observa a atuação do CEREST estadual e regional de João Pessoa? Existem ações do Sindicato em parceria com os CEREST? Justifique.
6. Quais as dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores apresentadas ao sindicato durante a pandemia de Covid-19? E o informal?
7. Quais os desafios atuais do movimento sindical na luta pela saúde do trabalhador?

## APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

PREZADO (A) PARTICIPANTE DE PESQUISA,

A pesquisadora Jaciara dos Santos Silva (doutoranda - Matrícula: 20201002114), sob orientação do professor Mauricio Rombaldi (Matrícula: 2276902) convida você a participar da pesquisa intitulada **“Trabalho e Adoecimento: a invisibilidade social de trabalhadores e trabalhadoras informais nas Políticas Públicas de Saúde”**. Para tanto você precisará assinar o TCLE que visa assegurar a proteção, a autonomia e o respeito aos participantes de pesquisa em todas as suas dimensões: física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e/ou espiritual – e que a estruturação, o conteúdo e forma de obtenção dele observam as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos preconizadas pela Resolução 466/2012 e/ou Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde. Sua decisão de participar neste estudo deve ser voluntária e que ela não resultará em nenhum custo ou ônus financeiro para você (ou para o seu empregador, quando for este o caso) e que você não sofrerá nenhum tipo de prejuízo ou punição caso decida não participar desta pesquisa. Todos os dados e informações fornecidos por você serão tratados de forma anônima/sigilosa, não permitindo a sua identificação. Esta pesquisa tem por objetivo analisar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e sua interface com a informalidade do trabalho no estado da Paraíba, buscando compreender em que medida esta política é impactada pela crise do Estado e a emergência de um novo padrão de regulação do trabalho. A pesquisa, de caráter qualitativo, tem como estratégia metodológica a pesquisa bibliográfica orientada nos marcos da tradição marxista, análise documental e a realização de entrevistas semiestruturadas. Para a interpretação dos resultados utilizaremos a técnica de análise de conteúdo. É importante destacar que esta pesquisa, como toda pesquisa com seres humanos, envolve riscos aos seus participantes. Portanto, os riscos previsíveis para essa pesquisa consideram a presença de alguma questão que gere constrangimento e/ou desconforto para responder e as dúvidas que podem surgir durante a sua participação. Neste caso você pode deixar registrado na própria pergunta ou no final da entrevista as suas impressões sobre esse instrumental. É importante deixar evidente que o fato de não responder a qualquer questão não trará nenhum prejuízo a você e nem invalidará a sua participação na pesquisa. Em caso de dúvidas antes, durante ou após a realização da entrevista, solicitamos que entre em contato com a pesquisadora. Esta pesquisa não traz nenhum benefício imediato para você, mas, ao participar deste estudo, você contribui para o conhecimento acadêmico-científico na área de Saúde do Trabalhador. Com seus relatos, colabora para um maior conhecimento e reflexões sobre as novas formas de trabalho coerentes com o processo de acumulação flexível do capital cujo novo padrão de mundialização, ou mesmo como produção destrutiva vem afetando e provocando mudanças expressivas no mundo do trabalho, potencializando novas formas de acidentes e adoecimentos com nexos laborais no cotidiano do trabalho.

Você não terá nenhum custo, como também não terá quaisquer compensações financeiras com sua participação nesta pesquisa. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em um banco de dados de pesquisa (*Google Drive* e um HD externo da pesquisadora), com acesso restrito, sob a responsabilidade da pesquisadora, por pelo menos 04 anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, com o fim deste prazo, será descartado. Você receberá uma cópia deste termo já assinado pela pesquisadora

e seu orientador, no qual constam seus telefones, e-mails e endereço institucional disponibilizados para tirar as suas dúvidas sobre o Projeto de Pesquisa e sua participação, agora ou em qualquer momento.

Desde já agradecemos!

Informação de Contato da Responsável Principal, do Orientador e do Comitê de Ética em Pesquisa/CCS/UFPB.



**Jaciara dos Santos Silva**  
Doutoranda do PPGS/UFPB  
Telefone: (83) 98777-0051  
E-mail: [ssjaciara@hotmail.com](mailto:ssjaciara@hotmail.com)  
Endereço institucional: Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes - CCHLA  
Programa de Pós-Graduação em Sociologia Campus I - Bloco 05  
CEP 58051-970, João Pessoa-PB. Fone/Fax: (83) 3216-7204



**Mauricio Rombaldi**  
PPGS/UFPB  
Telefone: (83) 99673-6827  
Endereço institucional: Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes - CCHLA  
Programa de Pós-Graduação em Sociologia Campus I - Bloco 05  
CEP 58051-970, João Pessoa-PB. Fone/Fax: (83) 3216-7204

**Comitê de Ética em Pesquisa**  
Centro de Ciências da Saúde - 1º andar / Campus I / Cidade Universitária CEP: 58.051-900 - João Pessoa-PB Tel. (83) 3216 7791 E-mail: [comitedeetica@ccs.ufpb.br](mailto:comitedeetica@ccs.ufpb.br)  
Horário de Funcionamento: 07h00 às 12h00 e das 13h00 às 16h00

### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

☐ Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer constrangimento ou prejuízo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

## ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"><div style="text-align: center;"><b>CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - CCS/UFPB</b></div><div style="text-align: right;"></div></div>												
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>												
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>												
<b>Título da Pesquisa:</b> Trabalho e adoecimento: a invisibilidade social de trabalhadores e trabalhadoras informais nas Políticas Públicas de Saúde												
<b>Pesquisador:</b> Jaclara dos Santos Silva												
<b>Área Temática:</b>												
<b>Versão:</b> 1												
<b>CAAE:</b> 57450722.0.0000.5188												
<b>Instituição Proponente:</b> Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes												
<b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio												
<b>DADOS DO PARECER</b>												
<b>Número do Parecer:</b> 5.457.745												
<b>Apresentação do Projeto:</b> <p>Este estudo tem como objetivo analisar em que medida a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) é impactada pela crise do Estado a partir da realidade do Estado da Paraíba. O atual cenário de reformas do Estado, pautado por fortes tensões e inflexões na Constituição Federal de 1988, num contexto em que estão ruindo as conquistas históricas da classe trabalhadora, em escala ampliada, a PNSTT passa a ser fortemente atingida frente a aceleração e intensificação da política neoliberal que potencializa o desmonte do sistema de proteção social, criando mecanismos para incidir diretamente contra os direitos dos trabalhadores(as). Essa realidade se agrava a partir da aprovação das reformas Trabalhista, Previdenciária, assim como da Emenda Constitucional nº 95/2016, que inviabiliza o SUS e o conjunto da Seguridade Social, para adequar e atender as orientações e requisições do capital financeiro internacional. Nesse espectro, o binômio trabalho/saúde ganha relevância em razão das atuais condições de trabalho precarizado, derivadas dos efeitos da crise do capitalismo, cujas consequências são determinantes para o processo de adoecimento dos(as) trabalhadores(as). No rastro do desmonte dos direitos sociais, situa-se a saúde do(a) trabalhador(a), que se constitui o verdadeiro tecido conjuntivo das relações sociais de trabalho que expõe a condição de exploração e as contradições reais existentes entre classes, tendo em vista que a saúde do(a) trabalhador(a) encontra-se em uma "zona de conflito" permeada pela contradição entre:</p>												
<table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="width: 33%;"><b>Endereço:</b> Prédio da Reitoria da UFPB - 1º Andar</td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td></tr><tr><td><b>Bairro:</b> Cidade Universitária</td><td><b>CEP:</b> 58.051-900</td><td></td></tr><tr><td><b>UF:</b> PB</td><td><b>Município:</b> JOÃO PESSOA</td><td></td></tr><tr><td><b>Telefone:</b> (83)3216-7791</td><td><b>Fax:</b> (83)3216-7791</td><td><b>E-mail:</b> comitedeetica@ccs.ufpb.br</td></tr></table>	<b>Endereço:</b> Prédio da Reitoria da UFPB - 1º Andar			<b>Bairro:</b> Cidade Universitária	<b>CEP:</b> 58.051-900		<b>UF:</b> PB	<b>Município:</b> JOÃO PESSOA		<b>Telefone:</b> (83)3216-7791	<b>Fax:</b> (83)3216-7791	<b>E-mail:</b> comitedeetica@ccs.ufpb.br
<b>Endereço:</b> Prédio da Reitoria da UFPB - 1º Andar												
<b>Bairro:</b> Cidade Universitária	<b>CEP:</b> 58.051-900											
<b>UF:</b> PB	<b>Município:</b> JOÃO PESSOA											
<b>Telefone:</b> (83)3216-7791	<b>Fax:</b> (83)3216-7791	<b>E-mail:</b> comitedeetica@ccs.ufpb.br										

capital/trabalho, gerando uma massa de trabalhadores(as) mutilados(as), adoecidos(as) física e mentalmente, além de incapacitados(as) de modo definitivo para o trabalho. Em termos metodológicos, a nossa pesquisa splica-se como um estudo analítico, de abordagem quali-quantitativa. Constituirão sujeitos da pesquisa o(a) coordenador(a) da Coordenação Geral da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CGSAT/MS), o(a) coordenador(a) do CEREST da Paraíba, os 03 (três) coordenadores(as) dos CEREST Regionais da Paraíba (João Pessoa, Campina Grande e Patos), 02 (dois) profissionais que realizam VISAT em cada CEREST, 10 (dez) trabalhadores(as) do setor formal e 10 (dez) que trabalham na informalidade. Com relação as técnicas de coleta de dados, utilizaremos a observação participante, a entrevista, e o formulário. Para análise dos dados colhidos a partir desses instrumentos faremos suas representações em gráficos e quadros, mediante a utilização da metodologia de análise de conteúdo, conforme orientação de Bardin (2008).

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### **Objetivo Primário:**

Analisar em que medida a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) é impactada pela crise do Sistema de Proteção Social e pelo novo padrão de regulação do trabalho no Brasil, a partir do caso do Estado da Paraíba.

##### **Objetivo Secundário:**

1. Identificar historicamente como se desenvolveu a PNSTT e a atuação dos CEREST em termos gerais, bem como as estratégias estabelecidas frente ao novo padrão de regulação do trabalho; 2. Compreender os limites e as possibilidades para que o CEREST atue na regulação do trabalho em um contexto de ampliação da informalidade tendo em vista que a sua institucionalidade é majoritariamente direcionada ao trabalho formal; 3. Analisar

o impacto do aumento da informalidade no perfil das ações desenvolvidas pelos CEREST da Paraíba; 4. Compreender como as reformas trabalhista e previdenciária incidem no acesso à proteção social dos(as) trabalhadores(as) face aos agravos e doenças relacionados ao trabalho; 5. Investigar as percepções dos(as) trabalhadores(as) formais e informais a respeito do papel de instituições estatais do ponto de vista da proteção social vinculada ao trabalho.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **Riscos:**

Durante o momento da entrevista, o(a) entrevistado(a) poderá sofrer algum desconforto psíquico. Nesse caso, ele pode desistir da entrevista ou solicitar a sua interrupção por um momento (com a

**Endereço:** Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900  
**UF:** PB **Município:** JOÃO PESSOA  
**Telefone:** (83)3215-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br



possibilidade de continuar em um outro momento). Ressaltamos também que em razão da Covid19 respeitaremos todos os protocolos de biossegurança em vigor.

**Benefícios:**

Esta pesquisa visa analisar em que medida a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) é impactada pela crise do Sistema de Proteção Social e pelo novo padrão de regulação do trabalho no Brasil, a partir do caso do Estado da Paraíba, tendo em vista que a PNSTT foi delineada em um quadro institucional híbrido, evidenciado pela fragmentação de suas ações, sobretudo no que diz respeito ao novo padrão de regulação do trabalho, mesmo o país apresentando ao longo dos anos um intenso e significativo processo de informalidade e precariedade das relações de trabalho. No âmbito acadêmico, em especial à área da Sociologia do Trabalho, a relevância consiste em promover esse olhar em torno do não observável, no sentido de decifrar o caráter enigmático das relações entre trabalho-saúde e doença.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O protocolo de pesquisa atende aos fundamentos éticos e científicos em conformidade com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos obrigatórios foram apresentados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não foram observados óbices éticos.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB - 1º Andar  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.051-900  
UF: PB Município: JOÃO PESSOA  
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA PARAÍBA -  
CCS/UFPB**



Contribuição do Parecer: 5.457.743

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	cronograma_.docx	08/06/2022 22:07:21	Danielle Viana Lugo Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_.docx	08/06/2022 21:59:50	Danielle Viana Lugo Pereira	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMACOES_BASICAS_DO_P ROJETO_1915911.pdf	01/04/2022 10:58:56		Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO_.PDF	01/04/2022 10:58:31	Jaciara dos Santos Silva	Aceito
Outros	DECLARACAOORIENTACAO_.pdf	28/03/2022 10:53:55	Jaciara dos Santos Silva	Aceito
Outros	INSTRUMENTALDEPESQUISA_.pdf	28/03/2022 10:53:15	Jaciara dos Santos Silva	Aceito
Outros	TERMOANUENCIA_.pdf	28/03/2022 10:52:42	Jaciara dos Santos Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_.pdf	28/03/2022 10:52:06	Jaciara dos Santos Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPESQUISAJACIARA_.pdf	28/03/2022 10:51:19	Jaciara dos Santos Silva	Aceito
Orçamento	CRONOGRAMADEORCAMENTO_.pdf	28/03/2022 10:50:04	Jaciara dos Santos Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODECOMPROMISSO_.pdf	28/03/2022 10:49:47	Jaciara dos Santos Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAOINSTITUCIONAL_.pdf	28/03/2022 10:49:25	Jaciara dos Santos Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMADEPESQUISA_.pdf	28/03/2022 10:49:07	Jaciara dos Santos Silva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB - 1º Andar  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.051-900  
UF: PB Município: JOAO PESSOA  
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedetica@cca.ufpb.br



ANEXO B – Termo de Anuência para Pesquisa emitido pela Gerência de Educação na Saúde (GES) da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa/PB



**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde**  
**Gerência de Educação na Saúde – GES**

João Pessoa, 21 de março de 2022

Processo Nº: 22.495/2022

**TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA**

A Gerência de Educação na Saúde (GES) está de acordo com a execução do projeto de pesquisa **"TRABALHO E ADOECIMENTO: A INVISIBILIDADE SOCIAL DE TRABALHADORES E TRABALHADORAS INFORMAIS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE"**, a ser desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) **JACIARA DOS SANTOS SILVA**, sob orientação de **MAURICIO ROMBALDI**, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada no(a) **CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CEREST)**, em João Pessoa-PB.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução 466/2012** do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços de Saúde do município, fica condicionada a apresentação nesta Gerência da **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Jeovana Stropp  
Gerência da Educação na Saúde

ANEXO C – Prontuário de Atendimento do CEREST regional João Pessoa



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
CENTRO REGIONAL DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO  
TRABALHADOR PROFA. VERA LÚCIA DO AMARAL E SILVA  
RUA ALBERTO DE BRITO.SN - JAGUARIBE  
CEP:58.015.320 - JOÃO PESSOA – PB  
TELEFONE/FAX: (83) 3213-7638  
E-mail: cerestmacrojp@gmail.com



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

DADOS CADASTRAIS DO/A TRABALHADOR/A

1 - N° Cartão SUS: | | | | | | | | | | | | | | | |

2 - DATA DO ATENDIMENTO: | | | - | | | - | | | | |

3 - Nome: \_\_\_\_\_

4. Identidade de Gênero: Pessoa cisgênera:

☐ feminino/mulher cisgênera ☐ masculino/homem cisgênero

4.1 Orientação sexual:

☐ Heterossexual ☐ Homossexual ☐ Bissexual ☐ Pansexual ☐ Assexual

5 - Data de Nascimento: | | | - | | | - | | | | | ; Idade: | | | ;

6 - CPF: | | | | | | | | | | | | - | | |

7 - RG: | | | | | | | | | I Data da Emissão: | | | - | | | - | | | | |

8 - CPTS: | | | | | | | | | I Série: | | | | | | | - \_\_\_\_\_

Data da Emissão: | | | - | | | - | | | | |

9 - PIS/PASEP: | | | | | | | | | | | | | | - | | |

10 - Escolaridade: ☐ Não sabe ler/escrever ☐ Alfabetizado/a ☐ Ensino Fundamental Incompleto  
☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Incompleto ☐ Ensino Médio  
Completo

☐ Superior Completo ☐ Superior Incompleto ☐ Especialização/Residência  
☐ Mestrado ☐ Doutorado

11 - Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

12 - Naturalidade: \_\_\_\_\_ U. F.: | | |

13 - Endereço de Referência: \_\_\_\_\_ N°: | | | |  
| |

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: | | | | | | | - | | |  
| |

Ponto de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

U. F.: | | |

Telefone: | | | - | | | | | | | - | | | | |

**Zona:** Rural ☐ Urbano ☐

**Dados da Empresa:**

14 - Empresa (Nome): \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Bairro ou Fazenda: \_\_\_\_\_ Mun./Estado: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Pessoa para contato: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Número de Empregados: \_\_\_\_\_  
 CNAE: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_  
 Admissão: \_\_\_\_\_ Último dia de trabalho: \_\_\_\_\_

**15 – Estado Civil:**  
☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Separado Judicialmente. ☐ Viúvo(a) ☐ União Estável

**16 – Raça/Etnia:**  
☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena

**DADOS SOCIO-OCUPACIONAIS**

---

**17 - ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO:**

<input type="checkbox"/> INSS	<input type="checkbox"/> SUS
<input type="checkbox"/> Serviço médico privado	Município: _____
<input type="checkbox"/> Sindicato	Unidade: _____
	<input type="checkbox"/> Empresa
	<input type="checkbox"/> Sem encaminhamento
	<input type="checkbox"/> Outro: _____

---

**18 - OCUPAÇÃO ATUAL:** \_\_\_\_\_

**19 - Tempo na Ocupação:** |\_\_|\_\_| anos, |\_\_|\_\_| meses, |\_\_|\_\_| dias.

**20 - CBO:** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

☐ Não se aplica ☐ Não sabe informar

---

**21 - RELAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO:**

<input type="checkbox"/> Empregado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outro: _____
<input type="checkbox"/> Empregador/a	Desempregado/a	Aposentado/a	
	<input type="checkbox"/> Contribuinte individual	<input type="checkbox"/> Informal	

---

**22 - SITUAÇÃO ATUAL DE TRABALHO:**

<input type="checkbox"/> Ativo na mesma ocupação	<input type="checkbox"/> Afastado há  __ __  anos,  __ __  meses,  __
<input type="checkbox"/> Ativo com desvio de ocupação	__  dias.
	<input type="checkbox"/> Não se aplica

---

**23 - CARTEIRA DE TRABALHO:**

<input type="checkbox"/> Assalariado/a com carteira assinada	<input type="checkbox"/> Assalariado/a com dispensa de assinatura da carteira pelo Regime Jurídico Único	<input type="checkbox"/> Não assalariado/a
<input type="checkbox"/> Assalariado/a sem carteira assinada		<input type="checkbox"/> Não se aplica

---

**24 - RENDA MENSAL DO/A TRABALHADOR/A:**

<input type="checkbox"/> Sem renda	<input type="checkbox"/> Renda não declarada	__ __  salários mínimos.
------------------------------------	--	--------------------------

<p><b>25 – EXISTE OUTRA FONTE DE RENDA NA FAMÍLIA:</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Bolsa -Família   <input type="checkbox"/> BPC   <input type="checkbox"/> Aposentadoria   <input type="checkbox"/> Pensão   <input type="checkbox"/> trabalho com carteira assinada  <input type="checkbox"/> Trabalho informal  <input type="checkbox"/> Ajuda de familiares   <input type="checkbox"/> outros: _____   <input type="checkbox"/> Não se aplica </p>
<p><b>26 – RENDA MENSAL DA FAMÍLIA:</b></p> <p> <input type="checkbox"/> &lt; DE 1   <input type="checkbox"/> 1 a 2   <input type="checkbox"/> 3 a 5   <input type="checkbox"/> 6 a 8   <input type="checkbox"/> 9 a 10 </p>
<p><b>27 - BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS:</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Não recebe   <input type="checkbox"/> Auxílio Doença Previdenciário   <input type="checkbox"/> Aposentadoria acidentária   <input type="checkbox"/> Aposentadoria previdenciária  <input type="checkbox"/> Auxílio Doença Acidentário   <input type="checkbox"/> Auxílio Acidente   <input type="checkbox"/> Aposentadoria por tempo de serviço, por idade ou especial  <input type="checkbox"/> Não se aplica   <input type="checkbox"/> Não sabe informar </p>
<p><b>28 – CONDIÇÃO DE MORADIA:</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Alugada   <input type="checkbox"/> Própria   <input type="checkbox"/> Financiada   <input type="checkbox"/> Cedida </p>
<p><b>29 - QUANTAS PESSOAS RESIDEM NA CASA:</b> _____</p>
<p><b>30 - NA RESIDENCIA HÁ IDOSO OU DEFICIENTE:</b>   <input type="checkbox"/> Sim   <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Quantos: _____</p>
<p><b>31 - ASSISTÊNCIA À SAÚDE:</b></p> <p>Existem, na empresa, exames: Admissional   <input type="checkbox"/> Períódico   <input type="checkbox"/> Demissional   <input type="checkbox"/></p> <p>Outros: _____</p> <p>Exame Períódico: Mensal   <input type="checkbox"/>   Semestral   <input type="checkbox"/>   Anual   <input type="checkbox"/></p> <p>Local de realização: _____</p> <p>Existe Serviço de Saúde na empresa? Sim   <input type="checkbox"/>   Não   <input type="checkbox"/></p> <p>SESMT   <input type="checkbox"/>   Convênios   <input type="checkbox"/>   Outros   <input type="checkbox"/></p> <p>Caracterize: _____</p> <p>Tipos de Profissionais: _____</p> <p>Já houve problema de saúde físico/psicológico que o afastou do trabalho ou da função?</p> <p>Sim   <input type="checkbox"/>   Não   <input type="checkbox"/></p> <p>Qual _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>32 - EMISSÃO DE CAT:</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Emitida   <input type="checkbox"/> Não emitida   <input type="checkbox"/> Não sabe   <input type="checkbox"/> Não se aplica </p>
<p><b>33 - OBJETIVO DA CONSULTA:</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Esclarecimento diagnóstico   <input type="checkbox"/> Concessão de Nexo   <input type="checkbox"/> Relatório   <input type="checkbox"/> Tratamento   <input type="checkbox"/> Outro </p> <p>_____</p> <p>Especificar:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

### ANAMNESE OCUPACIONAL

a) Produtos que fabrica / serviços que presta

---

---

---

b) Utiliza que tipo de ferramentas ou máquinas?

---

---

---

c) Quais as matérias-primas que utiliza?

---

---

---

d) Seu esforço físico no trabalho é leve ( ) moderado ( ) pesado ( )

e) O ritmo de trabalho é: Lento ( ) Razoável ( ) Intenso ( )

f) É repetitivo? Sim ( ) Não ( )

g) Há Pausas? \_\_\_\_\_

h) Seu trabalho exige movimentos, posições ou esforços difíceis e cansativos? Sim ( ) Não ( )  
Em quais e em que posições?

---

---

i) Levantamento e carregamento de Peso: Sim ( ) Não ( )

Quantidades em

Quilos: \_\_\_\_\_

O Dia Todo ( ) Algumas Vezes ao Dia ( ) Raramente ( )

j) Sente satisfação no trabalho? Sim ( ) Não ( )

l) Recebeu treinamento para a função que exerce? Sim ( ) Não ( )

(Se sim:) Onde? Escola Técnica ( ) SENAI / SENAC / SINE ( )

No próprio trabalho ( ) Neste ( ) Noutros ( )

Outro

(especificar) \_\_\_\_\_

m) Horário de Trabalho atual: de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ h N° de dias / sem \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ h

n) Realiza Horas-Extras: Sim ( ) Não ( ) N° de Hora-  
Extra/sem \_\_\_\_\_

o) Trabalho Exposto a:

( ) Calor; ( ) Frio; ( ) Umidade; ( ) Vibração; ( ) Eletricidade; ( ) Produto Químico;

( ) Agentes Biológicos; ( ) Produto de origem vegetal; ( ) Produto de origem mineral;

Luminosidade: ( ) Alta; ( ) Baixa; Radiação: ( ) Ionizante; ( ) Não-Ionizante;

Outros \_\_\_\_\_

p) Utiliza EPI no trabalho: Sim ( ) Não ( )

Qual?

---

q) Há falta de Segurança no Trabalho? Sim ( ) Não ( )

Descreva \_\_\_\_\_

---

r) Existe Serviço de Segurança na Empresa? Sim ( ) Não ( )

Como funciona? \_\_\_\_\_

t) Faz refeição no trabalho? Sim ( ) Não ( )

**35 - HISTÓRIA OCUPACIONAL PREGRESSA** (*empregos anteriores à queixa, citar empresa, ocupação, período e riscos*):

**36 – DESCRIÇÃO DO POSTO DE TRABALHO/ ATIVIDADES OCUPACIONAL:**

**37 – SOBRE O ACIDENTE OU ADOECIMENTO:**

João Pessoa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Profissional

## ANAMNESE CLINICA

**38 - QUEIXA PRINCIPAL (relato espontâneo):**

**39 - HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL:**

**40 - ANAMNESE ESPECIAL:**

Pele e anexos:

Visão:

Audição:

Nariz;

Boca;

Respiratório:

Cardiovascular:

Gastrointestinal:

Genitourinário:

Musculoesquelético:

Neurológico:

Psiquismo:

**41 - HISTÓRIA PREGRESSA:**

G | \_\_\_ | P | \_\_\_ | A | \_\_\_ |

**42 - TABAGISMO:** ☐ Sim ☐ Não

Cigarros/dia: \_\_\_\_\_ Há \_\_\_\_\_ anos.

**43 - EX-TABAGISTA:** ☐ Sim ☐ Não

Cigarros/dia: \_\_\_\_\_

Durante \_\_\_\_\_ anos Há \_\_\_\_\_ anos.

**44 – ETILISMO:** ☐ Sim ☐ Não

Quantidade: \_\_\_\_\_ Anos \_\_\_\_\_

**45 - EX-ETILISTA:** ☐ Sim ☐ Não

Quantidade: \_\_\_\_\_

Durante \_\_\_\_\_ anos. Até há \_\_\_\_\_ anos.

**46 - DOENÇAS HEREDOFAMILIARES:**

☐ Nenhuma doença evidenciada ☐ Pais genéticos desconhecidos

<b>47 - EXAME FÍSICO:</b>						
Peso: _____		Altura: _____				
<b>Ectoscopia</b> _____ _____ _____						
<b>ACV:</b> _____ _____						
<b>AR:</b> _____ _____						
<b>Abdomen:</b> _____ _____						
<b>SN:</b> _____ _____						
<b>AL</b> _____ _____ _____						
<b>48 - TESTES ESPECIAIS</b> (faça apenas quando há suspeita de DORT, escrever + ou – nos parênteses indicados):						
Phalen <b>D( ) E( )</b>	Tinel <b>D( ) E( )</b>	Finkelstein <b>D( ) E( )</b>	Yergason <b>D( ) E( )</b>			
Roos <b>D( ) E( )</b>	Queda de braço <b>D( ) E( )</b>	Apley <b>D( ) E( )</b>	Job <b>D( ) E( )</b>			
Outro(s) Teste(s): <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"><b>D( ) E( )</b></td> <td style="width: 33%; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"><b>D( ) E( )</b></td> <td style="padding: 5px;"><b>D( ) E( )</b></td> </tr> </table>				<b>D( ) E( )</b>	<b>D( ) E( )</b>	<b>D( ) E( )</b>
<b>D( ) E( )</b>	<b>D( ) E( )</b>	<b>D( ) E( )</b>				
<b>49 - DIAGNÓSTICO (S):</b> Descrição:						
<input type="checkbox"/> A atual <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Indefinida CBO:  __ __ __     Tempo:  __ __ __  anos,  __ __ __  meses,  __ __ __  dias  __ __ __		CID-10:  __ __ __  <input type="checkbox"/> Definitivo <input type="checkbox"/> Provisório Nexos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Indefinido				
<input type="checkbox"/> A atual <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Indefinida CBO:  __ __ __     Tempo:  __ __ __  anos,  __ __ __  meses,  __ __ __  dias  __ __ __		CID-10:  __ __ __  <input type="checkbox"/> Definitivo <input type="checkbox"/> Provisório Nexos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Indefinido				



Descrição:	CID-10:  _ _ _ _   _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Definitivo <input type="checkbox"/> Provisório
<input type="checkbox"/> A atual <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Indefinida CBO:  _ _ _ _   _ _ _ _	Tempo:  _ _ _  anos,  _  _ _ _  meses,  _ _ _  dias	Nexo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Indefinido
Descrição:	CID-10:  _ _ _ _   _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Definitivo <input type="checkbox"/> Provisório
<input type="checkbox"/> A atual <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Indefinida CBO:  _ _ _ _   _ _ _ _	Tempo:  _ _ _  anos,  _  _ _ _  meses,  _ _ _  dias	Nexo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Indefinido
Descrição:	CID-10:  _ _ _ _   _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Definitivo <input type="checkbox"/> Provisório
<input type="checkbox"/> A atual <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Indefinida CBO:  _ _ _ _   _ _ _ _	Tempo:  _ _ _  anos,  _ _ _  meses,  _  _ _ _  dias	Nexo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Indefinido
Descrição:	CID-10:  _ _ _ _   _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Definitivo <input type="checkbox"/> Provisório
<input type="checkbox"/> A atual <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Indefinida CBO:  _ _ _ _   _ _ _ _	Tempo:  _ _ _  anos,  _ _ _  meses,  _  _ _ _  dias	Nexo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Indefinido

**50 -EMPRESA RELACIONADA À DOENÇA:** ☐ Não se aplica

Nome da Empresa: \_\_\_\_\_ CNAE: \_\_\_\_\_

Tempo na Empresa: \_\_\_\_ anos, \_\_\_\_ meses, \_\_\_\_ dias.

Ramo de atividade: \_\_\_\_\_ Empresa Terceirizada?  
☐ sim    ☐ não

Nome da Empresa terceirizada: \_\_\_\_\_

CNAE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Responsável pelo atendimento

## ANEXO D – Ficha de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)



### CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho

Número da CAT:

#### Informações do Emitente

Emitente		Data Emissão	
Tipo de CAT		Comunicação Óbito	
Filiação		E-mail	

#### Informações do Empregador

Razão Social/Nome			
Tipo/Num Doc		CNAE	
CEP		Telefone	
Bairro		Estado	
Endereço			
Município			

#### Informações do Acidentado

Nome			
Nome da Mãe			
Data de Nascimento		Sexo	
Grau de Instrução			
Estado Civil		Remuneração	
CTPS		Identidade	
PIS/PASEP/NIT		CEP	
Endereço		Bairro	
Estado		Município	
Telefone		CBO	
Aposentadoria		Área	

#### Informações do Acidente

Data do Acidente		Hora do Acidente	
Horas Trabalhadas		Tipo	
Houve Afastamento?		Reg. Policial	
Local do Acidente			
Esp. Local			
CNPJ / CGC ou CEI da Prestadora		UF do Acidente	
Município do Acidente		Último dia Trab. Dt Óbito	
Parte do Corpo			
Agente Causador			
Sit. Geradora			
Morte		Data Óbito	

Local e Data

Assinatura e carimbo do emitente

#### Informações do Atestado Médico

Unidade			
Data Atendimento		Hora Atendimento	
Houve Internação		Será afastado?	
Nat. Lesão			
CID - 10			
Observações			
CRM			

Local e Data

Assinatura (\*) e carimbo (legível) do médico com CRM/UF

Cadastrada em:

\* A apresentação do atestado médico original, com as informações de identificação do médico assistente, substitui o preenchimento deste campo. A impressão desta CAT deverá ser apresentada juntamente com o(s) documento(s) original(is) referente ao segurado, para requerer o benefício acidentário junto à Agência da Previdência Social.

## ANEXO E – Ficha de Investigação de Acidente de Trabalho Grave

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO		Nº
<b>Definição de caso:</b> Todo caso de acidente de trabalho por causas não naturais compreendidas por acidentes e violências (Capítulo XX da CID-10 V01 a Y98), que ocorrem no ambiente de trabalho ou durante o exercício do trabalho quando o trabalhador estiver realizando atividades relacionadas à sua função, ou a serviço do empregador ou representando os interesses do mesmo (Típico) ou no percurso entre a residência e o trabalho (Trajeto) que provoca lesão corporal ou perturbação funcional, podendo causar a perda ou redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho e morte.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	ACIDENTE DE TRABALHO		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Acidente	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
Dados de Residência	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	16 Nome da mãe	17 UF		
	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
Dados Complementares do Caso	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	31 Ocupação			
	32 Situação no Mercado de Trabalho			
	33 Tempo de Trabalho na Ocupação			
Antecedentes Epidemiológicos	34 Local Onde Ocorreu o Acidente			
	35 Registro/ CNPJ ou CPF			
	36 Nome da Empresa ou Empregador			
	37 Atividade Econômica (CNAE)			
	38 UF			
39 Município				
40 Distrito				
41 Bairro				
42 Endereço				
43 Número				
44 Ponto de Referência				
45 (DDD) Telefone				

Acidente de Trabalho Grave

Sinan Net

SVS

21/06/2019

SVS 21/06/2019