



FACULDADE VALE DO SALGADO
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

JULIANA ALVES DA SILVA

**UMA ANÁLISE DO SERVIÇO SOCIAL SOB OS REFLEXOS DO CAPITALISMO
PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR**

ICÓ – CE

2018

JULIANA ALVES DA SILVA

**UMA ANÁLISE DO SERVIÇO SOCIAL SOB OS REFLEXOS DO CAPITALISMO
PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR**

Monografia submetida à disciplina de TCC do Curso de Bacharelado em Serviço Social da Faculdade Vale do Salgado-FVS, a ser apresentado como requisito para obtenção de nota.

Orientadora: Prof^a. Esp. Maria Simone Araújo Figueiredo

ICÓ-CE
2018

JULIANA ALVES DA SILVA

**UMA ANÁLISE DO SERVIÇO SOCIAL SOB OS REFLEXOS DO CAPITALISMO
PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR**

Monografia submetida à disciplina de TCC do Curso de Bacharelado em Serviço Social da Faculdade Vale do Salgado, a ser apresentada como requisito para obtenção de nota.

Aprovada em _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Esp. Maria Simone Araújo Figueiredo
Faculdade Vale do Salgado - FVS
Orientadora

Profª. Esp. Aline Jamylli de Souza Pinheiro
Faculdade Vale do Salgado - FVS
1ª Examinador

Profª. Esp. Emmanuel Teixeira Pinheiro
Faculdade Vale do Salgado - FVS
2ª Examinadora

Dedico este trabalho aos meus pais,
Maria e Edilson, a quem sou grata por
tudo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente á Deus de onde vem toda força e coragem para chegar até aqui, que sem ele nada sou.

A minha família pelo incentivo, por sempre acreditar em me, na minha capacidade, apoiando minhas decisões sem julgamentos, ensinando sobre a vida e mostrando qual melhor caminho seguir.

Agradeço as minhas amigas Cícera Regina e Rubervânia Silva, pessoas que tive o privilégio de conhecer e dividir minhas alegrias e tristezas nesse período da faculdade.

Agradeço a minha orientadora Simone Araújo, pela ajuda e incentivo, pelo conhecimento repassado, não somente na orientação, como também ao longo desses quatro anos de graduação, e aos demais professores e a coordenadora do Curso de Serviço Social da Faculdade Vale do Salgado.

Por fim, um agradecimento especial para minha irmã Maria, um anjo na minha vida, sem dúvidas uma das melhores pessoas que conheço nesse mundo.

“Desistir...

Eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério, é que tem mais chão nos meus olhos do que cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos, do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça”(Cora Coralina).

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ABRASCO	-	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
CEBES	-	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CEREST	-	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CAPS	-	Caixas de Aposentadorias e Pensões
DORT	-	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
IAPS	-	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INPS	-	Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS	-	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS	-	Lei Orgânica da Saúde
LER	-	Lesões por Esforços Repetitivos
OSS	-	Organizações Sociais da Saúde
OIT	-	Organização Internacional do Trabalho
PNSTT	-	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
RENAST	-	Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador
SESP	-	Serviço Especial de Saúde Pública
SUDS	-	Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
ST	-	Saúde do Trabalhador
VISAT	-	Vigilância em Saúde do Trabalhador

RESUMO

SILVA, J.A. **Uma Análise do Serviço Social sob os reflexos do Capitalismo para a Saúde do trabalhador**. 2018. 43 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) Faculdade Vale do Salgado, Icó-CE, 2018.

O trabalho tem passado por distintas configurações, culminando na lógica da exploração, em uma perspectiva neoliberal marcada pela precarização e adoecimento dos trabalhadores. O interesse pelo tema em questão surgiu a partir da reflexão sobre o sistema capitalista. Com esse estudo, objetivou-se apresentar os agravos à saúde do trabalhador sob a ótica do Serviço Social, tem como objetivos específicos: identificar como as transformações do sistema capitalista tem refletido na saúde do trabalhador, citar os principais desafios enfrentados pela política de saúde do trabalhador, evidenciar a intervenção do Serviço Social na garantia de direitos na saúde do trabalhador e, mencionar os principais fatores que afetam a saúde do trabalhador. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo revisão bibliográfica. O estudo ocorreu em ambiente virtual, através de plataformas, com acervos literários em livro e artigos científicos que abordam o tema. Os participantes foram os autores com suas literaturas. A coleta de dados deu-se por meio de artigos e livros. Os dados foram coletados e organizados com base na análise de conteúdo por categorias temáticas, proposto por Minayo. Obtendo os seguintes resultados: sistema capitalista x saúde do trabalhador, os agravos que o sistema ocasiona na saúde do trabalhador em suas diferentes dimensões. Política de saúde do trabalhador, os principais desafios encontrados pela política para a sua consolidação. Serviço Social e saúde do trabalhador, as atribuições do assistente social perante a ST na garantia de direitos e o desenvolvimento de estratégias para intervir no processo saúde- doença. Excesso x Desconexão, a importância do descanso para o corpo e a mente. Nesse estudo foi possível observar a necessidade em enxergar a ST de modo adequado, o SUS dá mais prioridade a essa demanda que está cada vez mais em evidência, pois além de ser um direito social, é também uma condição basilar para vida e a sociabilidade humana.

Palavras – chave: Saúde do Trabalhador. Sistema Capitalista. Serviço Social.

ABSTRACT

SILVA, J.A. **An Analysis of Social Work under the reflexes of Capitalism to worker health.** 43 2018. f. Work Completion of course (Diploma in Social Service) Faculty Valley Salgado, Ico-EC 2018.

The work has gone through different configurations, culminating in the logic of exploitation, in a neoliberal perspective marked by precariousness and illness of workers. Interest in the subject in question arose from the reflection on the capitalist system. With this study, we aimed to present the grievances will occupational health from the perspective of Social Service, has the following objectives: to identify how the transformation of the capitalist system is reflected in workers' health, cite the key challenges facing health policy worker, highlight the intervention of social work in the rights guaranteed in workers' health and mention the main factors affecting the health of workers. This is an exploratory, descriptive and qualitative approach, the literature review type. The study took place in a virtual environment across platforms, with literary collections in books and scientific papers on the topic. Participants were the authors with their literatures. Data collection occurred by means of articles and books. The data were collected and organized based on content analysis of the themes proposed by Minayo. Obtaining the following results: the capitalist system x workers 'health, the injuries that the system brings in workers' health in its different dimensions. occupational health policy, the main challenges faced by policy for its consolidation. Social service and occupational health, the tasks of the social worker before the ST on the guarantee of rights and the development of strategies to intervene in the health-disease process. Excess x disconnection, the importance of rest for the body and mind. In this study we observed the need to see the properly ST, SUS gives more priority to this demand that is increasingly in evidence, as well as being a social right, is also a fundamental condition for life and human sociability.

Key words: Worker's health. Capitalist System. Social Service.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	14
3.2 SAÚDE DO TRABALHADOR, SERVIÇO SOCIAL E REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA	20
4 METODOLOGIA	25
4.1 TIPO DE ESTUDO	25
4.2 LOCAL DO ESTUDO	26
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	26
4.4 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS	26
4.5 ANÁLISE DE DADOS	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	28
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

Pensar em saúde do trabalhador resulta pensar o ambiente em que trabalha e o processo de trabalho, ligado com o modo e qualidade de vida que esse trabalhador possui. Implica conhecer a sua realidade social, cultural e familiar. É nesse ponto que está inserido o assistente social, quando passa a considerar seu modo de vida como parte do processo de adoecimento do trabalhador.

Considerar trabalho e saúde estando na mesma conjuntura de vida requer um olhar diferenciado a matéria indispensável á saúde do trabalhador, que vai além das atividades desenvolvidas no dia a dia, na verdade perpassa as relações de emprego. (MACHADO, 2005).

O trabalho é algo essencial á vida humana, cheio de antagonismo e contradições, uma vez que proporciona melhores condições de vida, satisfazendo as necessidades básicas, pode também ocasionar doenças, devido ao ritmo intenso, fragmentação da produção, entre outras coisas (CARDOSO, 2015).

Ao avaliar o atual contexto da crise do capital e seus efeitos acerca da vida social dos sujeitos, é notável, o paradoxo entre o modo de produção capitalista e a garantia de saúde no trabalho (VASCONCELLOS; GOMEZ; MACHADO, 2014).

O assistente social está inserido nesse processo da divisão social e técnica do trabalho, lidando com o trabalhador e o patrão, buscando garantir a integridade física, psíquica e social do trabalhador. Essa é uma área de conhecimento, investigação e intervenção para o serviço social (IAMAMOTO, 2007).

Em diferentes espaços sócio-ocupacionais, o serviço social vem integrando essa demanda, consolidando seu lugar nesse campo. Por ser um profissional capacitado para compreender as expressões da questão social, com um olhar crítico e comprometido com a classe trabalhadora, estar apto para analisar a relação capital x trabalho como representação das condições de vida e trabalho dos trabalhadores, e atuar nas situações resultantes dessa relação.

Essa questão busca uma aproximação e uma conexão com a atuação do serviço social, mostrando os limites e desafios enfrentados na dinâmica do capital, sendo que a definição de saúde do trabalhador é repleto de historicidade e criticidade (OLIVAR, 2010).

O interesse pelo tema proposto suscitou a partir da reflexão sobre o sistema capitalista de produção. Ao apresentar o processo de trabalho como fator gerador de adoecimento do trabalhador, entra em um contexto atual de discussão vivido pela classe trabalhadora brasileira.

Destarte, a presente pesquisa é de extrema relevância, pois agrega mais conhecimento a temática pesquisada, contribuindo para a análise dos impactos advindos do sistema. Trata-se do entendimento das transformações sociais, derivada da reestruturação produtiva e, de retratar a realidade vivenciada pelos sujeitos, sobretudo, compreender como se dá o processo saúde-doença.

O estudo dessa temática possibilitará uma melhor compreensão acerca desse assunto aos acadêmicos, a sociedade, assim como aos profissionais da área. E, espera-se contribuir com o meio científico motivando a realização de novas pesquisas sobre a temática.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Apresentar os agravos á saúde dos trabalhadores no sistema capitalista de produção sob a ótica do serviço social.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar como as transformações do sistema capitalista têm refletido na saúde do trabalhador.
- Citar os principais desafios enfrentados pela política de saúde do trabalhador.
- Evidenciar a intervenção do serviço social na garantia dos direitos na saúde do trabalhador.
- Mencionar os principais fatores que afetam a saúde do trabalhador.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A história dos cuidados com a saúde do povo brasileiro passa pela filantropia e a caridade. As pessoas eram atendidas pelas instituições filantrópicas as santas casas de misericórdia. Associadamente a isso o Estado desenvolvia ações de saúde diante de epidemias, apenas campanhas limitadas, como vacinação e saneamento básico. “A saúde emerge como questão social no Brasil no início do século XX, no bojo da economia cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho assalariado” (BRAGA E PAULA, 1985. p. 41-42).

As primeiras ações do Estado em se tratando de saúde aconteceram conjuntamente com as mudanças ocorridas no modo de produção, associada ao autoritarismo e ao cientificismo europeu. Oswaldo Cruz, diretor geral de saúde pública no período, desenvolveu ações para enfrentar a febre amarela e a varíola, epidemias da época, que ameaçavam a saúde nos portos e na agroexportação, deixando evidente o interesse econômico (CONILL, 2002).

Iniciou em 1903 a mudança na saúde, tendo a frente Oswaldo Cruz. Focando no saneamento e na reorganização da área urbana, desenvolveu medidas como o código sanitário que determina a desinfecção de ambientes, demolição de imóveis considerados nocivos à saúde pública e a campanha de vacinação obrigatória, que resultou na revolta da vacina no Rio de Janeiro em 1904 (COSTA, 1985; COC, 1995).

Ainda no século XX a matéria relativa à higiene e saúde do trabalhador foram colocadas em pauta, juntamente com a fundação das caixas de aposentadorias e pensões (CAPS), instituídas em 1923 com a aprovação da lei Elói Chaves, o marco inicial da previdência no Brasil. As CAPs trouxeram benefícios como aposentadoria por tempo de serviço, invalidez e velhice, pensão para os dependentes, assistência médica curativa, tudo proporcional às contribuições dos trabalhadores, financiado pela união e as empresas empregadoras (BRAVO, 1991).

Simões (2014) assinala, com os avanços alcançados e as melhorias nas condições de trabalho, os funcionários passaram a cumprir seus horários havendo alterações nas categorias onde cada empresa tinha uma CAPS, e os IAPS (instituto de aposentadorias e pensões) passaram a se interagir por categoria profissional e

econômica, como as indústrias, comércios, bancários, portuários entre outros. As CAPS foram substituídas nos anos 1930 pelos IAPS.

Simões (2014) frisa que os IAPS foram unificados pela lei orgânica da previdência social (LOPS), assim o INPS (instituto nacional de previdência social), em 1967, torna a assistência médica privada. Os convênios tiveram um grande avanço no regime militar, estimulando a saúde do trabalhador. Anos mais tarde, o ministério do trabalho e previdência social aprova os convênios de assistência médica para os trabalhadores rurais.

Mais tarde, em 1966 unificou os IAPS com INPS, e por último o INAMPS (instituto nacional de assistência médica da previdência social), coordenava todas as ações de saúde médico-assistencial da previdência social.

As constituições que promoveram algumas mudanças significativas sobre o direito à saúde foram as de 1934 e a de 1988. A república velha foi marcada pelo princípio da saúde do trabalhador, Era Vargas, com o decreto nº 19.402/1930, houve a centralização das políticas públicas de saúde, a qual se deu através da criação dos ministérios dos negócios, da educação e da saúde pública. Entretanto, esta constituição vigorou apenas por 3 anos devido ao golpe de 1937. Em 1948 foi fundado o primeiro conselho de saúde e a construção de hospitais públicos. Em 1953 a criação do ministério da saúde. (CARLOS NETO; DENDASCK; OLIVEIRA, 2016).

Segundo Gonçalves (2012), apesar desses avanços o Estado permaneceu mantendo uma certa assistência à saúde do trabalhador contribuinte formal, o que só mudou em 1978 com o movimento da reforma sanitária e com as mudanças da constituição de 1988.

De acordo com Bravo (1991), a composição da saúde de 1930 a 1964, trouxe novos aspectos ao enfrentamento das expressões da questão social, em particular a saúde. Nesse período estava em andamento uma nova dinâmica de acumulação, havia a exigência de novos métodos que contemplassem outra parte da massa trabalhadora que vivia em péssimas condições de saúde, higiene e habitação. A saúde estava organizada em dois setores: a saúde pública que vigorou até os anos 60, focando nas condições sanitárias mínimas para a população urbana e reduzidas para as do campo. Outro subsetor era o da medicina previdenciária que só irá sobressair a partir de 1966, com o regime militar.

As principais alternativas adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940 foram: Destaque para as campanhas sanitárias; articulação dos serviços estaduais de saúde dos estados com pouco poder político e econômico; em 1937 interiorização das intervenções para as áreas de endemias rurais, em consequência da migração de mão de obra para os centros urbanos; ênfase na geração de serviços de enfrentamento as endemias, febre amarela e malária, custeados pela fundação norte-americana Rockefeller; modificação do departamento nacional de saúde, com diversos serviços de combate as endemias e a formação de técnicos em saúde pública (BRAGA; PAULA, 1986).

Conforme Bravo (1991), essa estrutura de saúde foi consolidada no período de 1945-1950 com a criação do SESP (serviço especial de saúde pública) e nos anos 40, com o plano Salte, elaborado pelo governo na administração do presidente Eurico Gaspar Dutra, que envolvia saúde, alimentação, transporte e energia. No entanto, não foi suficiente para eliminar doenças infecciosas e parasitárias, como também altas taxas de mortalidade infantil.

A década de 1980 contou com a colaboração de novos atores sociais trazendo significativas contribuições para a sociedade civil, no momento de superação da ditadura militar. A saúde passou a ter uma dimensão política, com profissionais mais engajados defendendo a melhoria da saúde e o melhoramento do setor público. (BRAVO, 1991).

O início do movimento sanitário contou o apoio do centro brasileiro de estudo de saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de pós-graduação em saúde coletiva (ABRASCO), considerados precursores da proposta dessa reforma. Esse movimento lançou um novo olhar para a saúde tanto individual quanto coletiva, assim como conceber a saúde como direito social e dever do Estado, em um sistema unificado. Fizeram parte desse cenário, sindicatos, médicos, cientistas, acadêmicos, debatendo em congressos e seminários a condição de vida da população. Esse grupo se juntou com outros movimentos sociais representantes de vários seguimentos da sociedade que compartilhavam a luta pelos direitos civis e sociais, compreendidos como inerentes á democracia (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

A respeito disso Bravo (1991), ressalta a importância da população, moradores, partidos políticos, associações, todas essas entidades contribuíram para a questão da saúde ir além da análise setorial, requerendo um sistema único. A

assembleia constituinte foi organizada em dois blocos: o setor privado (o empresariado) e os que lutavam pela reforma sanitária, representado pela plenária nacional pela saúde na constituinte. Após vários acordos e pressões populares, o texto constitucional aprova parte das reivindicações do movimento sanitário, não atendendo todas as demandas requeridas, pois algumas iam de encontro aos interesses dos empresários ou de alguns setores do governo. No que diz respeito ao financiamento do novo sistema, pouco foi definido, e a saúde do trabalhador não atendeu propostas como o direito do trabalhador rejeitar trabalho em lugares insalubres, assim como, ter informações acerca da toxicidade dos produtos manipulados.

Segundo Paim (2009), o movimento da reforma sanitária foi o marco na construção da política de saúde no Brasil. Dele resultando o projeto final apresentado na 8ª conferência nacional de saúde em 1986. Com propostas políticas, ideológicas e culturais, aspirando à democratização da saúde. Objetivando promover melhores condições de vida e de trabalho, com a concepção que todas as relações sociais e o acesso aos serviços, atuam sobre o sujeito e sua qualidade de vida.

A 8ª conferência nacional de saúde foi realizada em Brasília, em março de 1986, momento que o país passava pelo processo de redemocratização iniciado nos anos 80. Este evento é classificado como o mais importante na composição de uma plataforma e de mecanismos do movimento de democratização de saúde da história (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Os principais temas abordados foram: a saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; Reformulação do sistema nacional de saúde; Financiamento setorial. De acordo com Fleury (1997), a burocratização da reforma afastou a população, despolitizando o processo, sendo que a construção democrática é a maneira para conseguir a reforma sanitária.

Os principais aspectos aprovados na nova constituição foram:

- O direito universal a saúde e o dever do estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/ não segurado, rural/urbano;
- As ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do sistema único de saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo

vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
Proibição de comercialização de sangue e seus derivados. (TEIXIERA, 1989, p. 50-51).

Da 8ª conferência resultou o sistema unificado e descentralizado da saúde (SUDS), um convênio entre INAMPS e os governos estaduais formando bases para a seção da saúde na constituição de 1988. Em seguida ocorreu a incorporação do INAMPS ao ministério da saúde e, por fim a criação do SUS pela lei orgânica da saúde (lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990). Venâncio (2005), ressalta que o SUDS mostrou avanços no que trata sobre a descentralização da saúde e no orçamento, retirou do INAMPS o poder que tinha de centralização, os estados passaram a ter mais autonomia e as redes de saúde hierarquização e universalização.

A constituição instituiu planos integrados de ação de medicina preventiva e curativa, saúde ocupacional e higiene, medicação, alimentação, e meio ambiente, por sua vez assegurados por uma estrutura unificada, em resultado da vontade constitucional de uma política integralizada de combate à doença assegurando a toda população, independentemente de sua condição social (SIMÕES, 2014, p.130-131).

O relatório da VIII conferência de saúde apresenta um conceito de saúde mais amplo, que não é algo apenas abstrato. Englobando alimentação, habitação, renda, educação, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, emprego. Bem como, resultante das formas de organização social, tendo ser conquistado pelo povo em suas lutas diárias (BRASIL, 1988).

O debate para a implantação do SUS exprimiu resistências por parte do setor privado e da medicina autônoma, como também dos reformistas da previdência social. O resultado disso foi a dificuldade na definição de algumas importantes políticas desse processo, por exemplo o financiamento, a regulação do setor privado, entre outras (FARIA, 1997).

Os art. 2º e 3º da lei 8080/90 regula as ações e serviços de saúde [...] sendo um direito fundamental da pessoa humana, cabe ao Estado conceder as condições essenciais ao seu pleno funcionamento. Elaborando e executando políticas sociais e econômicas que tencionem atenuar riscos de doenças e de outros agravos, em

condições que garantam acesso universal e igualitário às práticas e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 1990).

A lei orgânica 8142/90 trata da participação da população na gestão do SUS, configurando o controle social, essa participação se dar através dos conselhos e conferências de saúde. Dispõe acerca da aplicação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde e do repasse para os municípios, Estados e Distrito Federal (BRASIL, 1990).

A LOS criou o CNS, sucedido pelos conselhos estaduais e municipais, com a função primordial de elaborar a política, o plano e o fundo nacional de saúde e seus consentâneos, estaduais e municipais. Ao poder público, determinou regras básicas dos serviços de saúde, sua fiscalização e controle, tanto em nível federal, como estadual e municipal e do Distrito Federal, sob controle da comunidade interessada por meio de seus representantes. Isso significou a coordenação entre o controle governamental e as entidades privadas, integradas no sistema único, e não mais como divisão anterior de dois ministérios, o da saúde e o da previdência social (INAMPS). (SIMÕES, 2014, p.131).

A seguridade social foi implantada através da Constituição Federal de 1988, essa política veio para garantir os direitos aos usuários, ofertando as políticas de saúde, assistência social e previdência. É dever do Estado, assegurar a população o acesso digno e de qualidade, atuando de forma a proporcionar melhorias e qualidade de vida aos mesmos. Sabe-se que essas políticas ainda não são suficientes para atender as demandas existentes, podendo vir a contribuir de maneira parcial. O papel das autoridades na sua efetivação é fundamental (SIMÕES, 2014).

No Brasil, a saúde tem-se destacado como um dos principais problemas financeiros, isso reflete diretamente na sociedade brasileira. Apesar da existência de várias legislações que se encontram em vigor a favor da saúde, ainda é visível o descaso que envolve essa política tão importante para a população (BRASIL, 2015). Esse problema financeiro leva a outro ponto importante que é a privatização do SUS.

Correia (2015) evidencia, a privatização acontece quando o Estado abstem-se de ser o próprio encarregado econômico produtivo e empresarial, vendendo as estatais ou quando renuncia de ser o executor direto de serviços públicos por participação de incentivos ao setor privado como provedores destes serviços, mediante repasses de recursos públicos ou isenção de impostos.

Essas condições, próprias do setor privado, constitui como núcleo para flexibilização, adotada pela administração pública, também explicam o importante movimento de adesão ao modelo de OSS (Organizações Sociais da Saúde) pelos gestores estaduais e municipais de saúde em todo o país (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015).

3.2 SAÚDE DO TRABALHADOR, SERVIÇO SOCIAL E REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA

A saúde do trabalhador estar ligada à medicina do trabalho, que surgiu na Inglaterra no século XIX durante a revolução industrial e, a saúde ocupacional, que reconhece a influência de agentes físicos, químicos, mecânicos e biológicos como causadores de acidentes e doenças. No Brasil, esse debate tem início em 1970 e se consolida com a constituição federal de 1988, como direito universal e de atribuição do sistema único de saúde- SUS (LOURENÇO, 2009).

Para Mendes e Wunsch (2011), a ampliação da área de saúde do trabalhador tem uma dupla dimensão: primeiro, a nova ordem do capital sobre o trabalho, segundo, devido ao reconhecimento político da área, que se deu com a incorporação nas políticas públicas intersetoriais. Perante as transformações sociais ocasionadas pela relação capital x trabalho, viu-se a necessidade de intervir no campo saúde do trabalhador.

Na compreensão desse processo Olivar (2010), afirma que a saúde do trabalhador está diretamente ligada a análise do processo de trabalho e do trabalhador como ser social, a luta pelo direito à saúde e boas condições de trabalho.

A saúde do trabalhador consta na constituição de 1988 como sendo competência do SUS expressa na lei 8080/90, que determina a ST, como um conjunto de atividades ofertadas por meio de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, visando à promoção e proteção da saúde, bem como a recuperação e reabilitação dos trabalhadores sujeitos aos riscos e agravos decorrentes das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

Os princípios e objetivos da reforma sanitária estão em conformidade com o projeto ético político do serviço social, haja vista, a política de saúde como “parte de uma agenda estratégica da luta democrática e popular do Brasil, objetivando à construção de uma sociedade justa e igualitária”. (CFESS, 2010).

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio de construção do SUS, em consonância com os princípios de intersectorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado. (CFESS, 2010, pg.19)

Para Taylor (1995), no modelo taylorista a principal fonte de agressão à saúde do trabalhador é a forma de organização do trabalho, que impede a conquista da identidade pessoal no trabalho.

Nesse sentido, Alexandre Lunardi (2010), diz que as alterações nas relações de trabalho se deram devido ao progresso do capitalismo e do avanço tecnológico. Com isso o homem perdeu sua liberdade, perdeu a sua capacidade criativa e moral, pondo em questão a sua própria identidade.

Nessa nova organização do mundo do trabalho um dos métodos mais utilizados é a terceirização. “ A terceirização como um tipo de informalidade aponta a ruptura com os laços formais de contratação e regulação da força do trabalho, sendo passagem para a condição da precariedade” (AZEVEDO,2014,p. 320).

Em consonância a esse pensamento Abreu, Costa, Ferreira (2016) ressaltam que o profissional do serviço social interagi diretamente com os trabalhadores com o objetivo de facilitar esse processo de transição, que ocorreu com a introdução de novas tecnologias, diferentes formas de contratação, flexibilização, e tantos outros.

Em 1919, é criada a Organização Internacional do Trabalho (OIT), com o intuito de regulamentar o processo de trabalho em âmbito internacional. Na concepção da Organização Internacional do Trabalho (2013),

[...] as mudanças tecnológicas e sociais, aliadas às condições da economia mundial, agravam os atuais perigos para a saúde e geram novos fatores de risco. As doenças profissionais bem conhecidas, tais como as pneumoconioses, permanecem um fenômeno generalizado, enquanto as relativamente novas, como as perturbações mentais e musculoesqueléticas (PME), são cada vez mais frequentes (OIT, 2013, p. 4).

Falar em saúde do trabalhador remete a reestruturação produtiva e seus impactos no mundo do trabalho. Pinheiro (2005), sinaliza que a reestruturação

produtiva exige um trabalhador polivalente, que seja capaz de atender ao ritmo intenso de trabalho demandado pelo sistema. Gera competitividade, aumenta a precarização e a jornada de trabalho, e demais fatores que contribui para desenvolver um quadro de doenças e de acidentes de trabalho nos espaços sócio-ocupacionais.

A respeito disso Mota (2009), afirma que a inserção do serviço social na área saúde do trabalhador faz parte de uma resposta as exigências do capitalismo, pois trouxe um trabalho assistencial e educativo para o empregado e sua família, visando preservar a força de trabalho e mediar conflitos.

A constituição de um ambiente de trabalho que pressiona, de forma difusa, para a adesão às regras do jogo. Aderir, por sua vez, implica trabalhar “[...]a si mesmo para se tornar mais produtivo”, de forma a “[...]tornar a empresa – que é a entidade de referência – mais produtiva” (DARTDOT & LAVAL, 2016, p. 343).

Nesse sentido, Praun (2014), ressalta outros elementos como a intensa jornada de trabalho, que dar a sensação que o tempo é reduzido, serviço de dois ou mais pessoas sendo feito apenas por uma, e o salário subordinado ao desempenho de metas e produção, [...] existe também um forte controle da atividade desenvolvida, que não dá chance para a autonomia e o imprevisto. E varia entre o forte discurso de valorização e o controle físico e mental.

Em consonância a esse pensamento Freire (2003), diz que a reestruturação produtiva trouxe uma intensificação do trabalho nas suas dimensões, intelectual, física e psicológica, que resultou em maior desgaste para os trabalhadores. Provocando grandes alterações nas políticas econômicas, nos processos de produção, na organização e gestão da força de trabalho, criando uma cultura marcada pela competitividade no mercado totalmente globalizado.

“Perda da autoestima, que está ligada ao sentimento de não dominar totalmente o trabalho, de não estar à altura, de fazer um trabalho ruim, de não estar seguro de assumir seu posto” (LINHART, 2014 p. 46). Do ponto de vista da autora essas condições estão cada vez mais presentes em nossa sociedade.

Dejours (1993), trás outras particularidades ligado ao desgaste do funcionamento mental e do equilíbrio psicoativo, que pode ser originário da convivência com os colegas, cobrança do chefe, esforço para manter um comportamento imposto. A impossibilidade de mudança ou de aliviar essa tensão pode ser a origem de alguns problemas de saúde.

Praun (2014), afirma que sendo frágil a organização sindical e a legislação protetora, maior será a precarização das condições de trabalho, isso independente do nível de modernidade as linhas de produção ou o ambiente como um todo.

De acordo com a previdência social, o adoecimento psíquico vem impossibilitando mais pessoas para o trabalho do que as doenças de ordem física. Segundo dados de 2014, os transtornos mentais e comportamentais é a terceira principal razão de concessão do auxílio doença, pois se justifica a incapacidade laborativa (BRASIL, 2016).

Moraes (2016), vem falar de “o neoliberalismo do século XXI”, seria uma nova roupagem de restauração do Estado e da sua forma de intervir nas políticas econômicas e sociais, sem deixar suas características de origem (ajuste fiscal, liberdade de mercado, produzindo homens possessivos e competitivos).

A exemplo disso Braga (2017) fala da contrarreforma votada pelo congresso nacional em 11 de julho de 2017, autorizando inúmeras formas de flexibilizar a jornada de trabalho, facilitando o aumento do trabalho terceirizado e intermitente, além disso, afeta a fiscalização dos sindicatos e o respeito pelos direitos trabalhistas.

A rede nacional de atenção integral a saúde do trabalhador (RENAST), foi criada em 2002, com o objetivo de implementar a ST em todos os níveis de atenção do SUS, tendo como apoio o centro de referência em saúde do trabalhador (CEREST).(DIAS HOEFEL, 2005).

O CEREST realiza vigilância, assistência e informação aos trabalhadores, em conjunto com a divisão de saúde do trabalhador do centro de vigilância sanitária. Articulando a integração da rede de serviços de saúde do SUS, vigilâncias e gestão, na inserção da Saúde do Trabalhador em suas atividades rotineira. Suas atribuições são: apoiar investigações de maior complexidade, assessorar a realização de convênios de assistência técnica, auxiliar a formulação de políticas públicas, fortalecer a conexão entre a atenção básica, de média e alta complexidade para identificar e atender acidentes e agravos relacionados ao trabalho (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

Concernente a isso, Poço e Dias (2010) assinala, a ampliação da RENASt pelas portarias nº 2.437, de 2005, e nº 2.728, de 2009, avança ao apontar a Atenção primária da saúde como principal estratégia de consolidação das ações de ST no SUS. Dessa forma, preconiza além da ampliação o fortalecimento da RENASt, o

aumento dos serviços de urgência e emergência, ações vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, como também rede ambulatorial e hospitalar.

Para compor essa política, que tem como alguns de seus princípios a integralidade, a intersetorialidade, controle e participação social, foi preciso conciliar e incluir ações de outros órgãos, como: ministério do trabalho, da saúde, do meio ambiente, previdência e assistência. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Em parceria tem a vigilância em saúde do trabalhador (VISAT), que promove ações que intervêm nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos, visando à redução de morbimortalidade da população trabalhadora. (VASCONCELLOS; GOMEZ; MACHADO, 2014).

Vasconcellos; Gomez; Machado (2014), ressaltam ainda que o país tem um total de 210 CEREST, 26 são estaduais e 184 regionais. A política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora (PNSTT) tem como objetivo fortalecer a VISAT, para tal fim procura ampliar a atuação dos CEREST com intervenções voltadas para os ambientes produtivos.

Essa política pública foi estabelecida no ano de 2012. Visa a atender a necessidade de implementação de ações de saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção do SUS e define os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem adotadas (BRASIL, 2012).

A 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, realizada no ano de 2014, abordou a questão da Saúde Mental Relacionado ao Trabalho. Destacando a necessidade de favorecer situações de trabalho saudável e de fornecer “medidas protetoras, com o fim do processo de trabalho centrado apenas no alcance de resultados e cumprimento de metas à custa do esgotamento intelectual e emocional gerador de sofrimento, estresse e adoecimento mental” (Brasil, 2015, p. 162).

De acordo com Mota (2010), a demanda por assistentes sociais nas empresas, justifica-se pela necessidade de manter uma qualidade da força do trabalho, que pode ser abalado por comportamentos diversos, problemas de saúde, de motivação etc.

O Serviço Social e a saúde do trabalhador na perspectiva da matriz marxista constituem "o fundamento para análise teórica da produção das condições materiais da vida social" (Netto, 2009, p. 682).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente trabalho de acordo com seus objetivos é uma pesquisa exploratória, descritiva de abordagem qualitativa, utilizando a técnica de revisão bibliográfica. A pesquisa exploratória tem critérios, métodos e técnicas para a elaboração de uma pesquisa e visa oferecer informações sobre o objeto desta e orientar a formulação de hipóteses (CERVO e SILVA, 2006).

A utilização da pesquisa descritiva consiste justamente em descrever especificidades quanto a população, fenômeno ou das relações entre as variáveis a fim de obter resultados através das técnicas utilizadas frente a coleta de dados. Enfim, o uso da pesquisa descritiva é intrínseco as exploratórias, pois os pesquisadores que optam utilizá-la são mais os da área social para ter uma análise da atuação prática. (GIL, 2014).

Quanto á abordagem é qualitativa. A pesquisa qualitativa desenvolve a análise de conteúdo de um determinado assunto, pois é aplicada ao estudo da história das relações, das representações das crenças, das percepções e das opiniões, produtos dos entendimentos que os homens fazem a respeito de como vivem, como devem construir seus produtos de forma mecânica e a si mesmos, enfim, como sentem e pensam inseridos em um contexto social (MINAYO, 2013).

Marconi e Lakatos (2002) atestam que a pesquisa bibliográfica engloba toda a produção literária referente ao tema de estudo. Para as autoras a finalidade desta etapa é a de “colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, inclusive conferências seguidas de debates que tenham sido transcritos por alguma forma, quer publicadas quer gravadas” (MARCONI; LATAKOS, 2002, p. 71).

O método utilizado foi o crítico dialético que segundo Gil (2014), o método dialético é fornecido por bases da interpretação dinâmica e da totalidade da realidade, estabelecendo os fatores sociais que não são entendidos quando são tratados de forma isolada, seja problemas econômicos, políticos, culturais entre outros. Necessita-se de um olhar crítico diante daquilo que é observado levando em conta toda a sua conjuntura histórica, [...] o que promove uma avaliação mais profunda do objeto a ser estudado.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Essa pesquisa por ser do tipo revisão bibliográfica ocorreu no ambiente virtual, a partir das plataformas Scielo, Revista do Serviço Social, Google acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), inclusive com literatura disponível em livros e monografias.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para a realização desse estudo teve como sujeitos, vários autores, nos quais os assuntos se correlacionam, colaborando com a pesquisa. Quanto aos critérios de inclusão que são apenas artigos e livros disponíveis em português, que tratassem do tema de forma clara e objetiva na construção do trabalho. No critério de exclusão, publicações literaturas que não tivesse correlação com o tema a ser pesquisado, ainda que fossem publicações científicas.

4.4 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

Deu-se por meio da seleção de cinquenta e cinco artigos, onde foram utilizados quarenta que abordavam bem o tema proposto, colocados em uma pasta, para serem analisados com calma e utilizados depois. Foi manuseado livros do acervo da biblioteca, para uma melhor compreensão do tema abordado, foi feita uma observação minuciosa dos artigos para que não houvesse dúvidas sobre cada dado coletado. De acordo com Gil (2016):

A observação constitui elemento fundamental para a pesquisa. Desde a formulação do problema, passando pela construção de hipóteses, coleta, análise e interpretação dos dados, a observação desempenha papel imprescindível no processo da pesquisa. É, todavia, na fase de coleta de dados que o seu papel se torna mais evidente (GIL, 2016, p. 100)

A observação ajuda a evidenciar cada dado, para que o trabalho tenha um leque de informações que possam informar o leitor de forma clara.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Para análise e organização dos dados foram utilizados, possuindo como fundamentação teórica, a interpretação dos resultados acerca de leituras flutuantes de obras referentes ao objeto de estudo da presente pesquisa. Para Minayo (2001), a organização dos dados baseia-se em correlacionar o significado das perguntas com as respostas para alcançar um resultado final do que está por trás das variáveis. A trajetória do desenvolvimento da análise do conteúdo deu-se a partir de categorias temáticas, abordou obras que costumam apresentar varias etapas, deve conter uma pré-análise; exploração do material, tratamento dos dados, inferência e interpretação, para assim organizar de forma clara os dados obtidos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo aborda a apresentação das informações obtidas na coleta de dados, por meio de uma revisão bibliográfica, dividida por categorias temáticas, onde foram expostas as discussões dos autores, com a finalidade de compreender as questões referentes aos objetivos dessa pesquisa.

5.1 SISTEMA CAPITALISTA X SAÚDE DO TRABALHADOR

Na sociedade capitalista, o trabalho acontece por meio da exploração e alienação, o que pode levar ou intensificar o desgaste da saúde [...], mesmo que seja recorrente as doenças ligadas ao trabalho, em muitos casos não é registrado ou reconhecido, isso é devido a subnotificação e a difícil comprovação de nexos causais entre o labor e o desgaste da saúde (ROSADO;RUSSO; MAIA, 2015). Benevides e Lima (2014),contribui dizendo que nesse contexto a relação é totalmente desigual entre capital e trabalho.

“Percebemos que a sobrecarga de trabalho, ocasionada pelos vários vínculos de trabalho, consequência na maioria das vezes dos baixos salários, torna-se um dos principais fatores que contribui para o adoecimento desses trabalhadores.” (SILVA, 2015, p. 47). Essa sobrecarga que o autor se refere se dá devido a necessidade de ter mais de um emprego para conseguir ter acesso as condições básicas de vida, como o direito a moradia, alimentação, lazer, educação, saúde, dentre outros. Esses são direitos sociais expressos na Constituição Federal de 1988, que para muitos não é possível devido aos baixos salários e a ineficiência do Estado em colocar em prática o que está garantido na constituição.

De acordo com Praun (2016), as novas formas de produção prejudicam a saúde dos trabalhadores. O controle do tempo, e a precarização do contexto de trabalho propicia o aumento da ocorrência de acidentes e adoecimentos causados pelo trabalho. A autora destaca outro ponto, que são os breves tempos livres durante a jornada de trabalho, isso dificulta a articulação dos trabalhadores e contribui para o seu adoecimento.

Em consonância a esse pensamento, Lara (2016) frisa:

Os principais fatores geradores de acidentes e doenças ocupacionais estão relacionados a maquinários e instalações impróprios, principalmente em setores da produção que se utilizam dos recursos de terceirização e quarteirização; descumprimento das leis trabalhistas; dos programas de prevenção e controle de risco desconectado da realidade das empresas; [...] (LARA, 2016. p.348).

De acordo com Silva; Ferreira; Almeida (2017), o índice de trabalhadores com LER/DORT (Lesões por Esforço Repetitivo e Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho) tem crescido consideravelmente nos últimos anos. Isso decorre de mudanças na ordem do trabalho, por exemplo: a realização de movimentos repetitivos, o intenso ritmo de trabalho, a polivalência e as imposições pelo aumento da produtividade.

O capitalismo reorganizou o modo de produzir, realizar e administrar o trabalho, tencionando maior produtividade e lucratividade, mesmo que isso inclua demissões, mais pressão moral e medo coletivo perante a política de flexibilização que ressoa [...] (OIT, 2013).

Seligmann; Silva (2015) evidenciam outro ponto resultante da reestruturação do capital, que são os contextos de crises econômicas, políticas e sociais, aumentando o desemprego. Isso dissemina um sentimento de insegurança, impulsionando a precariedade do trabalho e, deste modo, cresce o desgaste físico e mental dos trabalhadores.

O desemprego fragiliza as relações humanas em todos os aspectos, leva a frustração, a desestruturação familiar, estresse, depressão etc. É associado ao fracasso, a incapacidade e a falta de empenho da pessoa, leva ao aumento do exercito industrial de reserva, facilitando a exploração do capital.

Barata (2014), vem dizer:

As desigualdades em saúde estão relacionadas essencialmente á repartição desigual de poder e da propriedade. Nesse caso, uma sociedade baseada na exploração e na dominação, essas diferenças trazem consequências negativas para a saúde, estando relacionados á produção de doença. (BARATA, 2014. p.488).

Pina e Stotz (2014),ressaltam outros dois aspectos que intensificam o desgaste da saúde do trabalhador. Que seria, a exploração e expropriação do saber, que enfraquece a prática coletiva dos trabalhadores e o desgaste mental resultante da impossibilidade de enfrentar o poder do empregador.

5.2 POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Um dos principais desafios da PNSTT está na construção e ampliação de técnicas que se associem com atenção básica, isso se dar por meio de planejamento e análise da saúde da população, impacto ambiental, e mapeamento das atividades produtivas (BRASIL, 2012). Aguiar (2015), diz que as necessidades de incluir a ST na política de saúde precisam ter como base a realidade histórica. Ao ser analisada encontra falhas nas ações estratégicas de curto, médio e longo prazo, pelas instituições responsáveis.

Nesse sentido, Mendes et al (2015), cita que falta também o direcionamento certo para que aconteça a vigilância no SUS, existe pouco registro das ocorrências e de informações. Outro fator importante é a dificuldade da vigilância e do controle social em acessar os ambientes de trabalho, devendo haver mais articulação com o ministério do trabalho.

“Apesar de serem muitas as iniciativas, são minoritários os casos em que se pode falar de implementação de ações sistemáticas de Visat, isto sem contar que em muitos locais do país sequer elas existem” (VASCONCELLOS; MINAYO-GOMEZ; MACHADO, 2014, p. 4618). Para Aguiar e Vasconcellos (2017) as ações da VISAT contam também com certas dificuldades derivadas de razões de ordem tanto política quanto econômica, gerando uma visível omissão das atividades gerenciais no SUS. Essas dificuldades encontradas na vigilância em saúde do trabalhador precariza todo o sistema, incluindo a RENAST que institucionaliza e o CEREST que executa as ações nessa área.

Bottega (2015) frisa, é indispensável que o CEREST desenvolva novas estratégias e melhore as que já existem. Essas ações tem o intuito de promover melhorias na saúde, condições de trabalho e conseqüentemente qualidade de vida.

Aguiar e Vasconcellos (2015) evidenciam, ainda que a saúde do trabalho esteja regulamentada no SUS, a sua implementação mostra um propósito operativo de pouca relevância, não sendo capaz de transformar o quadro do adoecimento gerado pelo trabalho.

Minayo-Gomez (2011), ao discutir o campo ST, aponta alguns avanços, todavia aponta também os limites do campo. Na produção do conhecimento científico, enfatiza a diversidade de pesquisas que vêm sendo realizadas, [...]

entretanto, conforme sua análise, muitos desses estudos ainda requer um maior aprofundamento conceitual e metodológico, além de estarem distantes da rede de serviços e políticas sociais (MINAYO-GOMEZ, 2011).

Para que seja possível as articulações mencionadas na PNSTT, deve ocorrer sérias mudanças nos processos de trabalho no campo da saúde, assim como na organização da rede e no desempenho dos profissionais que a integra para assim dar conta da complexa relação entre saúde e trabalho (PEREZ; BOTTEGA; MERLO, 2017).

Diante do exposto, Vasconcellos; Minayo e Machado, consideram: “[...] numa perspectiva de ação pública coordenada, articulada e harmônica, vemos o quanto ainda falta para afirmarmos que existe um sistema de vigilância em saúde do trabalhador no Brasil.” (VASCONCELLOS; MINAYO; MACHADO, 2014, p.4618).

5. 3 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

O CFESS (2010) frisa que a saúde do trabalhador tem se tornado uma importante área de atuação para o assistente social nas últimas décadas.

A dimensão social e histórica do trabalho ganha relevância nos determinantes das condições de saúde do trabalhador, com a complexidade da realidade atual, marcada pela precarização das condições de trabalho, aumento do mercado informal, flexibilização das relações de trabalho e restrição de direitos. A saúde do trabalhador envolve o coletivo de trabalhadores, inserido no processo saúde/doença no trabalho, não abrangendo apenas àqueles que têm o adoecimento neste processo. (CFESS, 2010, p. 40)

É nesse aspecto que o trabalho do assistente social desenvolve seus objetivos, considerando que o Serviço Social faz parte das especializações do trabalho, e da divisão social e técnica do trabalho social (IAMAMOTO, 2007), o que proporciona sua requisição pelas instituições de saúde, na prestação direta de serviços e execução de programas, tendo como principais espaços profissionais: atenção básica de saúde, centros regionais de referências em saúde do trabalhador, hospitais públicos ou privados e serviços ambulatoriais, dentre outros (MENDES e WÜNSCH, 2011)

Ainda de acordo com as autoras, são competências do Assistente Social na saúde do trabalhador:

Compreensão das relações que envolvem o processo saúde-doença e o trabalho; das múltiplas vivências dos sujeitos e de como percebem o processo de adoecimento; conhecimento das políticas sociais e dos princípios que as norteiam; capacidade de leitura crítica da realidade, de análise sócioinstitucional e da articulação com a rede de serviços; [...] postura investigativa, interpretativa, crítica, ética, de escuta, reflexiva, propositiva, capacidade de mobilizar pessoas, profissionais e instituições; capacidade de trabalhar a interdisciplinarmente no planejamento, na gestão, na execução e na implementação de políticas e na avaliação delas; [...] (MENDES; WUNSCH, 2011p. 477)

São muitas as intervenções profissionais que desenvolvem atendimento, prevenção e promoção da saúde, fiscalização do ambiente e condições de trabalho, defesa das condições ambientais, de acesso aos direitos previdenciários e trabalhistas. Os assistentes sociais produzem ações tanto individual como em grupo, pesquisa, assessoramento e mobilização dos trabalhadores, estando presente nas equipes multiprofissionais.

Bisneto (2007) aponta que o serviço social deve participar da saúde do trabalhador com uma equipe interdisciplinar, com ações educativas e continuadas, de forma a assegurar os direitos dos cidadãos. Realizar pesquisas e estudos epidemiológicos, institucionais e comunitários, a fim de entender as demandas a serem solucionadas. Procurando manter uma inter-relação com os setores da saúde. E claro dar voz ao trabalhador, que é o principal personagem de tudo isso, de modo que participe não só das ações, mas também do planejamento e desenvolvimento, de forma que se sinta parte do processo.

Nesse sentido, é necessário entender a estrutura e a dinâmica da sociedade e suas especificações acerca da saúde do trabalhador, é um conhecimento munido de força social e política para assim recair sobre a realidade concreta e restrita na saúde e no trabalho.

O Assistente Social é chamado a intervir nas questões que afetam de modo direto a produtividade do trabalhador, associada a interferência nos problemas psicossociais, que interfere no desenvolvimento do trabalho (CESAR,2010). Complementando a fala de Cesar, Dourado (2010) ressalta que o Serviço Social é uma profissão que de acordo com suas especificidades está dentro da divisão social e técnica do trabalho, pois demonstra competência em produzir uma visão mais completa dos processos que envolvem o trabalho, baseado em sua relação com os vários segmentos de trabalhadores.

Dessa forma o Assistente Social avalia as condições sociais, econômicas e culturais que podem interferir no processo saúde-doença, desenvolvendo estratégias para intervir em tais questões, atuando na defesa dos direitos sociais dos usuários.

O profissional é solicitado a atuar na gestão de benefícios, no caráter educativo, mediante orientações relacionadas aos direitos, e também por meio de projetos sociais, programas de qualidade de vida de treinamento e desenvolvimento, e ambiência organizacional (ABREU; COSTA; FERREIRA, 2016).

A função educativa que os autores falam tem caráter pedagógico e político, diz respeito ao bem-estar coletivo e a integração do trabalhador, com orientações, planejamento e promoção a uma melhor qualidade de vida.

Melo; Gomes (2013) trás as atribuições do serviço social dentro do CEREST/ CIST. A Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador (CIST) tem função consultiva e de assessoramento, fiscaliza, acompanha e dar respostas às consultas do Conselho de Saúde e do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). A CIST é formada pelo movimento social e por organizações governamentais que trabalham com a Saúde do Trabalhador. No que diz respeito ao assessoramento técnico, os profissionais de Serviço Social que atuam no CEREST, contribui na mobilização do movimento sindical, social e dos trabalhadores informais para participarem das atividades da CIST; promovem a capacitação da Comissão acerca do Controle Social, contribuindo para a criação de estratégias em prol da luta pelos interesses dos trabalhadores.

Comunicam e fazem capacitação sobre as Resoluções de Saúde do Trabalhador; SUS, e dos conselheiros, participação na elaboração de planejamento estratégias; informes das atividades do Centro nas reuniões da CIST e incentivo ao acompanhamento das decisões governamentais; [...] Mediação de conflitos entre membro da CIST e a instituição a qual representa. Além disso, existe as demandas ocultas, que exige do Assistente Social competência técnica para captá-las. (MELO; GOMES, 2013).

É fundamental a presença do Assistente Social nesse espaço, pois tem experiência com o controle social e, junto aos movimentos sociais, com capacidades metodológica, técnica e política, é credenciado a oferecer respostas qualificadas para as demandas.

5.4 EXCESSO X DESCONEXÃO

Um dos aspectos do sistema capitalista é a contradição, enquanto grande parte da população sofre com a falta de emprego, outros sofrem com o excesso, o que leva a importância da desconexão do trabalho, o que é absolutamente importante para o desempenho do trabalhador.

Cassar (2010), salienta a importância da desconexão do trabalho que deriva dos direitos constitucionais, como o direito a saúde e o lazer. Ter tempo para repor as energias, descansar o corpo e a mente. Deve haver um equilíbrio entre bem-estar do corpo, da alma e da mente. Se acontece um desequilíbrio em alguma dessas partes, virão os distúrbios de ansiedade, estresse, depressão, síndrome do pânico, sem citar os problemas físicos. Sendo assim os períodos de descanso é a materialização da desconexão do trabalho.

Segundo Leite (2016, p. 86) “O descanso libera da fadiga, enquanto que o lazer repara deteriorações físicas e nervosas das obrigações do cotidiano e do trabalho, ou seja, recuperação da fadiga física ou nervosa e liberação de tensões.”

“Modernamente, o tema da jornada ganhou importância ainda mais notável, ao ser associado à análise e realização de uma consistente política de saúde no trabalho.” Ou seja, nos últimos anos houve uma maior atenção com a saúde do trabalhador e o direito ao não trabalho faz parte desse pensamento moderno (DELGADO, 2017, p.974).

O conceito pertencente à categoria psíquica e psicológica consideram que o excesso de trabalho e longas jornadas é capaz de acarretar esgotamento psíquico e psicológico, atingindo a sua saúde mental e a capacidade de concentração. Além disso, essa teoria aponta para as doenças ocupacionais, como a síndrome do esgotamento profissional, conhecida como síndrome de Burnout. (GARCIA, 2017).

Na segurança do trabalho e na medicina existem preceitos que inclui as condições de trabalho, descanso e períodos de trabalho. São normas de atributo imperativo e estabelecem direitos de ordem pública, ou seja, proíbe que as partes renunciem ou disponham de algum deles, por está estabelecimento em lei. (CASSAR, 2015).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo acerca da saúde do trabalhador, teve como objetivo central apresentar os agravos a saúde dos trabalhadores sob a ótica do serviço social. Foi possível constatar como a produção capitalista tem afetado a saúde do trabalhador em vários aspectos, acarretando problemas de ordem física e mental, resultantes da sobrecarga, da exigência em ser um trabalhador polivalente, da exploração, da falta na garantia dos direitos e nas suas diferentes formas de precarização do trabalho, entre outras coisas. Tudo isso leva a importância da desconexão do trabalho apontado por alguns autores como essencial para reestabelecer a saúde tanto do corpo quanto da mente, influenciando diretamente no desempenho no trabalho.

Um outro ponto analisado é a existência de certos entraves para se colocar em prática as ações e a consolidação da política de saúde do trabalhador. Alguns autores citam problemas na organização política e econômica, a falta de uma articulação mais completa com o SUS, a subnotificação das ocorrências proporciona a descontinuidade das ações, e a dificuldade de acesso ao ambiente de trabalho.

A saúde do trabalhador busca abranger a totalidade das relações sociais em suas dimensões objetivas e subjetivas. O Assistente Social atua nessa área com base na política de saúde e a política nacional de saúde dos trabalhadores. Desenvolvendo e executando programas e projetos voltados para essa área, no intuito de informar e assegurar direitos, seja em órgãos públicos ou privados.

A partir dos dados analisados nota-se que é preciso uma certa prioridade em lidar com a saúde do trabalhador. Em alguns casos falta investimento financeiro, a capacitação dos profissionais que estão na ponta dos serviços em prática interdisciplinar e intersetorial, e enxergar a ST de forma adequada. É preciso considerar a saúde do trabalhador não somente como condição indispensável à reprodução social da classe trabalhadora, é também um direito social, condição basilar para a vida e a sociabilidade humana.

Por fim, apesar das limitações sobre o tema todos os objetivos desta pesquisa foram contemplados, proporcionando uma análise mais ampla da saúde do trabalhador e o serviço social. Este trabalho será de grande relevância acadêmica e social, pois possibilita a continuação da discussão da temática, assim como o surgimento de novos debates acerca do tema.

REFERÊNCIAS

ABREU, S. L. L. R. G; COSTA, D. V. F; FERREIRA, V. C. P. Como tem se dado a atuação do assistente social nas empresas privadas?. **Revista de carreiras e pessoas (Recape)**. ISSN 2237- 1427, v. 6, n.1, maio de 2016.

AGUIAR, L. D. B.C; VASCONCELLOS, L.C.F. A gestão do sistema único de saúde e a saúde do trabalhador: o direito que se tem e o direito que se perde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.106, p.830-840, jul/set. 2015.

AZEVEDO, F. C. Consultoria empresarial de Serviço Social: expressões da precarização e da terceirização profissional. **Serv. Soc. Soc.** [online]. n.118, pp.318-338. ISSN 0101-6628. 2014.

_____, **A gestão do SUS/ conselho nacional de secretários de saúde.** – Brasília: CONASS, 2015.

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. **Saúde e Previdência. Estudos de política social.** São Paulo: HUCITEC, 1986.

BRAVO, M. I. S. **Questão da saúde e serviço social: as práticas profissionais e as lutas no setor.** Tese de doutorado. Departamento de serviço social PVC/SP, 1991.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Senado, Brasília, DF. 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário oficial da República Federativa do Brasil**, 19 de set 1990.

BRASIL. Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário oficial da União** 1990: dez 31.

BRAGA R. **O golpe parlamentar e o fim da sociedade salarial no Brasil.** IdeAS. 2017/2018.

BARATA, R.B. **Desigualdades sociais e saúde**. In: CAMPOS et al. (org). Tratado de saúde coletiva, 2º ed, editora Hucitec, São Paulo, 2014, p.483-512.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador. Renast Online. Diretrizes de implantação da vigilância em saúde do trabalhador no SUS. 2012.

BENEVIDES, G, LIMA, M. J.O. **As transformações no mundo do trabalho e os desdobramentos no trabalho do Assistente Social**. In: JUNIOR, A. C. PIANA, M.C. LIMA, M.J.O (Org). Trabalho, Educação e Formação Profissional: Um debate do Serviço Social, Bauru: canal 6, 2014.

BISNETO, J.A. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.

BOTTEGA, C. G. **Clínica do Trabalho no Sistema Único de Saúde: Linha de Cuidado em saúde mental do trabalhador e da trabalhadora**. 2015. 215 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social e Institucional) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

CARDOSO, A. C.M. O trabalho como determinante do processo saúde – doença. **Tempo social, revista de sociologia da USP**, v.27, n.1. jun/2015.

CASSAR, Vólia Bomfim. **Reflexos dos avanços da tecnologia e da globalização nas relações de trabalho: novas profissões e métodos de execução do trabalho**, 2010.

CASSAR, V. B. **Direito do trabalho**. Rio de Janeiro. 11. ed. Forense; São Paulo: Método, 2015.

CARLOS NETO, D; DENDASCK, C; OLIVEIRA, E . A evolução histórica da Saúde Pública– **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**- Vol. 1. Ano. 1. Março. 2016, pp : 52-67 ISSN:2448-0959.

CEFESS. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Área da Saúde**. Brasília, 2010.

CERVO, A. L; BERVIAN, P. A; DA SILVA, R. **Metodologia Científica**, v. 6, 2006.

CESAR, M.J. **Serviço Social e reestruturação industrial: requisições, competências e condições de trabalho profissional.** In; MOTA, A. E. (org). A nova fábrica de consensos. São Paulo: Cortez, 2010. p. 115-148.

CONILL, E.M. Epidemiologia e sistemas de saúde. IN: Curso de Especialização a distância em Direito Sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. BRASÍLIA: **Ministério da Saúde**, 2002.

COSTA, N.R. **Lutas Urbanas e Controle Sanitário: Origens das políticas de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: vozes, 1985.

CORREIA, MV, SANTOS, VM. **Privatização da saúde via novos modelos de gestão: as Organizações Sociais em questão.** In: Bravo MIS, Andreazzi MFS, Menezes JSB, Lima JB, Souza RO, organizadoras. A mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Rede Sirius; 2015. p. 33-9.

DARDOT, P. & LAVAL, C. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal.** São Paulo: Boitempo. 2016.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho.** São Paulo, SP: Oboré/ Cortez. 1993.

DIAS EC, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no sus: a estratégia da RENAST. **Ciênc saúde coletiva.** 2005; 10(4): 817-29.

DELGADO, M. G. **Curso de direito do trabalho.** 16. ed. São Paulo: LTr, 2017.

DOURADO. E.O. **Reestruturação nos bancos e a ação do serviço social.** In: MOTA, A.E. (org). A nova fábrica de consensos. São Paulo: Cortez, 2010. p.149-165.

SCOREL, S. NASCIMENTO, D. R; EDLER, F. **As origens da reforma sanitária e do SUS.** In: Lima, Nísia Trindade et al. (org). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p. 59-81. 2005.

FARIA, T. W. **Dilemas e consensos: a seguridade social brasileira na Assembleia Nacional Constituinte de 1987/ 88 – um estudo das micro-relações políticos-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil.** Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, 1997.

FLEURY, S. **Saúde e democracia: a luta do CEBES** (org). São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FREIRE, L.M.B. **O serviço social na reestruturação produtiva: espaços, programas e trabalho profissional**. 2º ed. São Paulo: Cortez, 2003.

GARCIA, G. F. B. **Curso de direito do trabalho**. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2017.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social** 5. ed. São Paulo:Atlas,2014.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2016.

GONÇALVES, L. M: **O Direito fundamental social á saúde: Do Biopoder ás Audiências Públicas de Saúde**. 2012.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3. Ed. – São Paulo, Cortez, 2007.

LARA. R. **Saúde do trabalhador: considerações a partir da critica da economia politica**. In: LOURENÇO, E. A.S. (org). Saúde do trabalhador da trabalhadora e serviço social: estudos da relação trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo. Campinas: papel social, 2016. p.339-353.

LEITE, K. R.A. **Direito à desconexão e meio ambiente do trabalho**. Dissertação (Mestrado). Escola Superior de Ciências Sociais, Universidade do Estado do Amazonas, Manaus. 2016. 119 f.

LEAO, L. H. C; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.20, n.1, p.85-100, mar. 2011.

LINHART D. **Modernização e precarização da vida no trabalho**. In: ANTUNES, Ricardo. Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil. São Paulo: Boitempo. 2014.

LOURENÇO, E.A.S. **Na trilha da saúde do trabalhador: a experiência de Franca/SP/** Edvânia Ângela de Souza Lourenço. –Franca: UNESP, 2009.

LUNARDI, A. **Função social do direito ao lazer nas relações de trabalho**. São Paulo: LTR, 2010.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MACHADO, J. H. “**Ação transversal intersetorial entre o racional e o conjuntural**”, in: Encontro preparatório para 3º conferência nacional de saúde do trabalhador, Brasília: DF. 2005.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 5ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MENDES, J. M. R. WUNSCH, D. S. Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. **Serviço Social e Sociedade**, n.107, São Paulo: Cortez, 2011, pp. 461-481.

MELO, N. S. GOMES, V. L. B. **Controle Social na Política de Saúde do Trabalhador e a Contribuição do Serviço Social**: a experiência da comissão intersetorial em saúde do trabalhador/ CIST no Estado do Pará- Brasil. p. 3-8. 2013.

MENDES, J. M. R; WUNSCH, D.S; MACHADO, F. K.S; MARTINS, J; GIONCO, C. **saúde do trabalhador: desafios na efetivação do direito á saúde**. Argumentum, Vitória (ES), v.7, n.2,p.194-207, jul/dez.2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Anuário Estatístico da Previdência Social**: AEPS 2014. Ministério da Previdência Social, Brasília, DF, v. 23, ano 1, 2016.

MINAYO, M. C.S (org). **Pesquisa social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: vozes, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral á Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. **Diário oficial da República Federativa do Brasil**, 12 de novembro e 2009. Seção 1, p.76.

MINAYO-GOMEZ, C. **Campo saúde do trabalhador; trajetória, configuração e transformações.** In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 23-34.

MOTA, A. E. **Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista.** In: CFESS; ABEPSS. Serviço social: Diretrizes sociais e competências profissionais. CFESS/ABEPSS, Brasília: 2009.

MORAES, C.A. de S.A “ viagem de volta”: significados da pesquisa na formação e prática profissional do assistente social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.114, p.240-265, abr/ jul. 2016.

MOTA, A.E. **O feitiço da ajuda: as determinações de serviço social na empresa.** São Paulo, Cortez, 2010.

NETTO, J. P. **Introdução ao método na teoria Social.** In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/Abepss, 2009.
OIT- Organização Internacional do Trabalho. **A Prevenção das Doenças Profissionais.** Genebra, 2013.

OLIVAR, M. S. P. O campo político da saúde do trabalhador e o Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, n.102, São Paulo: Cortez, 2010, p.314-338.
PAIM, J. S. **O que é SUS?** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Coleção temas em saúde.

PRAUN, L. D. **Não sois máquina! Reestruturação produtiva e adoecimento na General motors do Brasil.** Tese (Doutorado em sociologia)- Instituto de Filosofia e ciências Humanas/ Departamento de Sociologia, Universidade Estadual de Campinas, 2014.

PRAUN, L. **Reestruturação Produtiva, Saúde e Degradação do Trabalho.** Campinas: Papel Social. 2016.

PINHEIRO, F.R. Saúde do trabalhador e Serviço Social: o impacto da reestruturação produtiva no mundo do trabalho. Estudos e pesquisas, **Revista UNILINS**, v.8, n.1, abril 2005.

PEREZ, K. V.; BOTTEGA, C. G.; MERLO, A. R. C. Análise das políticas de saúde do trabalhador e saúde mental: uma proposta de articulação. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 287-298, Jun/2017.

PINA, J.A. STOTZ, E. N. Intensificação do trabalho e saúde do trabalhador: uma abordagem teórica. **Revista Brasil, saúde ocupacional**. São Paulo, v. 39, n.130, p.150-160. 2014.

POÇO JLC, DIAS EC. **Descentralização de ações de saúde do trabalhador para a atenção primária de saúde – desafios e possibilidades: a experiência do CEREST de juiz de Fora, MG**. Ver méd. 2010; 2 (supl.2): 38-45.

ROSADO, I.V.M. RUSSO, G.H.A. MAIA, E.M.C. Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.20. p.3021-3032, 2015.

SELIGMANN, S. E. Desemprego e Desgaste mental: Desafio às Políticas Públicas e aos Sindicatos. **Revista Ciências do Trabalho**. São Paulo. 4, p. 89-109. 2015.

SIMÕES, C. Curso de Direito do Serviço Social/ Carlos Simões. – 7. Ed. – São Paulo: Cortez, 2014- (**Biblioteca básica de serviço social**; v, 3).

SILVA, E.N. **O processo saúde – adoecimento dos assistentes sociais que atuam em unidades de pronto atendimento em Mossoró – RN**. 2015.

SILVA, VM. LIMA, SML. TEIXEIRA, M. Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado no Sistema Único de Saúde: relação entre público e o privado e mecanismos de controle social. **Saúde Debate** 2015; 39: 145-54.

SILVA, J.P.C. FERREIRA, L.S. ALMEIDA, B.L.F. **A nova organização do trabalho e a saúde do trabalhador**. Vitória, 2017.

TAYLOR, F.W. **Princípios de Administração Científica**. São Paulo, SP: Atlas. 1995.

TEIXEIRA, S.F. **O Estado sem cidadão: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. Barcellos, Ana Paula. A Eficácia jurídica dos princípios constitucionais, cit, p. 230.

TEIXEIRA, F.S. **O Dilema da Reforma Sanitária Brasileira**. In: Reforma Sanitária Itália e Brasil. Berlinguer; Teixeira Fleury e Campos (orgs). São Paulo: HUCITEC-CEBES, 1988.

VASCONCELLOS, L. C. F; MINAYO GOMEZ, C.M; MACHADO, J.M.H. Entre o definido e o por fazer na vigilância em saúde do trabalhador. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.12, dez.2014.

VASCONCELLOS, L.C.F. AGUIAR. L. Saúde do trabalhador: Necessidades desconsideradas pela gestão do sistema único de saúde. **Saúde debate** 41(113) apr-jun 2017.

VENÂNCIO, J. ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE (org). **Textos de Apoio em Políticas de Saúde**. Organizado por Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.