



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**LUZINETE QUARESMA TOMAZ**

**A POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA NO  
CERAST: UM RELATO DA EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM  
SERVIÇO SOCIAL**

**CAMPINA GRANDE  
2019**

**LUZINETE QUARESMA TOMAZ**

**A POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA NO  
CERAST: UM RELATO DA EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM  
SERVIÇO SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para a obtenção do grau de Bacharela em Serviço Social.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Me Thaísa Simplício Carneiro Matias

**CAMPINA GRANDE- PB  
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

T655p Tomaz, Luzinete Quaresma.

A política de saúde do trabalhador e da trabalhadora no CERAST: [manuscrito] : um relato da experiência do estágio obrigatório em serviço social / Luzinete Quaresma Tomaz. - 2019.

31 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas , 2019.

"Orientação : Profa. Ma. Tháisa Simplicio Carneiro Matias , Departamento de Comunicação Social - CCSA."

1. Serviço Social. 2. Política de saúde do trabalhador. 3. Sistema Único de Saúde (SUS). 4. Acidente de trabalho. 5. Doenças ocupacionais. I. Título

21. ed. CDD 362.85

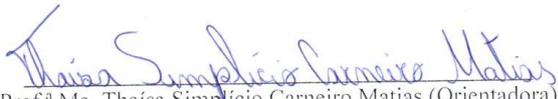
LUZINETE QUARESMA TOMAZ

A POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA NO  
CERAST: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM  
SERVIÇO SOCIAL

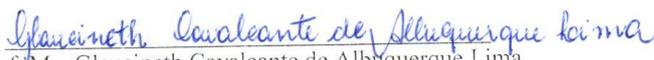
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Departamento de Serviço Social da Universidade  
Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência  
para a obtenção do grau de Bacharela em Serviço  
Social.

Aprovada em: 28 / 11 / 2019

BANCA EXAMINADORA

  
Prof.ª Ma. Thaísa Simplicio Carneiro Matias (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

  
Prof. Ma. Aliceane Almeida Vieira  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

  
Prof.ª Ma. Glaucineith Cavalcante de Albuquerque Lima  
Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador (CERAST/PMCG)

---

*A Deus, pois sem suas bênçãos nada disso  
teria se concretizado. **Dedico!***

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL CONTEMPORÂNEO: ELEMENTOS APROXIMATIVOS.....</b>	<b>8</b>
<b>3. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA: UMA CONQUISTA AMEAÇADA.....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE.....</b>	<b>17</b>
<b>3.2 A EXPERIÊNCIA DA INTERVENÇÃO: DISCUTINDO COM OS USUÁRIOS AS LEIS E DIREITOS DA SAÚDE ASSEGURADOS AOS TRABALHADORES.....</b>	<b>19</b>
<b>3.2.1 SALAS DE ESPERA: SOCIALIZANDO A POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR E TRABALHADORA NO CERAST.....</b>	<b>20</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>24</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>25</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>26</b>

# A POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA NO CERAST: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL

Luzinete QuaresmaTomaz<sup>1</sup>

## RESUMO

Com a homologação da Política Nacional de Saúde do(a) Trabalhador(a), em 2012, constituiu-se um passo importante para orientar as ações em atenção em saúde no Brasil. Em concordância no que preconiza a política do trabalhador(a), rural ou urbano, do setor público ou privado, assalariado, autônomo, doméstico, aposentado ou desempregado, tem direito a uma atenção integral à saúde e, portanto, é sujeito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). Diante dos relatos no estágio obrigatório, notou-se que os usuários não tinham conhecimentos das informações sobre as leis e direitos que lhes eram assegurados nesta política, que contém as ações do SUS. Objetivou-se então relatar a experiência das Salas de Espera desenvolvidas no estágio obrigatório de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) no serviço CERAST de Campina Grande/PB. Trata-se de um Relato de Experiência do tipo descritivo. Para tanto, buscou desenvolver estratégias de viabilização e disseminação de informações acerca da PNSTT, junto aos usuários no CERAST; produzir subsídios pedagógicos para socializar as informações; discorrer as ações desta política nos três níveis de atenção do SUS, interagindo de forma direta com os usuários, dando ênfase a comunicação de acidente de trabalho –CAT e destaque ao Art. 8b da Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012 e, a partir disso, subsidiar o debate também sobre a importância do trabalho desenvolvido neste serviço. Neste Relato é descrita a atuação do Assistente Social junto aos usuários que buscam o serviço do CERAST com suas demandas, promovendo as possibilidades do indivíduo voltar as suas atividades laborais. Durante o período do estágio obrigatório, foi possível conhecer a estrutura física do serviço do CERAST, além de acompanhar a rotina dos atendimentos, as ações voltadas para execução desses serviços e a realização das Salas de Espera. Compreende-se que as Salas de Espera foram de grande importância para os usuários com propagação das informações voltadas para Saúde do(a) Trabalhador(a), uma vez que muitos usuários não são conhecedores desta política tão pouco de seus direitos assegurados por ela, tanto os que já são atendidos, quanto os que vêm em busca de atendimento. Essa experiência me permitiu identificar a importância das atividades desenvolvidas no CERAST, não apenas como um espaço de reabilitação pré-estabelecido vinculado às normas e rotinas, mas também um espaço de aproximação e acolhimento. Tendo em vista a necessidade de informação a estes, reitera-se a importância deste trabalho, uma vez que os trabalhadores assistidos na instituição CERAST são necessitados de sua reabilitação para voltarem a exercer suas atividades laborais e usufruírem dos direitos assegurados dentro das ações do SUS.

**Palavras chave:** Serviço Social. Política de Saúde do Trabalhador. Sistema Único de Saúde (SUS). Acidente de Trabalho. Doenças Ocupacionais.

## ABSTRACT

With the approval of the Worker's National Health Policy, in 2012, it was an important step to guide health care actions in Brazil. In accordance with what the policy of the worker, rural or urban, public or private, salaried, self-employed, domestic, retired or unemployed, has the right to comprehensive health care and is therefore subject to the National Policy. Occupational Health (PNSTT). Given the reports in the obligatory stage, it was noted that users were unaware of the information about the laws

---

<sup>1</sup>Estudante de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba.  
E-mail: luzinetequaresma10@gmail.com

and rights that were assured in this policy, which contains the actions of the SUS. The objective of this study was to report the experience of the waiting rooms developed in the obligatory internship of Social Service of the State University of Paraíba (UEPB) in the CERAST service of Campina Grande / PB. It is an experience report of the descriptive type. To this end, it sought to develop strategies for enabling and disseminating information about PNSTT, with users in CERAST; produce pedagogical subsidies to socialize information; discuss the actions of this policy in the three levels of SUS care, interacting directly with users, emphasizing the communication of work accidents - CAT and highlighting Art. 8b of Ordinance No. 1,823 of August 23, 2012 and, From this, subsidize the debate also about the importance of the work developed in this service. This Report describes the role of the Social Worker with users seeking CERAST service with their demands, promoting the possibilities of the individual to return to their work activities. During the period of the mandatory internship, it was possible to know the physical structure of the CERAST service, as well as to follow the routine of the attendance, the actions directed to the execution of these services and the holding of the Waiting Rooms. It is understood that the Waiting Rooms were of great importance to users with spreading information related to Occupational Health, since many users are not aware of this policy nor their rights guaranteed by it, both those who are already attended, as those who come seeking care. This experience allowed me to identify the importance of the activities carried out at CERAST, not only as a pre-established rehabilitation space linked to norms and routines, but also a space for approach and reception. Given the need for information to them, the importance of this work is reiterated, since the workers assisted at the CERAST institution are in need of their rehabilitation in order to resume their work activities and enjoy the rights ensured within the actions of the SUS.

**KEYWORDS:** Social service. Occupational Health Policy. Unified Health System (SUS). Work accident. Occupational diseases.

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, só após o Movimento da Reforma Sanitária, que deu embasamento para criação da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi pautado de um conjunto de princípios e diretrizes para assegurar as leis e benefícios tão importantes para a vida das pessoas, é que os trabalhadores puderam ter acesso aos serviços de saúde, principalmente os mais carentes e os que não dispunham de recursos financeiros (AGUIAR, 2011).

A década de 1990 foi o marco do ideário neoliberal na saúde do Brasil, principalmente nos governos de Fernando Collor de Mello e Fernando Henrique Cardoso dando continuidade nos governos de Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff adentrando as contrarreformas que se aprofundaram no governo de Michel Temer, até verter-se na atual conjuntura do governo de Jair Messias Bolsonaro (SILVA, 2017).

Com a homologação da Política Nacional de Saúde do(a) Trabalhador(a), em 2012, constituiu-se um passo importante para orientar as ações em atenção à saúde no Brasil. Em concordância no que preconiza a política, do trabalhador e trabalhadora, rural ou urbano, do setor público ou privado, assalariado, autônomo, doméstico, aposentado ou desempregado, tem direito a uma atenção integral à saúde e, portanto, é sujeito da *Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora* (PNSTT), portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.

Reconhecendo a importância de socializar a PNSTT aos trabalhadores assistidos no Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador (CERAST), durante o período de Estágio Obrigatório do Curso Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), observou-se que muitos usuários não são conhecedores desta política, tanto os que já são atendidos, quanto os que vêm em busca de atendimento, encaminhados ou não por algum serviço da rede, mas que tem aspectos em comum trabalhadores que precisam ser reabilitados para retornar ao mercado de trabalho, e necessitam de mais informações sobre seus direitos, que são garantidos por lei.

O presente estudo teve como objetivo de relatar a experiência das Salas de Espera desenvolvidas no Estágio Obrigatório. Para tanto, buscou-se desenvolver estratégias de viabilização e disseminação de informações acerca da PNSTT, junto aos usuários no CERAST; produzir subsídios pedagógicos para socializar as informações; discutir as ações desta política nos três níveis de atenção do SUS, interagindo de forma direta com os usuários.

Para alcance dos objetivos, buscou-se desenvolver estratégias de viabilização e disseminação de informações acerca da PNSTT, utilizando uma proposta de intervenção junto ao público-alvo —usuários atendidos que são encaminhados pelos serviços de saúde do município de Campina Grande e região ou por demanda espontânea para atendimento no CERAST, visando levar a estes o conhecimento de seus direitos assegurados na PNSTT conforme a Portaria nº 1.823 de 24 de agosto de 2012. Para isto, utilizamos a metodologia das Salas de Espera (palestras apresentadas aos usuários enquanto esperam atendimento), que foram realizadas nos turnos manhã e tarde, de forma a alcançar o maior número de usuários do serviço. Foi discutido: o perfil do usuário atendido no CERAST, contemplando o que é um acidente de trabalho, um acidente de trajeto e as doenças ocupacionais, dando ênfase a comunicação de acidente de trabalho (CAT); as ações em saúde do trabalhador nos três níveis de atenção do SUS produzindo subsídios pedagógicos para socializar as informações durante as Salas de Espera; discutindo sobre as ações desta política nos três níveis de atenção do SUS, interagindo de forma direta com os usuários, e destaque ao Art. 8º da Portaria nº 1.823 e, a partir disso, subsidiar o debate sobre a importância do trabalho desenvolvido neste serviço. Para melhor compreensão dos temas foram utilizados flip-chart, cartazes, panfletos, dinâmicas e folders.

O projeto de intervenção desenvolveu-se no período de julho a outubro de 2019 e justificou-se pela necessidade de subsidiar e socializar informações acerca da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT) a estes usuários, à medida que o Serviço Social atuou na instituição de forma direta, destacando o documento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), um dos instrumentos indispensáveis para a aquisição de benefícios após um acidente de trabalho, tendo em vista os dados alarmantes das subnotificações.

A elaboração deste projeto colaborou de forma notável, com grande relevância em nosso desempenho como estagiária no Serviço Social, sendo um dos instrumentos que poderá vir a aprimorar diante das atribuições contempladas como Assistente Social futuramente, contribuindo para sociedade na prestação dos serviços ofertados pelas políticas públicas de saúde desenvolvendo as ações sugeridas neste projeto.

## **2. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL CONTEMPORÂNEO: ELEMENTOS APROXIMATIVOS**

O sistema de saúde brasileiro, ao longo de sua evolução, a partir da década de 1960, passou por diversos momentos acompanhando as tendências políticas e econômicas que marcaram a história, a organização e a evolução da política de saúde.

No Brasil, em 1964 houve um momento de instabilidade marcado pela ditadura militar, tendo perdurado 20 anos, que institucionalizou-se o período do regime militar e suas formas de atuação, os governos militares seguidos por Decretos e Atos institucionais. Com o golpe de 1964 muitas mudanças ocorreram no sistema sanitário brasileiro, maior atenção na assistência médica, o crescimento do setor privado e a abrangência de parcelas sociais no sistema previdenciário. Houve a unificação das Iaps em 1966 e a constituição do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), todas essas mudanças ocasionaram muita insatisfação na época com as unificações, os benefícios também foram unificados, então, trabalhadores de classes e categorias diferentes podiam gozar do mesmo serviço mesmo contribuindo com valores menores, isso gerou migração de pacientes, demora nos atendimentos e outros problemas, que culminou numa insatisfação geral (CORDEIRO, 1984).

O Estado Brasileiro reivindicava mudanças efetivas, em 1970, através do movimento sanitário com propostas de reformulação da prática médica e do sistema de saúde, esse movimento apresentou um conjunto de propostas políticas e técnicas que se consolidou enquanto Reforma Sanitária (TEXEIRA, 1981).

A maioria da população e trabalhadores não tinham direito à assistência médica prestada pelo INPS, uma vez que nos serviços de saúde do Ministério da Saúde (MS), as secretarias estaduais e municipais, não absorviam a demanda gerada pelo restante da população. A proposta de reformas no setor da saúde pelo movimento sanitário e maior a reestruturação do próprio Estado, desencadeou um movimento conhecido como Revolta da Reforma Sanitária (MATTA, 2007). Assim com as pressões por reformas dessas políticas de saúde, possibilitou transformações concretas ainda nos anos 70, mudanças que se efetivaram com algumas políticas implementadas como: a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), em 1974 e a formação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) também no mesmo ano, melhorando a democratização do saber e da prática interna dos órgãos de planejamento de saúde em diversas áreas sociais (BAPTISTA, 2003).

Na década de 1980 veio com o país em meio a uma crise política social e institucional, a previdência social vivia uma crise sem precedentes, a Reforma Sanitária sofria pressões do setor privado. Na VII Conferência Nacional de Saúde foi apresentada a proposta da reformulação da política de saúde e a formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos

de Saúde (Prev-Saúde) dotar o país de uma rede de serviços básicos que oferecesse, em quantidade e qualidade, os cuidados primários de proteção, promoção e recuperação da saúde, tendo como meta a cobertura de saúde para toda a população até os anos 2000. No entanto não teve êxito, haja vista a forte pressão sofrida, as entidades do segmento médico empresarial e o setor privado somando suas forças, impediram que o governo colocasse em prática o Prev-Saúde (MATTA; PONTES, 2007).

Em 1986 teve início a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), onde o Ministério da Saúde convocou: técnicos, gestores de saúde e usuários para uma discussão aberta sobre a reforma do sistema de saúde, criando assim um marco histórico da política de saúde brasileira. Nesta conferência após 20 anos de ditadura militar, pela primeira vez, existia o direito à participação, o direito a saúde unificada passava a ser para todos os cidadãos. O encontro reuniu mais de 4.000 pessoas em debate, teve como ponto importante a saúde como direito, uma garantia dada pelo Estado, que para prevalecer deve assistir o cidadão em diversos aspectos tais como: boas condições de alimentação, habitação, transporte, lazer, educação entre outros (FARIA, 1997).

Em julho de 1987 foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) uma proposta do Inamps contou com o apoio dos ministros da Previdência, da Saúde e da Educação e serviu como uma estratégia para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Enquanto o Suds era implementado ocorria as discussões da Assembléia Nacional Constituinte de 1987/88 nela o relatório da Conferência foi usado como base e foi aprovada a criação do SUS (FARIA, 1997).

O SUS é o sistema de saúde oficial brasileiro, estabelecido formalmente a partir da Constituição Federal de 1988. Inscrito na carta magna, ele acatou as proposições da sociedade civil organizada, incorporando mudanças no papel do Estado. É pautado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional (AGUIAR, 2011).

Antes da Constituição Federal vigente, saúde pública brasileira não era uma prioridade para os primeiros governantes, ela só tinha atenção do poder público em casos de epidemias e no controle delas quando isso afetava os interesses econômicos e ameaçavam o modelo capitalista adotado no país, porém, com a criação do SUS, foi instituído um modelo protetor brasileiro para uma nova concepção do sistema de saúde. Assim, a saúde passa a ser um direito de todos os cidadãos e dever do Estado (Artigo 196 da CF de 1988). Podemos afirmar que o SUS é um conjunto de ações e serviços de saúde, de acordo com princípios, diretrizes e dispositivos estabelecidos pela Constituição da República, assegurados por meio de recursos públicos de acordo previsto na lei (PAIM, 2014).

Antes da existência do SUS, o Ministério da Saúde cuidava das ações preventivas e de caráter coletivo e o Ministério da Previdência e Assistência Social cuidava da assistência médica de caráter individual. Com essa nova concepção, os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país, como os indicadores de saúde dessa população devem servir de parâmetros para avaliar o desenvolvimento do país e o “bem-estar” da população em geral. Assim, antes uma parcela do povo não tinha direito aos serviços de saúde, era um “privilegio” para os trabalhadores que estavam inseridos formalmente no mercado de trabalho, contribuindo com a previdência. Aos que não contribuam esse direito não era assegurado, e com isso, restavam apenas poucos serviços públicos ou filantrópicos disponibilizados.

A Reforma Sanitária foi um projeto articulado nos anos 70 e 80 no Brasil, com a perspectiva de reformulação do sistema de saúde, que aprofundou no período do regime militar a sua característica de assistência médica curativa fortemente vinculada ao setor privado e lucrativo, eminentemente excludente, curativo, pouco resolutivo e dispendioso. O projeto de reforma sanitária preconizava a criação de um sistema único de saúde, acabando

com o duplo comando do Ministério de Saúde e do INAMPS que executavam ações de saúde em perspectivas antagônicas (AGUIAR, 2011).

A partir da criação do SUS, com seus princípios e diretrizes pautados na Reforma Sanitária, significou uma grande vitória da sociedade, ele foi criado em um período que o Brasil encontrava-se com instabilidade econômica, altas taxas de inflação e de grande influências da conjuntura neoliberal que recuava os movimentos sociais, os quais traziam sérias dificuldades para sua regulamentação e implementação de seus princípios e diretrizes, e da concretização da nossa Constituição Cidadã, assim ficou conhecida por ser completamente voltada para os direitos dos cidadãos, uma vez que representou um grande avanço na luta pelos direitos destes, excluindo a velha política de leis que privilegiavam apenas uma parcela da população. Um dos desafios são as mudanças no modelo assistencial que antes era voltado para assistência médica individual de caráter curativa, controles biológicos de pouca abrangência, tendo em vista o tamanho do país, resultou em uma baixa cobertura e pouca eficiência na solução dos problemas de saúde da população (AGUIAR, 2011).

Atuando nas três esferas do governo (federal, estadual e municipal) o SUS é um sistema considerado único porque os princípios e diretrizes que a organização dos serviços e ações de saúde deve seguir são os mesmos nas três esferas de atuação (BAPTISTA; LIMA, 2003).

Segundo Matta e Pontes (2007, p.51):

O SUS insere-se em um contexto mais amplo da política pública – a seguridade social – que abrange, além das políticas de saúde, as políticas de previdência e assistência social. A definição do modelo de seguridade social no Brasil significou a formulação, pela primeira vez na história do país, de uma estrutura de proteção social “abrangente” (universalidade de cobertura e do atendimento), “justa” (uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais), “equânime” (equidade na forma de participação do custeio) e “democrática” (caráter democrático e descentralizado na gestão administrativa) na qual cabe ao Estado a provisão e o dever de atenção (Brasil, 1988, art.194). Com esse modelo, rompe-se definitivamente com o padrão político anterior excludente e baseado no mérito e afirma-se o compromisso com a democracia.

Segundo a revista *Argumentum* (2018; p.58), em 1990, ocorreu a regulamentação dos SUS por meio da Lei Orgânica de Saúde (LOS), composta pelas Leis: 8.080/90 (que aborda as condições para promover, proteger e recuperar a saúde, além da organização e o funcionamento dos serviços também relacionados à saúde) e 8.142/90 (nela são instituídas as instâncias colegiadas e os instrumentos de participação da comunidade, consolidando assim, um espaço público de controle social, mediante a participação da população por meio das Conferências/Fóruns e Conselhos de Saúde em cada esfera de governo

No projeto neoliberal implementado por Collor de Melo, foram criadas muitas dificuldades que retardaram a regulamentação, então, a Lei 8.080 que por sua vez sofreu vários vetos por meio do executivo, em dezembro do mesmo ano como resultado de negociações foi aprovada a Lei 8.142, que recuperou alguns desses vetos no tocante a itens relativos ao financiamento, controle social entre outros, as duas Leis ganharam o nome de Lei Orgânica da Saúde (LOS) (ARGUM, 2018).

A LOS define as competências e atribuições nas três esferas de governos, federal, estadual e municipal e discriminando as responsabilidades específicas do SUS, orientando o funcionamento e a participação complementar dos serviços privados, das políticas de recursos humanos, financiamento, gestão financeira, planejamento e orçamento (PAIM, 2014).

O SUS norteia-se por princípios doutrinários e princípios organizativos, o primeiro cuida da idéia filosófica por trás da sua criação e implementação, tais como: o princípio do direito à saúde; já o segundo cuida da orientação e funcionamento do sistema contemplando

os princípios doutrinários, são eles: a Universalidade, a Equidade e a Integralidade da atenção, por sua vez, os princípios organizativos também conhecidos como diretrizes do SUS são: a Descentralização, a Regionalização e Hierarquização do sistema e a participação e o Controle Social. Em conjunto os princípios primam pelo direito à saúde para todos com fácil acesso e participação dos cidadãos nas políticas de saúde e serviços prestados pelo SUS (RONCALI, 2003).

Segundo Aguiar (2011,p.50-51):

**Universalidade** é a garantia constitucional de acesso de toda a população aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. O direito a saúde vai além do acesso a assistência médica e aos serviços de saúde e engloba o conjunto de políticas públicas que visam à melhoria das condições de vida da população.

**Equidade** é definida como igualdade no acesso aos serviços e ações de saúde no artigo 196 da Constituição Federal. O princípio da equidade assegura que a disponibilidade de serviços de saúde considere as diferenças entre os grupos populacionais e indivíduos, de modo a priorizar aqueles que apresentam maior necessidade em função de situação de risco e das condições de vida e saúde. Nesse sentido, significa um princípio de justiça social buscando corrigir iniquidades sociais e em saúde.

**Integralidade** é um princípio do SUS compreendido a partir da Lei 8.080 “como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.” Para que haja integralidade da assistência, se faz necessária a articulação entre a prevenção, a promoção e a recuperação no cuidado prestado a cada cidadão que utiliza os serviços do SUS, além de ações intersetoriais para o alcance de melhores níveis de saúde individual e coletiva.

Os princípios organizativos também conhecidos como diretrizes do SUS definiram as estratégias dos doutrinários, isto é, o “como fazer”, a partir deles foi possível concretizar a forma de organização e operacionalização do sistema, que apontam para a democratização nas ações e serviços de saúde, possibilitando um direito a todos, organizando-se descentralizadamente (BRASIL, 2000).

Ainda segundo Aguiar (2011), a descentralização diz respeito à redistribuição das responsabilidades no tocante às ações e serviços de saúde entre os três níveis do governo (federal, estadual e municipal), de modo que a Lei 8.080 estabelece a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo, enfatizando a municipalização e a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, objetivando adequada distribuição de serviços à promoção da equidade de acesso, otimização dos recursos e racionalidade de gastos. Já a participação e o controle social consistem em garantias constitucionais de que a população, mediante entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas públicas de saúde, em relação ao controle a sua execução, em diversos níveis, pressupondo a democratização do conhecimento do processo saúde–doença e dos serviços, bem como estimulando a comunidade ao efetivo exercício do controle social na gestão do sistema.

Segundo Paim (2014), a participação popular pode ser um dos meios fundamentais para garantia do direito a saúde com grande importância para a formulação e implantação dos princípios e diretrizes do SUS, mas, mesmo assegurada pelo arcabouço legal do SUS, esses mecanismos participativos ainda são limitados. O direito à saúde sofre ameaças diante da contenção de gastos públicos e de políticas econômicas e sociais que constroem o seu alcance. Assim a consciência sanitária significa luta para exercer, garantir e usufruir esse direito. O direito à saúde não é um direito que se alcança ao nascer, não é uma dádiva de qualquer governo. É historicamente construído e conquistado mediante lutas sociais.

Entretanto, cabe destacar que as políticas sociais no Brasil contemporâneo foram inseridas num processo de contrarreformas, incorporadas as diretrizes dos organismos internacionais com especificidades na formação social, econômica e política. Esse processo vem ocorrendo desde os anos 1990, a partir de diferentes conjunturas: no neoliberalismo com os governos de Fernando Collor e de FHC, no social-liberalismo de Lula da Silva e Dilma Rousseff e no recrudescimento do neoliberalismo de Michel Temer e, na atualidade, o governo, com viés militarista e privatista, de Jair Bolsonaro. Nesse contexto as reformas que deveriam ser para ampliar e melhorar os direitos, assumiram o status de contrarreformas, pois passaram a reduzir os direitos dos trabalhadores e garantias sociais. Estas contrarreformas foram promovidas também na saúde, na educação, na previdência social tirando a responsabilidade do Estado e passando para o mercado (SILVA, 2017).

A década de 1990 foi o marco do ideário neoliberal no Brasil, principalmente no governo de FHC(1995-2002), surge o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRE), que tinha diversas medidas que o Estado deveria adotar, tais como desmonte dos direitos sociais, com o intuito de reduzir as dívidas interna e externas na tentativa de estabilização da economia brasileira. Ainda no governo de FHC, foram criadas as Parcerias Público Privadas (PPP) e as Organizações Sociais (OS), através da Lei N° 9.637/98 principalmente para a gestão das políticas sociais e da saúde.

Nos anos 2000, com os governos do PT, tem continuidade a criação e ampliação das PPP, que através das OS, novos modelos de gestão foram criados à exemplo da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Trata-se de uma empresa com personalidade jurídica de direito privado e tem como finalidade a prestação de serviços médicos, hospitalares, ambulatorial, apoio diagnóstico e terapêutico de forma gratuita e que o art. 207 da constituição Federal, que se refere à autonomia universitária deve ser respeitado. Dentre as competências da empresa estão: a administração dos hospitais e execução de serviços médico-hospitalares e de apoio ao ensino, pesquisa e extensão e formação de pessoas no campo da saúde pública. Foi implantada no governo de Dilma Rousseff, por meio da Lei N° 12.550/11 para gerenciar os Hospitais Universitários (HUs) (SILVA, 2016). Antes do seu afastamento em 2016, Dilma aprovou a Lei 13097/2015 em 19 de janeiro de 2015, cujo artigo 142 permite a abertura de capital estrangeiro para saúde na oferta de serviços. Essa nova Lei, fruto da medida provisória 656/2014, alterou a Lei n° 8.080/1990, que disciplina os serviços privados de atenção à saúde, e que passa a permitir expressamente a participação e o controle de empresas ou de capital estrangeiro em alguma atividades de apoio à assistência à saúde,(dentre outras hospitais) (SILVA, 2017).

Com a viabilização e o fortalecimento da criação dessas empresas “públicas” para gerir Hospitais Universitários (EBSERH) no governo Dilma, o seu primeiro Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, defendeu a expansão das OS como modelo que teria o mesmo status que a administração pública, e também fortaleceu as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo que são as articulações público-privadas para produção interna de alguns fármacos. Refletindo a correlação de forças no Congresso, que também possuía uma bancada financiada pelo setor privado de saúde, a PEC 451 foi apresentada, afrontando a Constituição Federal por tornar obrigatório que as empresas contratem plano de saúde para o trabalhador, pago com benefício fiscal (MENEZES, 2016).

Observa-se que, os governos petistas Lula da Silva (2003-2010) e Dilma Rousseff (2011-2016) assumiram um ideário “neodesenvolvimentista” o foco foi uma política de desenvolvimento com promoção do crescimento econômico e justiça social, trazendo alguns dividendos positivos pontuais, mas também trouxe problemas para o futuro, porque no segundo mandato do governo Lula, o PT abriu um leque de alianças com partidos de centro de direita de perfil conservador que levaram o PT na mesma linha macroeconômica de viés

neoliberal. O PT abandonou as bandeiras emancipatórias da classe trabalhadora em detrimento da participação nos espaços políticos da burguesia (ARGUM., 2018).

Em 2016 no governo de Michel Temer (*pósimpeachment*) as contrarreformas se aprofundaram com um crescente ataque aos direitos dos trabalhadores. Na regressividade das políticas, iniciativas se destacaram como, por exemplo: a aprovação da Emenda Constitucional Nº 95/2016, a conhecida PEC/95 do Teto dos Gastos Públicos que congela os recursos (investimentos) da saúde e educação por 20 anos, inviabilizando o SUS (BRASIL, 2017). Das propostas de contrarreformas aprofundadas no governo Temer as de maior impacto foram para as políticas de saúde. Três documentos foram divulgados em 2015 e 2016 colocando as principais propostas do PMDB: A Agenda Brasil; Uma Ponte para o Futuro e Travessia Social (BRAZ, 2017).

Ainda neste governo, Temer deixou claro os interesses econômicos, políticos e sociais que estavam por traz do golpe com a implantação de um programa de austeridade econômica, carregado de medidas impopulares. Além disso, a forte atuação dos grupos conservadores no parlamento e na sociedade, somado ao intenso ativismo (com viés conservador). Com baixíssimos índices de popularidade procurou manter o apoio dos quartéis através de inúmeras concessões, tais como a aprovação de aumentos salariais para militares - apesar do congelamento dos gastos públicos - e a sua exclusão do polêmico projeto de reforma da previdência, etc.

Observa-se que nos dois anos de governo de Michel Temer, a legitimidade do sistema político foi ruindo, especialmente após o escândalo da corporação JBS em 2017, segundo o qual políticos tradicionais de diversos partidos tradicionais “ideológicos” haviam sido beneficiados com propinas, diante deste quadro político, desde 2017 Bolsonaro começa a crescer nas intenções de voto (FREIXO, 2018).

Percebe-se, portanto, que na atual conjuntura, a crise brasileira, em sua essência, origina-se tanto pelo reflexo de uma crise do capital mundial, quanto uma crise da política trazida pelo governo anterior, em sua forma de desaguadouro. Havendo também uma crise institucional, estrutural, mediante graves injunções trazidas pela mídia e escândalos envolvendo mensalões e propinas para grandes empresas. Verifica-se que Bolsonaro foi eleito para Presidência da República por condução da burguesia nacional e internacional, ajudado pela situação político-social que se desdobrava naquele momento, como também por segmentos populares instigados ao conservadorismo, pelas mãos de setores da direita neoliberal, já tradicionalmente assentados na política (MDB, PSDB, DEM), (MASCARO, 2019).

Para Massuda (2019), o cenário anterior foi bem conservador, mas hoje estamos piores. As restrições fiscais implementadas, a partir de 2016, marcaram o início de um período de retrocesso nas conquistas obtidas pelo SUS. Mas em paralelo temos novas diretrizes ambientais, educacionais e de saúde do governo de Bolsonaro, que podem reverter muito rapidamente os progressos, comprometer a sustentabilidade do SUS e a capacidade de cumprimento da obrigação constitucional na prestação de cuidados de saúde às populações e terceirização dos serviços.

O financiamento do SUS teve uma diminuição de R\$ 8,5 Bilhões, diante deste quadro de desfinanciamento do SUS, provocado pela PEC 95/16, que congela as despesas primárias, reduzindo-as em relação ao PIB ou em termos per capita por duas décadas, que conteve os investimentos em políticas sociais aos princípios da austeridade fiscal, vem sendo justificada com a promessa de otimizar os recursos para melhor servir a população e direcioná-los para as regiões que demandam mais atenção (NAPP-SAÚDE, 2019).

Muitas incertezas temos neste governo, tanto no que diz respeito à democracia como aos direitos sociais, e em especial, aos direitos trabalhistas. A reforma trabalhista aprovada em 2017 pelo governo Temer, acabou com os impostos sindicais obrigatórios e o atual governo

quer o fim da unicidade sindical. Mudanças também ocorreram com relação à jornada de trabalho, com regras que só diminuem aos direitos adquiridos pela classe trabalhadora.

O Projeto de Reforma da Previdência, justificada por Bolsonaro, com ênfase de sustentabilidade e equilíbrio fiscal, com promessas de crescimento vigoroso, baseado nas especulativas de mercado, que segundo Eduardo Fagnari (professor do Instituto de Economia da UNICAMP), com essa reforma pretendida pela equipe do atual governo, o sistema se tornará ainda mais excludente, uma vez que um contingente maior de trabalhadores não conseguirá cumprir os requisitos mínimos para requerer a aposentadoria (WANDERLEY et al, 2019) .

Após os 30anos da incorporação de partedo projeto de Reforma Sanitária pela ConstituiçãoFederal, ainda é difícil indicar que princípios e diretrizes foramefetivamente cumpridos. No entanto, muitos avanços e desafios foram conquistados e enfrentados por todos os envolvidos na sua implementação, é importante que se faça lembrar que os princípios e diretrizes criados em seu início devem ser respeitados e que a Reforma Sanitária não pode se transformar numa promessa não cumprida pelas forças políticas que apostaram num novo projeto de sociedade para o Brasil. Outro desafio está na articulação intersetorial para o desenvolvimento de políticas mais abrangentes na garantia de saúde como direito social e de cidadania(AGUIAR, 2011).

Segundo Paim (2009, p. 92):

Quanto aos maiores problemas, além dos gargalos do financiamento, da infraestrutura restrita e da questão não resolvida dos recursos humanos, há a organização deficiente entre a atenção básica e as chamadas de média e alta complexidade. A baixa efetividade alcançada até o momento pela atenção básica leva a uma sobrecarga nos demais níveis do sistema e gera tensão entre eles, resultando na persistência de mecanismos de seletividade e iniquidade social. Além disso, o crescimento desordenado dos planos de saúde consolida a segmentação do sistema e a dupla porta de entrada com escassa regulação.

Ao final, muitos impasses permearam a conservação do SUS e suas atividades, vale ressaltar que além de todos os pontos citados ainda temos a questão política, para além das ações que podem ser realizadas no interior da sociedade civil, no Estado e nos seus aparelhos e instituições. Isso significa a possibilidade de atuar junto aos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, bem como nos aparelhos de hegemonia, a definição de alternativas pensadas para serem viabilizadas passam, necessariamente, pelos propósitos e pela ação de governos, muito ainda deve ser feito para uma eficiência administrativa, para que a máxima da criação do SUS seja respeitada, que é o direito de saúde igualitária para todos como está instituído nos seus princípios e diretrizes (PAIM, 2017).

Machado (2019) mostra os dados, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, p. 26 -27):

O país tem 210 milhões de habitantes, e cerca de 162 milhões- quase 80% da população- dependente exclusivamente do SUS, de acordo com o Ministério da Saúde. E embora ninguém negue que o Sistema Único precisa ser fortalecido e, inclusive, ampliado, há números bastante expressivos para mostrar. O primeiro nível de atenção aos brasileiros, conta hoje, com 42.606 unidades básicas de saúde e 42 mil equipes da Estratégia Saúde da Família, que atendem um universo de 130,6 milhões de pessoas em 5.465 municípios- o que significa uma cobertura de 63,49% da população. Isso mostra a capacidade do SUS, um dos maiores e mais complexos sistemas públicos de saúde do mundo. E como se pode imaginar, há uma extensa força de trabalho por trás disso tudo.

Assim, temos que colaborar cada vez mais pra a consolidação do nosso SUS, hoje tão ameaçado pelas políticas privatistas e pelos interesses do mercado, pois ele é o maior patrimônio do povo brasileiro, principalmente para aqueles que dependem exclusivamente dele. De acordo com pesquisadores da Universidade Estadual de Londrina, o SUS é um importante empregador, onde estão distribuídos no serviço público: 52% dos enfermeiros, 44% dos médicos, 27% dos dentistas, 11% dos farmacêuticos e 10% dos psicólogos. O levantamento publicado em 2018 na revista *Ciência e saúde Coletiva* atenta para o fato de o SUS deter mais de 60% dos estabelecimentos de saúde do país e absorver em torno de 80% da força de trabalho desse setor. Foram quase dois milhões de empregos gerados no período compreendido entre 2008 e 2013. Segundo o CNES, em maio 2019, somaram-se no SUS 2.959.427 profissionais, sendo: 405.511 médicos, 259.434 enfermeiros, 137.124 odontólogos, 66.340 psicólogos, 747.328 técnicos em saúde, 415.2 mil técnicos em enfermagem, 259 mil ACS's, 46.125 técnicos e auxiliares de laboratório, 108.084 técnicos administrativo (MACHADO, 2019).

Mesmo diante da grande expressividade do SUS, na atual conjuntura das políticas de saúde, desde 2016 os processos de contrarreformas do Estado se aceleram cada vez mais, a área da saúde é um dos nichos de lucro a ser mais explorados, uma vez que abrange um número expressivo de profissionais e usuários. Em torno de 75% da população são assistidos pelo SUS, portanto, são os trabalhadores os mais atingidos com sobrecarga de trabalho e escassez de insumos para desempenhar uma assistência eficaz (BRAVO, PELAEZ e PINHEIRO, 2018).

Diante disto, podemos perceber que todos os setores da vida social foram afetados com as contrarreformas, dentre eles os profissionais do Serviço Social brasileiro não foi uma exceção, muito pelo contrário, sofrendo forte impacto pela atual conjuntura os profissionais da área tiveram que enfrentar mudanças societárias e alterações nas condições de trabalho. A importância da profissão vem sendo desmerecida, a formação acadêmica sendo negligenciada, fatos como o sucateamento das universidades públicas, precárias condições de trabalho dos docentes, aumento da formação de profissionais em instituições privadas e até mesmo cursos a distância só reforçam essa situação. O Serviço Social, por outro lado, é muito importante para as demais áreas sociais, pois o profissional qualificado tem competências e atribuições para atuar amplamente, criando projetos, com capacidade para atuar a frente na luta, dos seus próprios direitos e da sociedade (ARGUM, 2018), a exemplo da área da saúde do trabalhador, conforme discutiremos a seguir.

### **3. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA: UMA CONQUISTA AMEAÇADA**

A Saúde do Trabalhador (ST), segundo o Conselho Federal de Serviço Social (CFEES, 2010), envolve o coletivo de trabalhadores inseridos no processo saúde/doença no trabalho, não abrangendo apenas àqueles que têm o adoecimento neste processo, mas também os trabalhadores(as) que são vítimas de acidentes causados pela sua atividade laboral.

A Reforma Trabalhista alterou o § 2º, do art. 58 da CLT, excluindo do tempo à disposição do trabalhador justamente o período de percurso da residência até o local de trabalho. Nesse sentido: “Art. 58 - A duração normal do trabalho, para os empregados em qualquer atividade privada, não excederá de 8 (oito) horas diárias, desde que não seja fixado expressamente outro limite.(...)§ 2º O tempo despendido pelo empregado desde a sua residência até a efetiva ocupação do posto de trabalho e para o seu retorno, caminhando ou por qualquer meio de transporte, inclusive o fornecido pelo empregador, não será computado na jornada de trabalho, por não ser tempo à disposição do empregador.” Com a Reforma Trabalhista os acidentes de trajeto ou percurso, não se configuram mais como

acidentes de trabalho, assim, não há a obrigatoriedade das empresas emitirem a CAT., em casos desses acidentes. O Conselho Nacional de Previdência Social ("CNPS") alterou a metodologia do cálculo do Fator Acidentário de Prevenção ("FAP") através da Resolução 1.329/17 e retirou o acidente de trajeto do FAP em 2018, sob o fundamento de que o empregador não tem influência sobre os acontecimentos que ocorrem no trânsito, longe da fiscalização do empregador (SCHIOSER, 2018).

As políticas públicas de atenção integral em Saúde do Trabalhador (ST) que incluem ações envolvendo assistência, promoção, vigilância e prevenção dos agravos relacionados ao trabalho. Essas ações que poderiam contribuir de forma mais efetiva para a melhoria dos indicadores nacionais, que colocam o país em situação crítica quando comparado com nações socialmente mais desenvolvidas (LACAZ, 2006). Tais ações devem ser desenvolvidas pelo Estado brasileiro, sendo consideradas também como competências abrangendo os três níveis de atenção do SUS, as quais foram uma conquista social garantida na Constituição Federal de 1988 e consolidada pela Lei nº 8.080/90.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), ocorrem anualmente cerca de 270 milhões acidentes do trabalho no mundo, sendo que 2 milhões deles são fatais e, segundo "a OIT, o Brasil ocupa o 4º Lugar no ranking mundial de acidentes fatais" (ZINET, 2012, p. 16).

Neste campo de investigação apresentou-se como contraponto à saúde ocupacional, aliado ao saber operário e a categoria no processo de trabalho como diferenciais para os estudos da área exigindo o desenvolvimento de ações de atendimento, prevenção e promoção da saúde (MINAYO; GOMEZ; THEDIM; 2003; COSTA, 2003).

As acentuadas mudanças no mundo do trabalho que ocorreram nas últimas décadas, sobretudo a partir dos anos 1970, e que provocaram discussões sobre suas consequências desiguais e combinadas, atingindo todos os trabalhadores, mas de maneira diversa nas diferentes regiões do mundo (ANTUNES, 2007).

Nos anos 2000, houve uma retomada do crescimento com distribuição de renda e diminuição da pobreza, mas sem que ocorresse uma diminuição das desigualdades sociais a partir das políticas focais implementadas (SOARES, 2005; VIANNA, 2009).

Um dos elementos constitutivos do desenvolvimento brasileiro foi a alternância de etapas de crescimento e industrialização acelerada com momentos de recessão, inflação galopante e desmonte da estrutura produtiva existente, típicos do capitalismo tardio que caracteriza a realidade de nosso país. As mudanças estão inseridas na idéia de crise estrutural do capital, a qual tem como fatores principais o neoliberalismo e a reestruturação produtiva (ANDERSON, 1995; GORENDER, 1997; MÉSZÁROS, 2002). Ambos são frutos de uma crise sistêmica (e estrutural) do modo de produção capitalista, que tem sua origem na queda da taxa de lucro verificada a partir dos anos 1970 nas economias ditas desenvolvidas (ANTUNES, 1999; BORÓN, 2000).

No interior das empresas, vigoram modos de gestão da produção de bens e de serviços cujo fim é capturar a subjetividade dos trabalhadores para engajá-los na condução e na operação dos novos dispositivos tecnológicos e organizacionais. Sob esta lógica, o homem produtivo é instigado a pensar mais, porém de acordo com a racionalidade instrumental do capital (LIMA, 1996; ALVES 2011). Assim em tempos modernos o ideário é "produzir mais com menos", ou seja, menor contingente, menor tempo, menor custo, implantadas formas enxutas e flexíveis na organização do trabalho incrementadas com tecnologias computacionais (FERREIRA, 2001).

Outros fatores que condicionam esta intensificação podemos elencar: aumento das metas de produção; pressão da clientela; aceleração dos ritmos de trabalho; aumento de horas extras, das responsabilidades das funções e das tarefas, expresso na polivalência. O tempo de trabalho invade e impede cada vez mais o tempo de regulação social e familiar. Aprecarização

dos vínculos e dos contratos de trabalho, que ocorre pela via das terceirizações e das precárias condições de trabalho, a persistência de elevada rotatividade da força de trabalho, o aumento da informalidade, a adoção de trabalhos em tempo parcial e em domicílio são elementos que também estão na origem dos agravos relacionados ao trabalho (KREIN, 2009).

Ademais, é fundamental salientar que tal realidade foi plasmada em uma nova ordem e forma de organização do Estado e do seu papel dentro das chamadas políticas sociais, isto é, nos marcos do chamado neoliberalismo e da penetração no Aparelho de Estado da lógica privada, caracterizada pelo que ficou conhecido como gerencialismo (PAULA, 2005).

A instituição da Portaria 1.823 pelo Ministro de Estado da Saúde foi uma atribuição foi um grande avanço para à Política de Saúde dos trabalhadores(as).

Segundo o Art.2º da Portaria Nº 1.823 de agosto de 2012, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

O Art.3º da mesma portaria nos traz que:

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.

Assegurando, assim, os direitos e medidas de proteção na integralidade à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações da Atenção à Saúde do SUS.

Cumpra destacar também que, durante a transição do governo entre Temer e Bolsonaro, houve o anúncio da extinção do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) pelo Ministro Onix Lorenzoni. A Medida Provisória 870 conhecida como a MP da reforma administrativa que foi publicada dia 1º de Janeiro de 2019, quando Jair Bolsonaro tomou posse, efetivou as mudanças prometidas por ele antes de sua posse. Entre outros pontos, reduziu de 29 para 22 o número de órgãos com status ministerial. As atribuições do Ministério do Trabalho foram distribuídas entre três ministérios (Economia, Cidadania e Justiça). Esta extinção MTE coloca-se em risco a fiscalização das relações de emprego no país e a edição de normas protetivas do trabalhador. Esta afirmação foi feita por integrantes de entidades ligadas à temática trabalhista, por uma comissão mista que analisa a MP em uma audiência pública (OLIVEIRA, 2019).

### **3.1A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE**

A saúde do trabalhador vem se apresentando como uma importante área de atuação do assistente social nas últimas décadas. Este profissional atua no atendimento aos trabalhadores, seja individual ou em grupo, na pesquisa, no assessoramento e na mobilização dos trabalhadores, compondo muitas vezes a equipe multiprofissional. Deste modo, os profissionais de Serviço Social vão enfatizar as determinações sociais e culturais, preservando sua identidade profissional (MOTA, 2008).

Segundo Bravo(1996), os avanços que foram conquistados pelo Serviço Social em seu exercício profissional na saúde são considerados insuficientes, devido a este ter chegado à década de 1990 com uma incipiente alteração do trabalho institucional; por sua vez, como uma categoria desarticulada do Movimento de Reforma Sanitária, não havia nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da

profissão, que segundo a produção sobre “as práticas postas à prática da saúde” eram insuficientes (NETTO, 1996), assim, a renovação do Serviço Social, ocorre a partir dos anos 1980, onde foi possível identificar três tendências em disputa: a modernizadora, com influência do funcionalismo; a reatualização do conservadorismo; com recurso a fenomenologia; e a intenção de ruptura, responsável pela interlocução com o marxismo.

Os anos de 1990 correspondem a uma década marcada pelo projeto neoliberal e privatista, passando a apresentar diferentes requisições para o Serviço Social que atinge sua maioria intelectual. O questionamento à tendência à intenção de ruptura, afirma que o marxismo não apresenta respostas para o conjunto de desafios postos a profissão pela contemporaneidade. As novas demandas como gestão, assessoria e a pesquisa, consideradas como transversal ao trabalho profissional e explicitadas na Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996); na maioria das vezes, não são assumidas como competências ou atribuições profissionais (GUERRA, 1995).

Na saúde, em que esse embate claramente se expressa, a crítica ao projeto hegemônico da profissão passa pela reutilização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade de existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área, que caminha tanto para a negação da formação original em Serviço Social ou deslança para um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica (NETTO, 1996; BRAVO, 1996).

Segundo o Código de Ética do Serviço Social, Lei 8662/93 nos §2º e §3º, as atribuições e competências dos profissionais do Serviço Social são norteadas por direitos e deveres, independente de que campo o profissional esteja inserido, ou seja, no espaço sócio ocupacional ou na área de saúde, essas obrigações devem ser cumpridas e os direitos respeitados tanto pelos profissionais, quanto pelas instituições empregadoras. Ao profissional cabe atuar com autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções; liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos. Como deveres profissionais, temos: desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor; utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão; abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizam a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes (SILVA, 1993).

O Serviço Social com atuação na área da saúde consiste na prestação de serviço direto a população em todas as suas dimensões; no planejamento, na acessória, na gestão e mobilização e na participação social; estar articulado ao movimento dos trabalhadores e dos usuários que lutam pela efetivação do SUS; facilitando a todo e qualquer usuário usufruir dos serviços de saúde e direitos sociais tendo sempre presente o real sentido do SUS, buscando a interdisciplinaridade da atenção em saúde, estimulando a intersetorialidade, fortalecendo a articulação entre outras políticas de seguridade social. Diante dessas competências permite-se ao profissional realizar uma análise crítica da realidade para, a partir daí, estruturar seu trabalho e estabelecer as competências e atribuições específicas, necessárias ao enfrentamento das situações e demandas sociais que se apresentam em seu cotidiano (CFEES, 2010; GUERRA, 2011).

Segundo Yamamoto (2012, p.219):

Ao realizar a “venda” do seu trabalho especializado, o assistente social pode atuar em instituições estatais, empresariais e privadas sem fins lucrativos; esses empregadores acabam por delimitar a área de atuação do assistente social, suas condições materiais para efetivação dos atendimentos impõem requisições trabalhistas

e mediam a relação com o trabalho coletivo com que se encerem. Outro fator que interfere na atuação profissional, são os valores éticos e políticos existentes no seu projeto profissional- permitem ao assistente social uma atuação não apenas baseada nas exigências institucionais, mas na crítica e em defesa dos direitos sócias dos usuários dos serviços.

Nesta perspectiva, o Serviço Social brasileiro contemporâneo como categoria analítica alicerçada na racionalidade dialética (histórica, crítica e emancipatória), possibilitou ao exercício profissional do assistente social como totalidade constituída de múltiplas dimensões: teórico-metadológica, ético-política e técnico-operativa, articuladas a formação permanente e a mediação transversal da pesquisa social. Um Serviço Social investigativo e interventivo, comprometido com a materialidade do seu projeto ético-político profissional, ora hegemônico, é impelido a construir suas respostas profissionais, chamados a intervir diante as distintas expressões da questão social na vida brasileira (PAULO NETTO, 2009).

O Serviço Social avança na configuração de uma instrumentalidade fundada na racionalidade dialética, ora apreendida como campo de mediação da cultura profissional e de elaboração de respostas profissionais, que na análise de Guerra (2007) nos mostra:

[...] permite a passagem das ações meramente instrumentais para o exercício profissional crítico e competente. [...] é o espaço no qual a cultura profissional os assistente sociais recolhem e na instrumentalidade constroem os indicativos teóricos práticos de intervenção imediata, o chamado instrumental técnico ou as ditas metodologias de ação [...]; a instrumentalidade como uma particularidade e como tal, campo de mediações que porta a capacidade tanto de articular estas dimensões quanto de ser o conduto pelo qual elas mesmas traduzem-se em respostas profissionais.

### **3.2 A EXPERIÊNCIA DA INTERVENÇÃO: DISCUTINDO COM OS USUÁRIOS AS LEIS E DIREITOS DA SAÚDE ASSEGURADOS AOS TRABALHADORES**

A Unidade Municipal de Fisioterapia de Campina Grande, criada em 1994 funcionava no prédio da antiga Casa de Saúde, ampliada em 2016, numa parceria da Prefeitura Municipal de Campina Grande com o Ministério Público do Trabalho (MPT) onde passou a oferecer atendimentos de assistência e reabilitação aos usuários com doenças relacionadas ao trabalho e tratamento de sequelas de acidentes de trabalho, com o objetivo de assistir e reabilitar esse trabalhador para o retorno de suas atividades, bem como, promover melhorias na sua qualidade de vida (DUARTE, 2018). Além do serviço de fisioterapia, também desenvolvia outros serviços de saúde no município atendendo à população local e circunvizinha. Os atendimentos aconteciam de forma integrada entre o Centro de Referência em Atenção ao Portador de necessidades Especiais (CRANESP). Duas décadas após sua criação, em maio de 2014 o serviço foi transferido para o Hospital Doutor Edgley, passando a ser chamado de Serviço Municipal de Fisioterapia, em 11 de julho de 2016, o Serviço Municipal de Fisioterapia passa por mais uma mudança, transferindo-se para uma sede própria denominada de Centro Regional de Assistência em Saúde do Trabalhador (CERAST), localizado na Avenida Dinamérica Alves Correia, S/N, bairro Santa Rosa. Trata-se de uma estrutura doada pelo Ministério do Trabalho, tendo como contrapartida do município os recursos humanos e materiais nos quais foram investidos R\$ 600 mil reais na obra e mais de R\$ 250 mil em equipamentos.

Sua estrutura física é composta por 40 salas sendo: recepção, serviço social, fisioterapia, psicologia, enfermagem, fonoaudiologia, copa, ambulatório, auditório, refeitório, cozinha, sala de estudos, sala de reuniões, uma piscina, área de convivência, vestiários, 18 sanitários (divididos em 8 blocos), estrutura essa que expressa acessibilidade para os usuários. A equipe multidisciplinar é composta por assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, ortopedistas, enfermeiros, nutricionistas e psicólogos. O Centro de Reabilitação recebe estagiários dos cursos de psicologia, fisioterapia, nutrição e serviço social.

O Serviço Social é a porta de entrada para o atendimento de todos os usuários que procuram o CERAST para qualquer um dos serviços oferecidos pela instituição, a partir do diagnóstico apresentado pelo paciente. Assim o Assistente Social realiza a triagem com todos os dados, tanto os pessoais como os socioeconômicos, diagnóstico e o nome do médico que o encaminhou, orienta os mesmos para o atendimento e funcionamento dos serviços e os encaminha para a fisioterapia, psicologia, enfermagem, fonoaudiologia, ortopedia, como também, faz o atendimento social para os que necessitam desse tipo de serviço.

Neste contexto, o papel do Assistente Social é fundamental na implementação da política previdenciária sob a ótica do direito social e da cidadania, viabilizando o acesso aos serviços e benefícios, no atendimento e encaminhamento, compondo equipes multiprofissionais, onde os desafios são muitos, contribuindo assim para a formação da consciência de proteção ao trabalho, informando e atendendo às demandas e reivindicações da população referente à Saúde do Trabalhador (FENNER, 2010).

O Ministério Público do Trabalho preconiza que nesta unidade sejam atendidos apenas trabalhadores, formais ou informais, que tenham sofrido acidentes típicos de trabalho, que ocorrem durante a atividade do trabalho; acidentes de trajeto, que acontece durante o percurso que o trabalhador faz de casa para o trabalho ou vice-versa; e as doenças ocupacionais, desenvolvidas pelas condições em que o trabalho é realizado, sejam a curto, médio ou longo prazo (BRASIL, 2002).

Entretanto, o que observamos foi o pouco conhecimento do objetivo de atendimento dessa instituição e qual o público-alvo ao qual esse atendimento é direcionado, tanto por parte da rede de atendimento à saúde do município, que faz encaminhamentos dos usuários, quanto por parte dos próprios usuários que procuram atendimento. Constantemente chegam demandas de acidentes domésticos, tratamentos de reabilitação para idosos, para usuários que sofreram fraturas durante o lazer, em casa, entre inúmeros outros casos, que não se configuram no perfil de atendimento do CERAST, levando a um desvio de suas funções perante a rede, que dificultam o atendimento às demandas. Tal situação teria desencadeado um expressivo aumento no número de atendimentos gerando uma lista de espera.

Além disso, é importante salientar, no que diz respeito ao Serviço Social, o CERAST não se resume às ações socioassistenciais, também são desenvolvidas ações socioeducativas. Estas ações primam pela discussão de temas diversos vinculados à saúde por meio de dinâmicas e rodas de conversas.

Este estágio nos possibilitou desenvolver o Projeto de Intervenção, que teve como título: Socializando a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), foi um trabalho desenvolvido pelas estagiárias, juntamente com a supervisora do campo, com o apoio da supervisão acadêmica da UEPB. Assim, pudemos observar e contribuir com as ações desenvolvidas nesta instituição, sendo estas de grande relevância para nossa formação acadêmica e profissional. Foi muito enriquecedora essa troca de experiência, onde se somaram conhecimentos e pudemos perceber a satisfação dos usuários ao serem informados sobre seus direitos os quais muitos almejavam e não sabiam a quem procurar e como proceder. Tivemos satisfação em poder contribuir das vivências e das carências que eles comentaram.

### **3.2.1 SALAS DE ESPERA: Socializando a Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no CERAST**

A proposta de intervenção foi norteadada pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, na realização de salas de espera, nos turnos manhã e tarde, de forma que pudesse alcançar o maior número de usuários do serviço, onde foi discutido: o perfil do atendimento no CERAST, contemplando o que é acidente de trabalho, acidente de trajeto e as doenças ocupacionais; as ações em saúde do trabalhador nos Três Níveis de Atenção à Saúde do SUS, dando ênfase a Comunicação de Acidente de Trabalho –CAT.

A partir disto, subsidiou-se o debate também sobre a importância do trabalho desenvolvido pelo CERAST, que promove diversas ações durante todo o ano, levando aos usuários oportunidades e esclarecimentos sobre direitos que estão garantidos aos trabalhadores pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na expectativa de melhoria de seus serviços oferecidos e na recuperação das atividades laborais dos mesmos.

As ações foram desenvolvidas nestas salas, utilizando cartazes, flip-chart, panfletos, dinâmicas e folders.

Foram realizadas seis “Salas de Espera”, no período de 16 de setembro a 08 de outubro, realizadas nos turnos manhã e tarde, nas segundas e terças-feiras, com participação em média de 20 pessoas por turno.

Para elaboração do Projeto de Intervenção, tivemos como foco a promoção destas salas, com a interação e discussão junto aos os usuários, mostrando a estes a importância dos serviços ofertados.

Com Projeto de Intervenção, nos permitiu a oportunidade de participar de várias atividades e eventos promovidos e realizados pelo CERAST desde o começo do estágio, a exemplo das ações do dia “D” do Outubro Rosa, o Novembro Azul, Mês da Mulher e Abril Verde, todas essas ações foram desenvolvidas com o apoio do Serviço Social e estagiárias que fizemos nossas palestras levando a informação aos usuários das leis e direitos que a maioria deles não tinha conhecimento. Nesses eventos, realizados durante o período do estágio, tivemos momentos bem marcantes, dentre os quais se destacaram à 8º Conferência Municipal de Saúde, a 3º Conferência Municipal do Idoso, IV encontro da Borborema de pessoas com doença falciforme, I Encontro de Pesquisa em Serviço Social do PPGSS da UEPB, também participamos de Audiências Públicas realizadas na Câmara de Vereadores em Campina Grande e algumas reuniões no Conselho Municipal de Saúde (CMS). Os quais foram uma experiência bem positiva, com momentos decisivos com muitas questões julgadas e aprovadas, marcando assim, uma nova esperança para garantia dos direitos adquiridos pela população.

Durante o Estágio Obrigatório, todos esses eventos foram muito importantes para a minha formação, de certa forma, proporcionando melhores condições de vida e saúde das pessoas e da classe trabalhadora que tem passado por tantas perdas de direito, sempre pagando por todos os erros e disparates da classe política e da burguesia que comandam o nosso país.

Neste período, observou-se que o Assistente Social no CERAST, trabalha de maneira integrada sempre procurando as melhores soluções, da melhor forma possível com embasamentos nos instrumentos de trabalho para dar uma resposta satisfatória para cada demanda. Na execução deste projeto pude contribuir com este serviço, dando minha atribuição da melhor forma, sempre procurando ajudar os usuários, passando as informações que muitas vezes eles não têm acesso e não sabiam dos seus direitos.

Finalizando o Projeto de Intervenção “Socializando a Política de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT)”, estabelecidos na Portaria nº 1.823/2012, realizamos “Salas de Espera” durante três semanas, sempre nas segundas e terças-feiras nos turnos

manhã e tarde. Que teve a finalidade de levar ao conhecimento dos trabalhadores e trabalhadoras as informações sobre seus direitos garantidos e os serviços disponibilizados pelo CERAST de Campina Grande-PB, junto ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Veríssimo e Valle (2006) mencionam que o grupo de sala de espera é caracterizado como uma forma produtiva de ocupar um tempo ocioso nas instituições, através de palestras apresentadas aos usuários otimizando o período de espera pelo atendimento. Um espaço em que podem ser desenvolvidos processos educativos e de troca de experiências comuns entre os usuários, possibilitando a interação do conhecimento popular com os saberes dos profissionais de saúde.

*A Primeira Sala de Espera teve como tema: Direitos dos usuários, O Perfil de Atendimento do CERAST, Impactos e Conseqüências ocasionadas pelos acidentes de trabalho, de trajeto e as doenças ocupacionais. Dando destaque ao Art. 8b da Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012.*

A Primeira Sala de espera foi realizada no dia 16 e 17 de setembro de 2019, estiveram presentes na ocasião dezenove usuários pela manhã e a tarde dezoito, com a participação efetiva dos mesmos que ouviram e interagiram conosco de forma sucinta.

Foram utilizados Flip-Chart e distribuídos panfletos com os usuários, para obtenção de melhores explicações dos temas.

Falou-se sobre os riscos que podemos enfrentar no campo de trabalho e como preveni-los; sobre a importância do uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI); a importância de haver, na empresa, um profissional em Segurança do Trabalho para orientar os trabalhadores; o impacto e conseqüências que um acidente de trabalho pode trazer ao trabalhador e seus familiares; dos transtornos físicos e psíquicos ocasionados pelas doenças ocupacionais; esclarecendo aos usuários qual o perfil de atendimento no CERAST, preconizado pelo Ministério do Trabalho (MT) e por fim falou-se dos direitos do trabalhador, assegurado pelo PNSTT.

Em destaque a participação do Sr. “J” (Técnico em Segurança do Trabalho), ele relatou suas experiências vividas em sua trajetória como técnico e que muitas empresas só contratam esses profissionais e só tomam as devidas providências quando são necessariamente obrigadas, ou seja, quando são notificadas, muitas vezes até por um episódio ocorrido na mesma.

Na primeira Sala de Espera, a fala dos participantes foi bem significativa pois muitas empresas só contratam profissionais em Segurança do Trabalho, e só tomam as devidas providências, quando são necessariamente obrigadas, ou seja, quando são notificadas, muitas vezes, até por um incidente ocorrido na mesma.

*A Segunda Sala de Espera teve como tema: A Política de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT) nos Três Níveis de Atenção à Saúde no SUS, realizada nos dias 30 de setembro e 01 de outubro de 2019, também nos turnos manhã e tarde.*

Começamos com uma dinâmica nomeada de “Dinâmica das Mãos Dadas” com os usuários, para mostrar a importância da integração dos serviços do SUS, onde este é dividido em três níveis, trabalhando em rede, que tem o objetivo de disponibilizar um serviço integral e de qualidade a todos.

Falou-se dos níveis de atenção a saúde especificando a Atenção Primária e sua abrangência dentro das ações de promoção, prevenção e proteção, as ações da Atenção Especializada, em nível ambulatorial, hospitalar e de reabilitação, contidas na Média Complexidade; da Urgência e Emergência e tratamentos disponibilizados aos trabalhadores no abrangente da Alta Complexidade, nesta ordem de apresentação.

Houve a interação e participação dos usuários, onde destacaram-se: a Sra. “C” que relatou ter acionado o Ministério Público do Trabalho para poder realizar alguns exames e uma cirurgia com menos tempo de espera; o Sr “R” que falou das dificuldades que ele

encontrou para ter acesso aos serviços de saúde oferecidos na Unidade Básica de Saúde de sua abrangência, destacando a constante procura dos mesmos usuários na UBS, que para ele, diminui a oferta para outros usuários que precisam dos atendimentos; o Sr “R<sup>2</sup>” relatou na sua fala ter ameaçado chamar a Imprensa (na hora que ele precisou de um atendimento hospitalar) para poder ter agilidade em seu atendimento. A nossa supervisora reforçou as ações promovidas pelo SUS no cotidiano de cada um de nós enquanto usuários desse sistema.

Na segunda Sala realizamos a dinâmica nomeada de “Dinâmica das Mãos Dadas” com os usuários, esta mostra a importância da integração dos serviços do SUS, dividido em três níveis, como ocorre seu trabalho em rede com o objetivo de disponibilizar um serviço integral e de qualidade a todos e mostrando onde ele é inserido em nosso cotidiano.

Estas participações dos usuários foram de fundamental importância, pois é com elas que podemos refletir a relevância dos serviços prestados na vida cotidiana de cada um dos trabalhadores.

*A Terceira Sala de Espera teve como tema A Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Ocorreu nos dias 07 e 08 de outubro de 2019, também nos turnos manhã e tarde, falando sobre a CAT, utilizando a dinâmica das “Perguntas e Respostas”.*

Através destas, informamos aos participantes o que é a CAT, para quem ela serve, quem e em que situações ela pode ser emitida; quais os tipos de CAT e a sua importância junto ao INSS, para os trabalhadores ou seus dependentes obterem os benefícios assegurados.

Foi uma discussão muito valorosa e produtiva, pois observamos que a maioria dos usuários não tinha conhecimentos sobre a CAT, apenas uma das usuárias, no segundo dia tinha conhecimento. A participação dos usuários foi muito importante uma vez que puderam tirar suas dúvidas e aproveitaram o espaço para relatar suas experiências. Ao término das discussões, foram distribuídos Folders com os usuários, para obtenção de melhores explicações dos temas, que foram apresentados durante as seis salas.

Para o encerramento houve a distribuição de Folders, contendo as informações abordadas durante as seis Salas de Espera.

Foi uma experiência marcante para meu enriquecimento e formação acadêmica, onde pude observar o quanto às pessoas necessitam de informação, as quais nem sempre são acessíveis. Desta forma pude contribuir de forma concreta com as orientações para melhoria da disseminação destas para os usuários.

Desde o primeiro dia do Estágio Obrigatório, vivenciamos experiências enriquecedoras, participando ativamente da programação da instituição, na condição de estagiárias. A possibilidade da troca de experiências, tanto com os profissionais, quanto com os usuários, e a aproximação com a realidade da prática profissional cotidiana, bem como com os instrumentos de trabalho, foram extremamente relevantes nesse processo de aquisição de conhecimento. A cada entrevista realizada, nos encaminhamentos, na escuta e relatos de cada usuário, cada um com suas particularidades e anseios, estes procurando uma solução para melhorar sua saúde, sua reabilitação, sua auto-estima, sua condição de vida e trabalho enquanto trabalhador, formal ou informal e outros como aposentados, donas de casa, enfim todos os que procuram atendimentos, pudemos dar nossa contribuição, no que diz respeito à escuta e nas informações as quais cerca de 90% dos usuários não tinha conhecimento.

O estágio no CERAST nos permitiu participar de ações integradas no serviço e fora dele, como: Abril Verde, Setembro Amarelo, Outubro Rosa, Novembro Azul, Dia do Trabalhador, Mês da mulher, além de atividades que referem-se diretamente aos atendimentos do CERAST.

As ações alusivas ao Serviço Social não se limitam apenas ao atendimento social na sala do Serviço Social, são realizadas também ações socioassistenciais e socioeducativas que abrangem os usuários e profissionais, com a discussão de temas pertinentes aos direitos e a

saúde do trabalhador, por meio de ações individuais e/ou coletivas como salas de espera, palestras, dinâmicas, e campanhas, além dos atendimentos sociais.

Ainda tivemos a oportunidade de participar de atividades extras, ligadas da área da saúde e assistencial, com a supervisão e indicação da nossa supervisora de campo, como acompanhamento das Reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande, participação no IV Encontro de Pessoas com Doença Falciforme da Borborema, Assembleias na Câmara Municipal de Vereadores, Programação alusiva ao Dia do Assistente Social, Conferência Municipal de Saúde, Conferência Municipal da Pessoa Idosa e do I Encontro de Pesquisa em Serviço Social do PPGSS da UEPB, entre outras palestras locais, que foram essenciais e enriquecedoras para subsidiar a aquisição de conhecimento no percurso do estágio.

Na realização das Salas de Espera foi uma experiência marcante possibilitando o enriquecimento e formação profissional, onde observamos o quanto as pessoas necessitam de informação, as quais nem sempre são acessíveis de modo satisfatório. Desta forma pudemos contribuir de forma concreta com as orientações para melhoria da disseminação destas.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Seguindo as reflexões anteriores, é necessário afirmar que políticas de saúde no Brasil representaram um papel de extrema importância no decorrer da história, desde as primeiras ações de saúde pública, saneamento, urbanização, campanhas de vacinação, Reforma Sanitária, até a criação do nosso SUS após a Constituição.

Observamos que, todas as dificuldades obtidas para a implantação dessas políticas, os avanços conquistados, destacando, a criação do Ministério da Saúde, o Golpe Militar e suas implicações, a elaboração da Constituição Federal (Constituição Cidadã), criação do SUS e com ele, a garantia do direito a saúde igual para todos. Após 30 anos de sua criação ainda estamos na luta para que nosso sistema de saúde seja inteiramente universal, porém, com desafios. Entendemos que a questão política afeta diretamente os avanços da instituição, tendo em vista que muitos impasses estão atrelados a interesses partidários. Observa-se que os governos recentes cada vez mais reduzem o papel do Estado, tanto nas políticas sociais (nos direitos a saúde do trabalhador), como em todos os setores da saúde, sempre dando ênfase e apoio ao setor privado.

Nessa ordem, destacamos a Portaria 1.823 de 24 de agosto de 2012, um importante passo na garantia dos direitos a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, os quais, muitas vezes, não são conhecedores desses direitos que poderiam ser mais acessíveis ao público-alvo.

Já com relação à atuação dos assistentes sociais na política de saúde, podemos observar que os avanços foram lentos na década de 1990, porém a categoria sempre lutou por uma renovação do Serviço Social e que a atuação do assistente social é norteada por direitos e deveres que devem ser respeitados tanto pelos profissionais quanto pelas instituições, mais que nos últimos anos com as contrarreformas o trabalho do assistente social no Brasil tem sido mais difícil de ser realizado em sua totalidade.

Por fim sobre a instituição pública Centro Regional de Assistência em Saúde do Trabalhador (CERAST) observamos que a sua criação passou por um processo de etapas e mudanças de estrutura e local de funcionamento até se tornar o que é atualmente. Entretanto, a atual instituição conta com uma estrutura e equipe qualificadas para a missão proposta, no entanto devido ao cenário atual do país o CERAST, como muitas outras instituições pelo Brasil, sofre com uma alta demanda de atendimentos, mesmo assim procura atender aos cidadãos, sejam eles trabalhadores (perfil proposto da instituição) ou demais cidadãos cumprindo assim o que preconiza a Constituição de 1988.

É importante ressaltar a notoriedade acadêmica que o CERAST tem como campo de Estágio Obrigatório, pois, com várias especialidades em seu quadro de atendimento se mostra uma excelente escolha para a prática de estágio, principalmente para o Serviço Social, tendo em vista que a referida especialidade tem um papel importante na realização da triagem dos usuários para atendimentos futuros da instituição, e ainda faz um importante e indispensável trabalho no campo suas competências e atribuições profissionais, em todos os âmbitos, buscando sempre melhorar as condições de saúde destes usuários.

Tendo em vista a necessidade de informação a esta parte da população, reitera-se a importância deste trabalho, uma vez que os usuários assistidos na instituição CERAST precisam da agilidade na sua reabilitação, para voltarem a exercer suas atividades laborais e usufruírem dos direitos assegurados dentro das ações do SUS.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

ALVES, G. **Trabalho e subjetividade. O espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório**. São Paulo: Boitempo, 2011.

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILLI, P. (Org.) **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Petrópolis: Vozes, 1995.

ANTUNES, R. Centralidade do trabalho. In: \_\_\_\_\_. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 1999.

ARGUMENTUM, **Reformas regressivas e política de saúde**. Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. Programa de Pós – Graduação em Política Social, v.10, nº1, jan./abr. 2018.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de, Faria; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de. **Políticas de Saúde no Pós-Constituinte: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes executivo e legislativo no Brasil**. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.

BRAGA, JC; PAULA, SG. **Saúde e previdência: estudos de política social**. São Paulo: Cebes/Hucitec; 1981.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.097, de 19 de Janeiro de 2015. **Reduz a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP, da COFINS, DA Contribuição para o PIS/Pasep-Importação e da Cofins-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em aerogeradores; prorroga os benefícios previstos nas Leis nº9.250, 26 de Dezembro de 1995, [...] e do Decreto-Lei nº3.365, de 21 de junho de 1941; e da outras providências**. Brasília (DF), 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Competências para o trabalho em uma unidade básica de saúde sob a estratégia de saúde da família: médico e enfermeiro**. Brasília (DF): MS; 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.** Portaria nº 1.823, de 23 de AGOSTO de 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** São Paulo: Cortez, 1996.

BRAVO, M. I. S. PELAEZ, PINHEIRO. **As contrarreformas na política de saúde no governo Temer.** Argumentum, Vitória, vol. 10, jan/abr. 2018.

BRAZ, M. **O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário.** Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n128, jan/abr, 2017.

BORÓN, A. **Os "novos Leviatãs" e a polisdemocrática: neoliberalismo, decomposição estatal e decadência da democracia na América Latina.** In: SADER, E.; GENTILLI, P. (Org.). *Pós-neoliberalismo II: que Estado para que democracia?* 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Programa saúde da família: **Saúde do trabalhador.** Caderno nº5. Brasília, 2002.

CFESS- Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de Saúde.** Brasília, DF: CFESS, 2010.

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/1994 e nº 293/1994.

CORDEIRO, H. **As Empresas Médicas.** Rio de Janeiro: Graal, 1984.

DUARTE, Maria das Graças Macedo. **Relatório de atendimento, CERAST,** Campina Grande, 24 de Julho, 2018.

FARIA, T. W. **Dilemas e Consensos: a seguridade social brasileira na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/88-** um estudo das micro-relações político-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.

FENNER, Ângela Maria. **O serviço social e a saúde do trabalhador: atuação no benefício por incapacidade.** Porto Alegre, junho 2010.

FERREIRA, L. L. **A intensificação do trabalho ou é proibido vacilar.** In: DUARTE, F. (Org.). *Ergonomia e projeto na indústria de processo contínuo.* Rio de Janeiro: Lucerna, 2001.

FREIXO, Adriano de. **Os militares e Jair Bolsonaro.** In: Teoria e Debate, Fundação Perseu Abramo, nº 178, São Paulo, Novembro de 2018.

GORENDER, J. **Globalização, tecnologia e relações de trabalho.** *Estudos Avançados,* São Paulo, v. 29, n. 11, p. 311-361, 1997.

GUERRA, Y.A.D. **A Instrumentalidade do Serviço Social.** Belo Horizonte: Cress, 2007.

GUERRA, Y.A.D. **A instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1995.

GUERRA, Y.A.D. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 9.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 7. Ed. São Paulo: Cortez, 2012.

KREIN, J. D. **Tendências recentes nas relações de trabalho no Brasil**. In: BALTAR, P. E. A.; KREIN, J. D.; SALAS, C. (Org.). *Economia e trabalho*: Brasil e México. São Paulo: LTr, 2009.

KRÜGER, Tânia Regina; REIS, Camila. **Organizações sociais e a gestão dos serviços do SUS**. Serviço Social Soc., n.135. São Paulo Mai/Ago. 2019.

LACAZ, Francisco A. C.; SATO, Leny. **Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde**. In: Deslandes, Sueli F. (org.) *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e críticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

LIMA, M. E. A. **Os equívocos da excelência: as novas formas de sedução na empresa**. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

LIMA, L. D.& BAPTISTA, T. W. F. **Política e gestão da saúde no Brasil: desafios para a vida**. Rio de Janeiro: Enps, Fiocruz, 2003. (Texto didático para o curso de atualização em gestão de vigilância sanitária para dirigentes municipais do estado do Rio de Janeiro).

MACHADO, Katia. **Saúde, Educação e Trabalho. Memórias de luta, a importância da participação social nas políticas públicas**. Revista Poli, ano-XI, n° 65, jul./ago, 2019.

MASCARO, Alysson Leandro. **Dinâmica da crise do golpe: de Temer a Bolsonaro**. Revista da Boitempo, n° 32, São Paulo, 2019.

MASSUDA, Adriano. **Estudo aponta degradação do SUS frente à austeridade e governo Bolsonaro**. Jornal Valor Econômico, jul. 2019.

MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura. **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

MENEZES, J.S.B. **As lutas por saúde no Brasil: o Projeto de Reforma Sanitária em face das Contrarreformas**. 2016. (Tese de doutorado) Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2016.

MÉSZÁROS, I. **A crise estrutural do capital**. São Paulo: Boitempo, 2002.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social**. São Paulo: CORTEZ, 2008.

MOTA, Ana Elizabete. **Serviço Social Brasileiro: profissão e área do conhecimento**. In: Revista Katálysis, Florianópolis, jun. 2013.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. **Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde.** Ciênc. Saúde Coletiva, vol.8, n.º.1, Rio de Janeiro, 2003.

NAPP (NÚCLEO DE ACOMPANHAMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS) – SAÚDE – PT. **Balanco dos 100 Dias da Saúde no Governo Bolsonaro**, 2019.

NETTO, José Paulo. **Transformações sociais e serviço social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil.** In: Revista Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 50, 1996.

OLIVEIRA, Marcos. **Debatedores alertam para risco à fiscalização com fim do Ministério do Trabalho.** Agência Senado, Brasília, abril, 2019.

PAULA, A. P. P. **Administração pública brasileira: entre o gerencialismo e a gestão social.** *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 45, n. 1, 2005.

PAULO NETTO, J. **Introdução ao método da teoria social.** In: CFEES; ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF: CFEES/Abepss, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, edição 2009 á 2014.

PAIM, Jairnilson Silva. **Sujeitos da antítese e os desafios da práxis da Reforma Sanitária Brasileira.** Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, vol. 41, n.º especial 3, Set, 2017.

PONTES, Ana Lúcia de Moura. **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do sistema único de saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007.

PONTES, Ana Lúcia de Moura. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde.** Caderno do Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”. Brasília, 2010.

RONCALLI, AG. **O desenvolvimento das políticas de saúde e a construção do Sistema Único de Saúde.** In: Pereira AC, organizadora. *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde.* Porto Alegre (RS): ARTMED, 2003.

SILVA, Alessandra Ximenes da; NÓBREGA, Mônica Barros da; MATIAS, Thaísa Símplicio Carneiro. **Contrarreformas, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde.** Campina Grande: ADUEPB, 2017.

SILVA, Marlise Vinagre. **CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS APROVADO EM 15 DE MARÇO DE 1993 COM AS ALTERAÇÕES INTRODUZIDAS PELAS RESOLUÇÕES CFESS N.º 290/94 E 293/94.** Presidente do CFESS. A.S. CRESS, N.º 3578, 7ª Região/RJ. Brasília, 13 de março de 1993.

SCHIOSER, André Rodrigues. **Acidente de trajeto e a reforma trabalhista.** Migalhas, julho, 2018.

SINGER P; CAMPOS, O. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde.** Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1978.

SOARES, L. T. **O público e o privado na análise da questão social brasileira.** In: HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BARBOZA, R. (Org.). *O público e o privado na saúde.* São Paulo: Hucitec; OPAS; IDRC, 2005.

SOUSA, Charles Toniolo de. **A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional.** Revista Raichelis, Serv. Soc. Soc, 2011. THEDIM

TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Reforma sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1984.

TEIXEIRA, Sonia M. Fleury e OLIVEIRA, Jaime A. (Im) *Previdência Social: 60 anos da previdência no Brasil,* Petrópolis, Vozes/Abrasco, 1981.1981.

VIANNA, M. L. T. W. O culpado é o mordomo? Constrangimentos outros (que não do modelo econômico) à seguridade social. In: LOBATO, L. V. C.; FLEURY, S. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde.* Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

VERISSIMO, D. S; VALLE, E. R. M. **A experiência vivida por pessoas com tumor cerebral e por seus familiares.** *Psicologia Argumenta/pontifica,* Universidade do Paraná. Curitiba: Champagana – vol. 24. n° 45, Junho de 2006.

WANDERLEY, MariangelaBelfiore, SANT'ANA, Raquel Santos , MARTINELLI, Maria Lúcia. **Os desafios do atual contexto: um diálogo a partir da seguridade.** Serv. Soc. Soc, n°.13. São Paulo, Mai/Ago, 2019.

ZINET, C. **Condições pioram, acidentes aumentam: número de acidentes de trabalho aumenta na última década, preocupa sindicatos e organismos internacionais, que culpam a forma de produção.** *Caros Amigos,* São Paulo, v. 187, out. 2012.

## **Agradecimentos**

Agradeço em primeiro lugar a Deus, pelo o dom da vida e ser à base das minhas conquistas, me proporcionado chegar até aqui.

A minha família, meu esposo Zezinho que me apoiou com muita compreensão, durante todos esses anos entendendo as minhas ausências e sempre disposto a me ajudar no que estivesse em seu alcance.

Aos meus queridos filhos, Rodolfo, Felipe e Júlia pelo incentivo, dedicação e paciência contribuindo diretamente no auxílio mediante as dificuldades que encontrei durante todos esses anos, apoiando e esforçando-se junto a mim.

A minha nora Brunna Raffaella, pela sua dedicação de sempre e em especial no desenvolvimento deste trabalho, que tanto se esforçou e contribuiu para me ajudar nessa elaboração, suportando, com paciência, as minhas dificuldades e me dando suporte em todos os momentos.

As minhas amigas de turma Lígia e Inaldete, pelo companheirismo e união durante toda extensão do curso, sempre juntas nos trabalhos em equipe, onde juntas vencemos cada etapa.

As colegas estagiárias Lígia e Suédja pela parceria que desenvolvemos juntas durante todo o estágio.

A todos os colegas de turma pela convivência, risadas, companheirismo e até mesmo as divergências.

A minha professora orientadora Thaísa, pelas suas orientações, dedicação neste trabalho.

A Assistente Social e supervisora de campo Glaucineth, pela sua dedicação, acolhimento e ensino durante todo estágio.

# APÊNDICES

**CAT -**  
(Comunicação de Acidente do trabalho).



**Tipos de CAT:**

- Inicial
- Reabertura
- comunicação de Óbito

**Quem pode Emitir?**

- Empregador
- Sindicalista
- Médico
- Segurado ou Dependentes
- Autoridade Pública

**Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador.**

Endereço: AV Dinâmica Alves Correia, 102-214 - Santa Rosa.  
Campina Grande - PB, 58416-680  
Telefone: (83) 3315-5100 (83) 98808-7594

**CERAST**  
Socializando a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PSNT)



**Estagiárias:** Lígia Kátia S. Ribeiro  
Luziane Q. Tomaz  
Suzelja Magno

**Supervisora Acadêmica:** Thais Simplicio

**Supervisora de Campo:** Gláucineide Cavalcanti

Serviço Social / 

TELEFONE (83) 3315-5100  
(83) 98808-7594

Campina Grande - PB  
2019

(PSNT)

**PORTARIA Nº 1823 de 23 de Agosto de 2012.**

**FINALIDADE:** Definir princípios e diretrizes com estratégias de desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador e trabalhadora, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Art. 8º (b)** Fortalecimento e articulação das ações de vigilância em saúde, identificando os fatores de risco ambiental, com intervenções tanto nos ambientes e processos de trabalho, tendo em vista a qualidade de vida dos trabalhadores e da população circunvizinha.

**O CERAST:**  
É uma instituição pública do município de Campina Grande e região, que oferece atendimento de reabilitação e assistência aos usuários que sofreram acidentes de trabalho, de trajeto ou adquiriram doenças ocupacionais.

**ACIDENTES DE TRABALHO**

- Ocorre no decorrer da atividade de trabalho, podendo ocasionar lesão física ou perturbação, podendo ocorrer a morte do trabalhador.



**ACIDENTE DE TRAJETO**

- É aquele que ocorre no caminho da residência para o local de trabalho, e do local de trabalho para a residência



**AS AÇÕES DE ATENÇÃO NOS TRÊS NÍVEIS:**

- **ATENÇÃO PRIMÁRIA:** (Atenção Básica) constitui o primeiro nível de atenção no (SUS), com ações de caráter individual e coletivo na promoção, proteção e prevenção.
- **ATENÇÃO SECUNDÁRIA:** (constitui o segundo nível) - Urgência e Emergência Quando o trabalhador necessita de atendimentos nos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, interpretada como procedimento de média complexidade.
- **ATENÇÃO TERCIÁRIA:** É a atenção da saúde de terceiro nível, integrada pelos serviços essenciais para a garantia da integralidade do diagnóstico, tratamento e reabilitação dos agravos à saúde do trabalhador, especializados em alta complexidade.