

Trabalho & Saúde

REVISTA DO DIESAT - Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho • Fevereiro de 2017

O Desmonte das Políticas Sociais no Brasil



O capitalismo contemporâneo

Crise e os embates para o financiamento e o trabalho em saúde no Brasil - Pág. 5

Agrotóxico

Impactos para a saúde, ambiente e sociedade - Pág. 19

**AMIANTO
MATA**

**ENCARTE
ESPECIAL
Pág. 11**

Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
Av. Dr. Viera de Carvalho, 39 - 7º andar
República - São Paulo - SP - Cep.01210-010
Tel (11) 3399-5673 / 2985-5673
e-mail: diesat@diesat.org.br
site: www.diesat.org.br

Equipe Editorial:

Daniele Correia Salzgeber, Socióloga, especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (ENSP/FIOCRUZ), graduanda em Serviço Social, membro da equipe técnica DIESAT.

Eduardo Bon m da Silva, Administrador, especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (ENSP/FIOCRUZ), Pesquisador e Coordenador Técnico do DIESAT.

Maria do Socorro Reis Cabral, Mestre em Serviço Social, docente da PUC/SP e coordenadora do Núcleo Temático de Qualidade de Vida e Saúde.

Olga de Oliveira Rios, mestre em Saúde Pública - Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Rogério de Jesus Santos, Técnico de Segurança, Assessor Especializado em Saúde do Trabalhador da Secretaria Nacional de Saúde da Força Sindical.

Thiago Loreto de Oliveira, Assistente Social, pós graduado em residência multiprofissional (UNIFESP), membro da equipe técnica do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Guarulhos.

Vinicius Figueira Boim, Assistente Social, especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (ENSP/FIOCRUZ), coordenador do CRST da Leste(SP).

Coordenação financeira e administrativa:
Vinicius Aneli da Silva.

Colaboraram nesta edição:

Áquilas Mendes
Fernanda Giannasi
Isaura Isoldi de Mello Castanho e Oliveira
José Wilson de Sousa Gonçalves
Juliana Acosta Santorum
Sérgio Domingues
Virgínia Junqueira

Capa e Diagramação:
José Faria

Tiragem:
1000 exemplares

Presidente Nacional

Elenildo Queiroz Santos - STI Metalúrgicos de Guarulhos

Vice Presidente Nacional

Alex Ricardo Teixeira - STI Químicos de São Paulo

Vice-Presidente Regional - SP

João Donizeti Scaboli - FEQUIMFAR-SP

Diretor Nac. de Administração

Rodolfo Morette - STI Químicos do ABC

Diretor Nac. de Finanças

Adma Maria Gomes - SEE Bancários do ABC

Diretor Nac. de Divulgação e Cultura

Antonia dos Santos Goes - SINTRATEL-SP

Diretor Nac. de Relações Internacionais

Alex Rodrigo Freire - SEEL-SP

Diretor Nac. de Projetos e Pesquisas

Arnaldo Marcolino da Silva Filho - Sindicato dos Radialistas de SP

Diretor Nac. de Relações Sindicais

Francisco Pereira de Lima - Sindicato dos Marceneiros de SP

Conselho Fiscal

Benedito Pedro Gomes - Sindicato dos Padeiros de São Paulo

Edison Flores Lima Filho - SINTAEMA-SP

Gilberto Almazan - STI Metalúrgicos de Osasco

PALAVRA DO PRESIDENTE

Vivenciamos um complexo contexto de perda dos direitos da classe trabalhadora com a adesão de uma política econômica que atende aos interesses do mercado financeiro em detrimento de políticas públicas. Caminhamos para um retrocesso significativo que imprimirá acirrada desigualdade social e prejudicará as futuras gerações no acesso à saúde, educação, previdência social e trabalho, entre tantos outros direitos sociais.

Precisamos resistir! O movimento sindical tem importante papel na representação da classe trabalhadora e deve se mobilizar a fim de combater propostas de governo que retirem direitos e vulnerabilizem as condições de vida e saúde daqueles que produzem riqueza no país.

Como contribuição, a revista Trabalho & Saúde número 42 traz reflexões conjunturais e aponta alarmante DESMONTE DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL, ancorada na disputa do fundo público.

Nesta edição, a T&S entrevista Isaura Isoldi de Mello Castanho e Oliveira, assistente social com experiência em avaliação de políticas sociais.

Em encarte especial, retratamos a luta pelo banimento do amianto no Brasil, mineral altamente cancerígeno e que adocece e mata milhares de trabalhadoras e trabalhadores.

Além disso, abordamos também sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde, no ambiente e na sociedade.

Elenildo Queiroz Santos

Presidente Nacional do DIESAT

Imagem da Capa:



Eric Drooker nasceu em 1958 em Nova Iorque (EUA), é um pintor, artista gráfico e escultorista. Suas pinturas têm aparecido em mais de vinte e cinco capas da The New Yorker. Sua instigante arte é uma característica do movimento global street-art. Ganhou o American Book Award para "Flood! A Novel in Pictures". Seus outros livros incluem "Canção Blood" e "Howl: A Graphic Novel". Criador da animação para o filme "Howl", contratado pela DreamWorks Animation. Ele dá palestras sobre arte, política e intervenção artística urbana.



Saúde do Trabalhador em Xequê!

Por Editorial

O cenário político e econômico no Brasil imposto pela crise estrutural do capital (MÉSZÁROS) é de evidente retração social, e as perdas no âmbito dos direitos sociais serão inestimáveis. As medidas de ajuste fiscal de cariz neoliberal em curso no País sob o comando do governo ilegítimo de TEMER (PMDB), sem nenhum catastrofismo, põe em xeque o SUS, a Previdência Social, e consigo a liquidação dos direitos sociais conquistados pelos trabalhadores. Sem os direitos sociais consolidados a ST se tornará inexistente e inviável no âmbito da Seguridade Social. A ST como direito da população e dever do Estado foi consagrado na Constituição Federal de 88 e se tornou competência do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Lei Orgânica da Saúde (LOS), sendo conquista das lutas de classe no período de redemocratização no País. O campo da ST se constitui historicamente em disputa e conflito no terreno das políticas sociais, principalmente no plano de enfrentamento da dominação do capital sobre o trabalho, "na medida em que as classes trabalhadoras constituem-se em um novo sujeito político e social" (LACAZ, 2013:225), o(a) trabalhador(a) passando a ser o principal protagonista da ST. Sob essa ótica, o campo ST é terreno dos conflitos de classe, no interior da relação

capital X trabalho, exigindo do Estado compromissos no sentido de atender as reivindicações da classe trabalhadora. A ST se situa no cenário político-institucional na perspectiva do direito à Saúde, conquista no Sistema Único de Saúde (SUS), transcendendo o marco dos direitos previdenciários e trabalhistas (VANSCONCELLOS, 2007), ampliando o conceito e o objeto da ST, isto é, o processo saúde e doença dos grupos humanos (MENDES & DIAS, 1991), visando "resgatar o real ethos do trabalho: libertário e emancipador" (LACAZ, 2007:760)

Do ponto de vista do SUS a inclusão do campo ST, tem por base seus princípios: universalidade, integralidade da atenção, com ênfase em ações de prevenção, de promoção, descentralização e participação social e, é considerando tais premissas que se constitui a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), com o objetivo de integrar as ações de ST em todos os níveis e pontos de atenção da rede de saúde.

Apesar dos avanços institucionais, os componentes para que a ST se consolide como uma ação efetiva do SUS vem passando por dificuldades e limites. O princípio da atenção integral que permeia a concepção de saúde deve ser transversalizado pela ST, pois se

constata que ainda não foi incorporado nas práticas de saúde pública a categoria trabalho, enquanto determinante do processo saúde-doença. Alia-se isso a uma fragmentação da Rede de Atenção à Saúde (RAS/SUS) principalmente num contexto de privatização sistemática da saúde pública impactando em ações relativas à saúde dos trabalhadores enquanto campo de atuação do SUS. (BRAVO, 2000,2006, CORREIA, 2011, CONTREIRAS; MATTA, 2015, BOIM, 2015). Vale destacar que a implantação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) como estrutura do SUS, dá-se num momento de avanço do projeto neoliberal de contra reforma do aparelho de Estado, orientados pelas agências internacionais Fundo Monetário Internacional (FMI). (FADEL, 2010) A contra reforma do Estado brasileiro tem sido conduzida sob a pauta do ajuste fiscal, com a privatização de empresas e serviços públicos, e precarização e sucateamento das políticas de proteção social (BEHRING, 2003). Essa lógica da contra reforma do Estado permaneceu nos governos Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Vana Rousseff do Partido dos Trabalhadores (PT) não havendo ruptura do Estado neoliberal.

E no início do ano de 2016 com o cenário

de crise mundial, as forças sociais ultraconservadora da sociedade e da classe política apoiados por grandes oligarquias econômicas e da imprensa brasileira lograram êxito em inaugurar um novo ciclo de acumulação do capital e exploração dos trabalhadores.

Um das primeiras ações foi o impeachment da presidenta eleita Dilma Rousseff, assumindo seu Vice, por meio de uma ação parlamentar se instituiu o governo ilegítimo de Michel Temer (PMDB). Esse processo, assegurou a tomada dos rumos da política macro econômica do País, levando a cabo a implementação de uma política brutal de ajuste fiscal que prevê reformas profundas na Previdência Social e na legislação trabalhista, entre outras. Essas medidas serão nefastas aos direitos e garantias sociais conquistados pela Constituição Federal, entre elas, está a atual Proposta de Ementa Constitucional - PEC 55 (antiga PEC 241), que congela os gastos públicos por um período de 20 anos, conhecida como a PEC do "fim do mundo".

A PEC 55 determina um teto para as despesas primárias de cada poder e ente federativo, este teto será corrigido pela inflação (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA) do respectivo ano anterior, ao longo de vinte anos. A PEC 55 extingue a obrigatoriedade da aplicação mínima 15,0% previsto na EC 86 (art. 2º), mesmo num cenário de crescimento econômico, com aumento do Produto Interno Bruto (PIB) os governos ficam desobrigados a alocarem recursos no SUS, replicando

perdas bilionárias de investimentos para a saúde pública. Vale destacar que a PEC 55, não altera a política do superávit primário no país, que atualmente é responsável por se apropriar da riqueza do fundo público em 42,42 % do orçamento da Seguridade Social, isto significa que manterá os privilégios do capital financeiro com juros e amortizações da dívida pública. (DIESAT, n°41,2016).

Apesar do histórico subfinanciamento do SUS, estudos já demonstravam que o gasto público per capita do Brasil é de 4 a 7 vezes menor do que o de países que têm sistema universal de saúde, tais como o Reino Unido, França e Cuba. O gasto público do Brasil como proporção do PIB foi de 3,6%. (Brasil, 2015b). Conforme alertou o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), por meio de Nota Técnica n° 28, com a aprovação da PEC 55, será caótico o funcionamento do SUS, aumentará as iniquidades e estrangulamentos no acesso a bens e serviços de saúde, dificultando a efetivação do direito à saúde no Brasil.

A PEC do "fim do mundo" representará um grave retrocesso as garantias sociais, se aprovada desmontará a maior política social do país que é o SUS, sem recursos se inviabilizará estruturalmente seu funcionamento, atingindo os programas e projetos, inclusive põe em risco de extinção a já tímida implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e consequentemente da RENAST.

Nesse sentido, é premente destacar que a categoria trabalho enquanto

determinante do processo saúde-doença presentes nas análises e processos de intervenção no SUS, será compelida pela proposta da PEC 55. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) revelou um quadro nosológico dramático do mundo trabalho, estimou em 2013, 4.948,00 (milhões) de acidentes de trabalho, 7 vezes maior que os dados oficiais da Previdência Social. Com a aprovação da PEC 55, como será possível o Estado brasileiro intervir nesse gravíssimo problema do mundo do trabalho? Como será possível desenvolver ações de prevenção e promoção em ST? A PEC do "fim do mundo" consolida o Estado neoliberal sob a égide do mercado, transformando os direitos sociais em direitos do "consumidor", acessíveis via planos privados de Saúde, previdência privadas, entre outros, essa lógica consolida o Estado máximo para o capital e mínimo para os direitos sociais (NETTO,2012).

Nesse contexto de retrocesso social é fundamental a defesa da saúde do trabalhador como um direito social inalienável (FADEL, 2010). Somente um grande e forte movimento social em defesa da Seguridade Social será capaz de resistir e lutar pelos direitos que foram conquistas históricas da luta dos(as) trabalhadores(as).

Referência Bibliográfica

BRASIL. Os Impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde para a efetivação do direito. Nota Técnico n° 28/2016 – IPEA, Brasília, setembro de 2016. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/09/160920_nt_28_disoc-Sa%C3%BAde.pdf. Acesso 21.nov.2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conta-satélite de saúde Brasil: 2010 a 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2015b. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95012.pdf>. Acesso em 21.nov.2016.

BRAVO, M.I. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

BOIM, V.F. Limites e desafios da implantação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador na Região Leste do Município de São Paulo. 2015. 64f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)-Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca ENSP-FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2015.

BRAVO, M.I. Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais. CONTREIRAS, H; MATTA, G. C. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 285-297, fev. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000200285&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20, out., 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00015914>

CORREIA, V. Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS. In: Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes (Orgs). Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro : UERJ, Rede Sirius, 2011,43-49.

DIAS, Elizabeth Costa; HOEFEL, Maria da Graça. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.817-827, Dec. 2005. .Disponível em: http://www.scielo.br/ielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232005000400007&lng=en&nrm=iso>. acesso 20 out. 2016.

MÉSZÁROS, ISTVÁN, Para além do capital : rumo a uma teoria da transição / István Mészáros ; tradução Paulo Cezar Castanheira, Sérgio Lessa. - 1.ed. revista. - São Paulo : Boitempo, 2011.

NETTO, J, P. Crise do capital e consequências societárias. Serv. Soc. Soc. [online]. 2012, n.111, pp.413-429. ISSN 0101-6628. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282012000300002>.

SÃO PAULO, Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saude e Ambientes de Trabalho. O conto das contas! ano 16, n° 41.

São Paulo: Cortez, 2000.

VASCONCELLOS, LUIZ CARLOS FADEL. Saúde, trabalho e direito no SUS: por agenda de movimentos. [pp 117-133]. In: BRAVO, MARIA INÊS SOUZA, (Orgs.) Movimentos Sociais, Saúde e Trabalho. Rio de Janeiro: Editora ENSP/FIOCRUZ, 2010.



O capitalismo contemporâneo e sua crise e os embates para o financiamento e o trabalho em saúde no Brasil

Áquilas Mendes¹
Virgínia Junqueira²

Especialmente, desde 1990, nos tempos contemporâneos de dominância do capital portador de juros (capital financeiro) no movimento do capitalismo não foi possível identificar a retirada do Estado da economia, mas ao contrário, vimos assistindo sua perversa “presença”. Particularmente, nessa mais recente crise do capitalismo, estamos assistindo à adoção de políticas austeras por parte do Estado, com redução dos direitos sociais, inclusive da política de saúde, intensificando mecanismos de mercantilização no seu interior e precarização do trabalho, presentes nos países capitalistas centrais e no Brasil. Verifica-se, ainda, a permissão do Estado à apropriação do fundo público pelo capital, com a existência de disputas constantes por recursos financeiros para o desenvolvimento da saúde pública universal brasileira que sempre estiveram muito presentes desde a criação do SUS, pela Constituição em 1988. Vários aspectos vêm enfraquecendo a capacidade de arrecadação do Estado brasileiro e prejudicando o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como deixando de lado a problemática do trabalho em

saúde. Dentre eles, destacamos os mais recentes: a permissão da entrada do capital estrangeiro na saúde por meio da aprovação da Lei nº 13.097/2015 ; a aprovação da PEC 241/ 55 que institui um novo regime fiscal, que limita a expansão dos gastos públicos, a partir de 2017, pelos próximos 20 anos, desestruturando o SUS; a manutenção da Desvinculação da Receita da União (DRU) por meio da aprovação da EC 93/2016, que dará continuidade à fragilidade do esquema de financiamento da seguridade social (previdência, saúde e assistência social) por quase 30 anos; o aumento da exploração do trabalho e os embates no trabalho em saúde pública no Brasil. Entende-se que os embates no financiamento e no trabalho em saúde, nesse contexto, devam ser realizados de forma mais aprofundada, buscando o entendimento acerca da relação entre a crise contemporânea e a saúde, apoiado na ideia mais ampla de crise do capital.

Breves notas sobre o capitalismo contemporâneo e sua crise

São diversas as formas de interpretações sobre a natureza da crise contemporânea. De maneira geral, no interior da visão dos

¹ Áquilas Mendes: Professor Doutor Livre-Docente de Economia da Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP e do Departamento de Economia da PUC-SP

² Virgínia Junqueira: Doutora em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e professora adjunto da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista.

economistas « liberais austeros » destaca-se a ideia de que o sistema de crédito provoca « booms » desestabilizadores e o Estado não deve fazer nada para prevenir esse estouro, apenas moderar a expansão do crédito, deixando-o livre no seu curso natural. Para ilustrar, o famoso economista neoclássico da Universidade de Chicago, Robert Lucas Jr., « o problema central da prevenção-depressão foi resolvido, para todos os efeitos práticos » (ROBERTS, 2016, p.65, tradução nossa). Tal resolução vem sendo alcançada pela menor intervenção do Estado na economia, por meio da redução os gastos públicos.

Contrário à essa visão, argumentamos que ela não compreende a natureza do processo experimentado pelo padrão da acumulação capitalista, principalmente nos últimos 35 anos. Argumentamos que o fundamento da crise do capitalismo reside num contexto mais amplo de existência de duas principais tendências, articuladas entre si, especialmente a partir do final dos anos 1970. São elas: a tendência de queda da taxa de lucro nas economias capitalistas, com destaque para a norte-americana, em todo pós-II guerra; com queda de 41,3%, entre 1949 a 2001 (KLIMAN, 2012) e, como resposta a essa tendência, o sistema capitalista entra no caminho da acumulação financeira, em que o capital portador de juros, especialmente a sua forma mais perversa o capital fictício, passa a ocupar a liderança na dinâmica do capitalismo nesse período, principalmente depois de 1980 (CHESNAIS, 2016). Entre 1980 e 2013, os ativos financeiros globais aumentaram significativamente, passando de 12 trilhões de dólares a 285 trilhões de dólares, respectivamente (McKinsey Global Institute, 2014). Nesse mesmo período, esta extraordinária expansão superou de forma considerada o crescimento do PIB mundial que passou apenas, de 11,8 para 73,8 trilhões de dólares, respectivamente (IMF, 2014). Não seria de outra forma que a pequena recuperação da taxa de lucro na economia norte-americana, após a década de 1980, deveu-se às políticas econômicas neoliberais, diminuindo os salários dos trabalhadores e impondo condições de trabalho bem mais precárias (KLIMAN, 2012). No momento em que essa queda ocorre, observa-se uma crise de superacumulação que é explicada, não pela insuficiência da

demanda efetiva, mas pela ausência de lucros. A partir dos anos 1990, assistiu-se parte crescente dos lucros não distribuídos serem direcionados à esfera financeira, o que levou ao crescimento significativo do capital fictício, seja na forma de títulos públicos, de ações negociadas no mercado secundário ou de derivativos de todos os tipos (CHESNAIS, 2016).

Numa interpretação não apenas econômica, o filósofo Žižek (2008) ao se referir à crise capitalista, a intitula como um estado de urgência permanente, e apoiado em Marx, chama atenção para a “eternização” da circulação do capital, em que o seu movimento não tem limites. Esse entendimento, que deve ser recuperado de modo relevante na fase contemporânea do capitalismo, leva a uma mudança da atitude de consumo em direção a uma tipicamente capitalista de circulação auto impulsionada, permitindo-se assim que se situe a relação entre desejo e pulsão no capitalismo. Nas palavras carregadas de intenso conteúdo, Žižek expõe uma passagem importante de sua densa obra A visão em paralaxe:

[...] o desejo se baseia em sua falta constitutiva, enquanto a pulsão circula em torno de um buraco, de uma lacuna na ordem do ser. Em outras palavras, o movimento circular da pulsão obedece à estranha lógica do espaço curvo, em que a menor distância entre dois pontos não é uma reta, mas uma curva: a pulsão ‘sabe’ que o caminho mais curto para atingir seu alvo é circular em volta do objeto-meta. No nível imediato em que se dirige aos indivíduos, é claro que o capitalismo os interpela como consumidores, como objetos de desejo, provocando neles desejos perversos, excessivos e sempre novos (para cuja satisfação oferece produtos); além disso, é óbvio que também manipula o ‘desejo de desejar’ louvando o próprio desejo de desejar objetos e modos de prazer sempre novos. Entretanto, mesmo que já manipule o desejo levando em conta o fato de que o desejo mais elementar é o desejo de se reproduzir como desejo (e não de encontrar satisfação), ainda não alcançamos a pulsão nesse nível. A pulsão é inerente ao capitalismo em nível mais fundamental e sistêmico: é ela que impele toda a máquina capitalista, é ela a compulsão impessoal de se empenhar no movimento circular interminável de

autorreprodução expandida (ŽIŽEK, 2008, p. 89).

Para o autor, entramos no modo de pulsão quando a circulação de dinheiro como capital tem um fim em si, à medida que a expansão de valor só ocorre nesse movimento sistematicamente renovado. Quando fala em “pulsão”, Žižek se refere à pulsão de morte, pois toda pulsão é virtualmente pulsão de morte, a qual o autor adverte que não deve ser confundida com nenhum impulso à autodestruição ou autoaniquilação, ao contrário, ela é o oposto da morte, é o “nome da própria vida eterna ‘não-morta’”, insaciável como o capital, em seu “terrível destino de permanecer preso no ciclo repetitivo e interminável”, sua eternização, “de perambular com culpa e dor” (ŽIŽEK, 2008, p.90).

A “pulsão de morte” caracteriza esse estado de emergência permanente a que Žižek se refere ao analisar a atual fase do capitalismo contemporâneo. Nessa fase, o verdadeiro princípio da vida social, nesse movimento especulativo do dinheiro que gera mais dinheiro (D – D’), de um sistema que só é permitido sobreviver revolucionando constantemente suas próprias condições, somente sobrevive com “o seu próprio excesso, excedendo constantemente suas próprias restrições ‘normais’” (ŽIŽEK, 2008, p. 393).

Fica claro, portanto, a perversidade do capitalismo nessa fase contemporânea sob o poder dominante do capital fictício. Essa compreensão de Žižek parece revelar outro lado da dimensão que seria fundamental para que se analisasse a crise. Sua compreensão não poderia ser apreendida apenas a partir de uma leitura sobre os aspectos econômicos e financeiros, ainda que extremamente importantes.

Os impactos da crise contemporânea do capitalismo no SUS ocorreram basicamente na financeirização dos recursos públicos e na apropriação do fundo público pelo capital em busca de sua valorização.

As tensões no financiamento da saúde pública

Para entender o subfinanciamento estrutural do SUS é necessário, antes de tudo, mencionar a política econômica que

vem sendo adotada pelo governo federal, desde o período de Fernando Henrique Cardoso até o presente governo interino. Tal política é conhecida pelo famoso tripé macroeconômico – juros altos/metas de inflação, superávit primário e câmbio flutuante–, que restringe a possibilidade de gastos públicos, mesmo os sociais, incluindo a saúde.

A história de embates no financiamento desse sistema não deixou de ser intensa antes e durante os anos 2000, mesmo após a aprovação da Emenda Constitucional 29 que criou a vinculação de recursos para a aplicação da saúde. Para a União ficou estabelecido o montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB. Mesmo assim, assistiu-se a um quadro complicado de disponibilidade de recursos e de inseguranças de suas fontes. Ainda, com a Lei 141/2012 (regulamentação da EC 29) não se alcançou a resolução desses grandes conflitos, na medida em que não se alterou a base de cálculo da União, dificultando a garantia de novos recursos financeiros para a saúde universal. O subfinanciamento do SUS intensificou-se com a aprovação da Emenda Constitucional n.º 86/2015. Nela foi incluída uma nova regra para a aplicação do governo federal na saúde, alterando a base de cálculo do montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB para Receita Corrente Líquida (RCL), inclusive sendo executada de forma escalonada em cinco anos, isto é, 13,2% dessa RCL, para o primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação dessa EC (2016), até alcançar 15% da mesma, no quinto exercício financeiro, respectivamente. Constatou-se uma perda de cerca de R\$ 9,2 bilhões para o orçamento do Ministério da Saúde com ações e serviços públicos de saúde já no primeiro ano de implantação da EC (2016) (MENDES; FUNCIA, 2016).

Apesar do avanço que significou a criação do SUS, o Brasil não dedica a mesma atenção à saúde pública que os demais países que dispõem de um sistema público e universal. Basta dizer que, em 2014, enquanto o SUS gastou 3,9% do PIB (União – 1,7%, estados - 1,0% e municípios – 1,2%), o gasto público em saúde na média dos países europeus com sistemas universais (Alemanha, Espanha, França, Reino Unido e Suécia) foi de cerca de 8,0% do PIB (Ibid).

Se o artigo 55 das Disposições

Constitucionais Transitórias da Constituição Federal fosse aplicado, 30% dos recursos da Seguridade Social deveriam ser destinados à Saúde, mas isso nunca foi feito. Em 2014, o Orçamento da Seguridade Social foi de R\$ 686,1 bilhões de reais, sendo que se destinados 30% à saúde, considerando os gastos do governo federal, corresponderiam a R\$ 205,8 bilhões de reais, mas a dotação é a metade disso. Isso mostra claramente o subfinanciamento histórico (Ibid).

Ainda, em 2015, uma medida teve o apoio do governo federal que prejudicou ainda mais o financiamento do SUS. Em janeiro desse ano, foi aprovada no Congresso nacional a Lei n.º 13.097/2015 que, dentre outros aspectos, promove a abertura da saúde para o capital estrangeiro. De acordo com essa medida provisória, empresas e capitais estrangeiros podem instalar, operar ou explorar hospitais (inclusive filantrópicos) e clínicas. Também podem atuar em ações e pesquisas de planejamento familiar, e serviços de saúde exclusivos para atendimento de funcionários de empresas. Atualmente, a presença do capital externo já existe em outras áreas da saúde, a exemplo dos planos e seguros de saúde, e de farmácias. Essa nova Lei altera a Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), que originalmente proíbe os investimentos estrangeiros no setor, e fere também a Constituição Federal de 1988, em seu artigo n.º. 199. Para se ter uma ideia dos reflexos dessa exploração, em novembro de 2015, a empresa United Health adquiriu o Hospital filantrópico Samaritano, que mesmo assim continuou a participar do Programa de Apoio de Desenvolvimento Institucional (PROADI) do MS, desenvolvendo pesquisas e/ou cursos para o SUS. Trata-se, então, de renúncias fiscais que experimentam as entidades sem fins lucrativos. Desse modo, o SUS, com seu insuficiente financiamento, contribui indiretamente com recursos para um hospital filantrópico estrangeiro. Sem dúvida, essa Lei veio para dificultar ainda mais a possibilidade de ampliarmos a conquista do direito à saúde pela sociedade brasileira e assegurar a insaciabilidade do capital portador de juros na forma de apropriação do fundo público.

Um outro importante embate ao financiamento do SUS disse respeito à criação da Desvinculação da Receita da União (DRU), em 1994, definindo que

20% da arrecadação das contribuições sociais seriam desvinculadas de sua finalidade e estariam disponíveis para uso do governo federal, longe de seu objeto de vinculação, a Seguridade Social. Sabe-se que após constantes renovações, a DRU está garantida até 2023, ou seja por quase 30 anos, com sua renovação pela EC n.º. 93/2016, ampliando a sua alíquota para (30%).

Por fim, nos defrontamos com uma das maiores medidas defendidas pelo capital financeiro, desmontando o financiamento do SUS para os próximos 20 anos. Isto porque a instituição da PEC 241 / 55 não limita os juros e outras despesas financeiras, mas apenas as despesas primárias por duas décadas. O pagamento de juros da dívida tem sido um gasto bem mais elevado que as demais políticas públicas no interior do orçamento federal. Para se ter uma ideia, em 2015, esse pagamento alcançou 8,5% do PIB, cerca de R\$ 500 bilhões, isto é, cinco vezes a mais que o gasto do Ministério da Saúde nesse ano. Essa PEC impõe à saúde pública sua desestruturação e privatização crescente do sistema de saúde. Após a aprovação da PEC 241 na Câmara Federal, ficou proposto a base para incidência da correção da inflação (IPCA) o ano de 2017, ao mesmo tempo em que revogou o escalonamento previsto na EC 86/2015, passando a incidir para a saúde em 2017 o percentual de 15% sobre a Receita Corrente Líquida (RCL). Dessa forma, a PEC passa para o Senado com um novo número: PEC 55. Mesmo assim, os prejuízos acumulados nos próximos 20 anos para o SUS, no período de vigência desse novo regime fiscal, seriam da ordem de R\$ 433 bilhões. Num cenário retrospectivo, entre 2003 a 2015, essa perda seria R\$ 135 bilhões, a preços médios de 2015, diminuindo os recursos federais do SUS de 1,7% do PIB para 1,1% (GTIF-SUS, 2016).

É importante frisar que o problema do financiamento do SUS se agravará. Isto porque a PEC 241 / 55 não incorpora o crescimento populacional, e seu conseqüente incremento da população idosa, cuja participação crescerá dos atuais 12,1% do total, para 21,5%, em 2036 (dados do IBGE) e, ainda, não considera a incorporação tecnológica do setor saúde. De forma totalmente contrária à PEC 241 / 55, necessitaríamos realizar uma profunda reforma tributária eliminando o caráter regressivo na incidência dos impostos,

adotando, por exemplo mecanismos de tributação para a esfera financeira – responsável pela grande riqueza/fortuna nos últimos 35 anos -, por meio da criação de uma Contribuição Geral sobre as grandes movimentações financeiras, isto é, para quem movimenta mais de R\$ 2 milhões mensais – e ter destinação vinculada à Seguridade Social e à Saúde. Isto seria o mesmo que dizer sobre a criação de uma Contribuição Geral sobre as Grandes Fortunas, com destinação para a seguridade social, consequentemente para a saúde. A proposta de adoção de uma taxa sobre as transações financeiras é importante para explicitar a luta contra o capital financeiro.

O recrudescimento da exploração do trabalho e os embates no trabalho em saúde no Brasil

No capitalismo contemporâneo, há recrudescimento da agressividade do capital contra o trabalho. As classes capitalistas, sob a hegemonia do capital financeiro que se coloca em simbiose complexa com a esfera da produção, não podem abrir mão da exploração do trabalho no processo de acumulação. A entrada no mercado da força de trabalho de cerca de 1 bilhão de trabalhadores chineses e dos trabalhadores na Índia em condições aviltantes mostra como o trabalho sofre corrosão e degradação sob o capitalismo financeirizado.

O regime de trabalho na China é tal que trabalhadores da Foxconn, empresa que fabrica componentes para a Apple, têm sido obrigados a assinar um termo de responsabilidade comprometendo-se a não se suicidar (comunicação oral do prof. Ricardo Antunes em outubro de 2016). Caso o façam, os familiares perdem qualquer auxílio do poder público. Principalmente em época de lançamentos de iPhone dobra o estresse dos trabalhadores. A situação na Índia é de total degradação das condições de trabalho, assim como em Bangladesh onde, em 2013, morreram soterrados 377 trabalhadores em um prédio que desabou. Eles trabalhavam para indústrias têxteis da Europa ocidental. Os meios de comunicação alertaram para a falta total de segurança no trabalho

e classificaram o desastre como uma pequena amostra do que acontece em países do 3º mundo. As indústrias têxteis envolvidas se declararam “chocadas” e se desvincilaram rapidamente de suas responsabilidades. Essa catástrofe revela que a legislação que regula as condições de contratação e condições de trabalho continua sofrendo burla em várias partes do mundo. Na Inglaterra estima-se que 1 milhão de trabalhadores estaria submetido ao regime Zero hora, no qual ficam à disposição das empresas, na incerteza de serem chamados. Em São Francisco, cidade vizinha do Vale do Silício na Califórnia, o fracasso das start-ups é de tal monta que o prefeito se preocupa como cuidar dos jovens que se vêm para a cidade, em busca do Eldorado prometido pelo sucesso de alguns “gênios” do universo da informática. Mesmo economistas do mainstream reconhecem que a baixa taxa de desemprego nos Estados Unidos se deve à disseminação de empregos precários.

Em nosso meio, jovens universitários são expostos à miragem das empresas júniores. São miragens mesmo no primeiro mundo, onde a “uberização” - trabalho sem direitos trabalhistas - avança. Estimula-se a ausência de vínculos que desobriga as empresas de respeitarem os direitos trabalhistas, por intermédio da contratação via Pessoa Jurídica (a chamada Pjotização), e como no resto do mundo incentivam-se o empreendedorismo, a terceirização, o voluntariado.

Esses são apenas alguns exemplos que ilustram como a reestruturação produtiva - enxugamento dos quadros de pessoal, exigência de múltiplas tarefas, extensão da jornada de trabalho, aumento do ritmo para maior produtividade, assédio moral, entre outros meios de pressão do capital sobre os trabalhadores - continua provocando uma verdadeira devastação no mundo capitalista.

No Brasil, desde a década de 1990, a contra reforma neoliberal se abateu também sobre o setor público da saúde, trazendo pesadas consequências para os trabalhadores do SUS. A lógica econômica da rentabilidade e do predomínio do mercado, baseada em uma propalada maior eficiência do setor privado, tem como decorrência que o Estado não se ocupe mais em prover bens e serviços, devendo apenas regulá-

los, uma vez que a competição livre no mercado produziria serviços de maior qualidade. Esta lógica privatista tem invadido os serviços públicos de modo insidioso, conforme afirma Cohn:

Trata-se de um processo ‘invisível’ porém efetivo e extremamente perverso de mudança da natureza pública do setor estatal de saúde [...] processo insidioso que diz respeito ao transplante da racionalidade da administração privada (leia-se do mercado) para o interior dos serviços estatais de saúde (COHN, 2001 p.3).

Desde 1995, o gerencialismo como modo de conduzir as atividades produtivas foi implantado progressivamente também na Administração Pública, como parte do modelo preconizado pelo então ministro da Reforma de Estado, Bresser-Pereira, impactando fortemente as relações de trabalho.

A assim chamada flexibilização das relações de trabalho, particularmente no SUS, provocou precarização dos vínculos. Apesar do crescimento expressivo do número de postos de trabalho no setor público da saúde, ocorreu pulverização em diferentes modalidades de vínculos empregatícios (SILVA; SILVA, 2008), entre os quais vem predominando as contratações por intermédio das Organizações Sociais (OS). A coexistência de vários tipos de vínculos principalmente nas esferas estaduais e municipais de governo influenciou a gestão de pessoas no âmbito dos serviços públicos de saúde, causando efeitos negativos na qualidade da assistência ao usuário (CAMPOS et al. 2009).

Inúmeros estudos comprovam que o trabalho no setor da saúde, caracterizado por situações de tensão e de estresse que podem gerar com frequência repercussões psicossociais sobre os trabalhadores do setor, têm sofrido agravamento pela precarização das condições de trabalho. Particularmente, quando aumenta o desemprego e crescem as ocupações informais, há uma sobrecarga por aumento da demanda por parte de usuários do SUS. A pressão provocada pelo incremento da procura de assistência pode acarretar transtornos mentais e exaustão física nos trabalhadores que estão na ponta do atendimento, com particular destaque aos profissionais da enfermagem (SILVA, 2015; SOUZA, 2016).

Atualmente já se fazem sentir nos

serviços de saúde as consequências do aprofundamento da crise capitalista que atinge a maioria da população no Brasil. Entre as últimas ofensivas do governo Temer contra os direitos trabalhistas, destaca-se a convocação pelo INSS, por força de uma medida provisória n.º 739/2016, sob pena de corte de benefício em caso de não comparecimento, de 530 mil segurados que estavam afastadas do trabalho, em afastamentos motivados por todas as causas. O objetivo declarado é reavaliar 1,7 milhão de casos (Folha de São Paulo, 06/08/2016). Segundo dados recentes do INSS, depois do exame pelos médicos peritos, dos 20.964 segurados que já passaram por perícia, em 80% dos casos a decisão tem sido a cessação dos benefícios, "gerando uma economia de R\$ 220 milhões para o fundo da Previdência" (Folha de São Paulo, 05/11/2016). O corte de auxílio doença e de aposentadoria por invalidez, concedidas judicialmente, pode ser feito "na hora" sem comunicar a Justiça, segundo portaria conjunta da Procuradoria Geral Federal e do INSS (Folha de S. Paulo, 24/08/2016). Não há qualquer informação sobre quantas entre essas pessoas têm de fato capacidade de retornar ao trabalho. Muitas estão sendo ou serão demitidas, por se tratar de casos de doenças ou traumas cujo nexos causal com o trabalho não foi comprovado. Milhares certamente estarão desamparados e sem emprego. Como decorrência pressionarão mais ainda os serviços públicos de saúde e de assistência social procurando soluções que não estão ao alcance desses serviços. Cabe lembrar que, apesar do que está disposto na lei n.º 8.080/90, o mundo do trabalho permaneceu apartado do SUS. Os que têm vínculo formal de trabalho se relacionam com planos de saúde contratados pelas empresas de maior porte, com os médicos dos ambulatórios das próprias empresas ou dos sindicatos e com os peritos do INSS.

Todas as questões relativas à saúde do trabalhador passam ao largo da atenção básica do SUS, não se constituindo como objeto de ação da Estratégia de Saúde da Família. Mesmo quando o Ministério da Saúde teve como titular sucessivos militantes da Reforma Sanitária não houve sequer uma tentativa de integrar as ações de saúde do trabalhador ao SUS. Neste mesmo caminho, o governo Temer vinculou o INSS ao Ministério da Fazenda e as decisões sobre a saúde do trabalhador são tratadas como problemas contábeis. As operadoras de planos e seguros privados de saúde dominam esse mercado e manipulam e controlam dessa forma a força de trabalho.

O governo Temer investe também contra a CLT, cuja promulgação não foi uma dádiva. Lembremos que desde a década de 1930 ocorreram greves nas quais se reivindicavam direitos trabalhistas que depois foram incluídos no corpo da lei. Observe-se que a CLT é também guardadora da exploração do trabalho.

Atualmente levanta-se sem constrangimento a possibilidade de afrouxar os critérios que caracterizam o trabalho escravo, de reduzir a idade de ingresso dos aprendizes para 14 anos, de aumentar a idade da aposentadoria e de estender o período de contribuição obrigatória para se aposentar, além de desvincular os benefícios do reajuste do salário mínimo. Ao lado dessas medidas o governo estimula a adoção dos regimes de previdência privada.

Em resumo, a implantação de um regime de austeridade que ataca frontalmente direitos sociais e trabalhistas se faz sob o pretexto de que "não se pode gastar mais do que se arrecada", como se a gestão e a atividade econômica de um país pudesse ser comparada à economia doméstica. Os meios de comunicação silenciam sobre o fato de que na PEC 241 / 55 o pagamento dos juros da dívida pública não está sujeito a qualquer



restrição. Desinformam a população, que provavelmente não sabe em que consiste a dívida pública, mas certamente sabe o que significam juros escorchantes para os que atrasam uma mensalidade relativa à compra de uma mercadoria.

Outro argumento levantado para justificar os ataques aos direitos é o envelhecimento que acarretaria dificuldade ou impossibilidade de sustentação dos aposentados pela força de trabalho ativa. Omite-se que o Brasil, diferentemente de países da Europa Ocidental e do Japão, conta com uma faixa etária de jovens de tal vulto que configura o que os demógrafos denominam uma "janela de oportunidades". Mesmo no contexto da sociedade capitalista o número de jovens em idade de trabalhar - se houvesse emprego - é de tal ordem que contribuiria para adicionar recursos à Previdência Social, se houvesse o pleno emprego propagandeado pelo modo de produção capitalista.

Na realidade, o Brasil não escapa das tensões atualmente presentes no mundo do trabalho, em geral, e do trabalho em saúde, em especial, além de ter seu orçamento estatal como locus prioritário de valorização do capital sob dominância financeira no capitalismo contemporâneo em crise.

Referências

- CAMPOS, EF; MACHADO, MH; GIRARDI, SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. Divulgação. Saúde Debate, (44):13.24, 2009.
- CHESSAIS, F. Finance capital today : corporations and banks in the lasting global slump. London : Historical Materialism Series, Brill, 2016.
- COHN, A. Por onde anda a Reforma Sanitária. Teoria e Debate. 2001, jun/jul/ago; 48: 10-4. Disponível em <http://www.teoriadebate.org.br/materias/nacional/por-onde-anda-reforma-sanitaria?page=0,2#sthash.JlsNgJg7.dpuf>. Acesso direto em : out 2016.
- GRUPO TÉCNICO INSTITUCIONAL DE DISCUSSÃO DO FINANCIAMENTO DO SUS apud Conass ; Conasems. Nota sobre a Proposta de Emenda Constitucional 241/2016, outubro de 2016.
- INTERNATIONAL MONETARY FUND, 2014. Disponível em : <https://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2013/02/weodata/index.aspx>-. Acesso direto em : nov 2015.
- KLIMAN, Andrew. The Failure of Capitalist Production: underlying causes of the great recession . London: Pluto, 2012.
- MCKINSEY GLOBAL INSTITUTE, 2014. Disponível em :< <http://www.mckinsey.com/mgi/overview>> . Acesso direto em : nov 2015.
- MENDES, A; Funcia, F. O SUS e seu financiamento. In: Rosa Maria Marques, Sérgio Francisco Piola, Alejandra Carrillo Roa. (Org.). Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. 1ed.Brasília: Abres; Ministério da Saúde; OPAS/OMS, 2016, v. 1, p. 139-168.
- ROBERTS, Michael. The Long Depression: how it happened, why it happened, and what happens next. Chicago: Haymarket Books, 2016, chap. 5.
- SILVA, JLL. Aspectos psicossociais e síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. Tese (Doutorado)- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015. 151p.
- SILVA, EVM; SILVA, S.F. As implicações da Gestão do Trabalho no SUS: um olhar do gestor local. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Caderno RH Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. pp.49-58.
- SOUZA, H.S. O processo de trabalho em enfermagem sob o fluxo tensionado. In: SOUZA, H.; MENDES, A. Trabalho e Saúde no Capitalismo Contemporâneo: enfermagem em foco. Rio de Janeiro: Doc Content, 2016.
- ŽIZEK, Slavoj. A visão em paralaxe. São Paulo: Boitempo, 2008.

AMIANTO



MIATA



ESPECIAL AMIANTO

Denominação, Produção e Consumo no Brasil

Por Editorial e Fernanda Giannasi¹

O amianto ou asbesto é um mineral fibroso reconhecidamente cancerígeno para os seres humanos, segundo as mais importantes academias de ciências e entidades da área de saúde nacionais e internacionais.

O nome amianto traz o significado de indestrutível, incombustível, incorruptível e, devido à sua resistência a altas temperaturas, durabilidade, baixo custo e abundância na natureza, o faz ser amplamente empregado nos diversos setores.

Não é um problema só dos trabalhadores, que se expõem às suas fibras microscópicas e letais. Pode atingir indistintamente familiares destes trabalhadores, vizinhos de minerações e de instalações industriais onde se produz e manipula o amianto e os consumidores de mais de 3.000 produtos, que foram confeccionados à base deste mineral, entre os quais e mais comuns estão os materiais de construção (telhas, caixas d'água, painéis, divisórias de cimento amianto), produtos de fricção para veículos automotivos (freios, juntas de cabeçote, massas antirruído, revesti-

mento de disco de embreagem) e para vedação e isolamento térmico.

Uma vasta literatura médica, produzida em todo o século XX, dá sustentação à tese de que não há maneira segura de se trabalhar com amianto ou utilizar produtos que o contêm, e que a melhor forma de se eliminar as doenças provocadas por esta fibra mineral é o seu banimento. Campanhas em todo mundo, apoiadas, entre outras, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Internacional do Trabalho (OIT), vêm buscando a eliminação da chamada "catástrofe sanitária do século XX", tal a gravidade do quadro epidêmico das doenças provocadas pelo amianto.

O Brasil está entre os 5 maiores produtores, consumidores e exportadores do mundo juntamente com os outros países dos BRICS, com exceção da África do Sul, que banuiu o amianto após uma epidemia de doenças registradas naquele país com alta mortalidade entre a população exposta ocupacional e ambientalmente às fibras do mineral cancerígeno.



Os quadros a seguir mostram a geopolítica do amianto no mundo:

5 Maiores produtores (tons)

Rússia	1.100.000
China	400.000
Brasil	284.000
Cazaquistão	240.000
Índia	270

5 Maiores exportadores (tons)

Rússia	492.389
Cazaquistão	172.621
Brasil	129.767
China	40.511
Canadá	-

5 Maiores consumidores - BRICS (tons)

Rússia	608.000
China	507.000
Índia	379.000
Brasil	154.000
Cazaquistão	68.000

Fonte: United States Geological Survey (USGS)

¹ Fernanda Giannasi: Engenheira Civil e de Segurança do Trabalho. Auditora Fiscal do Trabalho aposentada. Fundadora da Associação Brasileira dos Expostos ao Amianto - ÁBREA.

Goiás é atualmente o único estado produtor do chamado amianto branco ou crisotila, o único tipo ainda permitido pela legislação nacional (Lei 9055/95), embora 8 estados (São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Pernambuco, Mato Grosso, Minas Gerais, Amazonas e mais recentemente Santa Catarina) e diversos municípios já tenham aprovado leis que vetam a sua utilização.

Dados do Ministério do Trabalho - MT apontam que na atualidade, no Brasil, são 47 empreendimentos autorizados a utilizarem o amianto, sendo 1 mineradora (SAMA/ GO), 2 indústrias de cloro-soda (DOW (BA) e BRASKEM (AL)), 7 grupos empresariais de fibrocimento com um total de 13 estabelecimentos (Eternit- 5 fábricas (PR, BA, GO, RJ), incluindo a controlada PRECON- Anápolis (GO)); IN-FIBRA (SP) - 2 fábricas; Isdralit (RS/PR) - 2 fábricas; as demais 1 fábrica cada: Precon/MG, Casalite (RJ), Multilit (PR), Confibra (SP). As demais (31) são empresas de transporte, manutenção industrial, demolidoras, aterros. Empregam um total de 4.938 trabalhadores.

Se levarmos em consideração somente as indústrias típicas do amianto, este número passa a 3.919 trabalhadores. Estes dados contrariam enormemente a catastrófica e inchada estatística apresentada pelas empresas e sindicatos de trabalhadores (CNTI/CNTA), ferrenhos defensores do amianto, que dizem haver 200 mil empregos ameaçados de extinção com a proibição do amianto.

O Cadastro está disponível no site do MT em <http://acesso.mte.gov.br/portal-asbestos/relatorios/empresas-regulares-externo.htm>

O estado de São Paulo já teve 196 empresas cadastradas desde 1991 até dezembro de 2016 com um total de 13.725 trabalhadores. Atualmente, são apenas 12 empresas cadastradas, sendo somente 4 delas com produção à base de amianto, com um total de 532 trabalhadores, contrariando o que determina a Lei 12.684/2007, que banuiu o amianto no território paulista. No restante, são

atividade de apoio, que permanecerão mesmo com o fim do uso do amianto e que estão previstas na referida lei de proibição, desde que as atividades estejam, comprovadamente, abaixo do limite de tolerância de 0,1 fibra por centímetro cúbico (f/cc). 3 destas empresas deixarão de usar o amianto até 31/12/2017, por força de TACs - Termos de Ajustamento de Conduta, com um total de 526 trabalhadores.

Há um recorrente e falacioso debate a respeito do número de postos de trabalho gerados pela cadeia produtiva do amianto, causando frisson entre os políticos e governantes que se aterrorizam em imaginar a catástrofe do desemprego num país que faz de tudo para reduzir seus índices alarmantes de desocupação.

O lobby industrial do amianto inclui, em sua estatística apocalíptica, os trabalhadores do transporte, manutenção de freios, comércio, construção civil e outros, que podem estar expostos ou não às fibras, não sendo, portanto, gerados pela cadeia produtiva do mineral cancerígeno.

O Custo Social da Exposição ao Amianto no Trabalho e seus Consequentes Adoecimentos

Não há qualquer dúvida científica sobre a carcinogenicidade do amianto, segundo a Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC) da Organização Mundial da Saúde (OMS).

A OMS estima que 125 milhões de trabalhadores em todo o mundo estão expostos ao amianto em seus locais de trabalho, além de afirmar que milhares de mortes podem ser atribuídas anualmente à exposição ambiental ao amianto, a qual todos nós seres humanos estamos sujeitos devido às propriedades aerodinâmicas destas tênues fibras que viajam quilômetros de distância e que podem atingir diversos órgãos de nosso corpo, principalmente os do trato respiratório.

Segundo estas estimativas, mais de 107 mil trabalhadores morrem por ano pelas doenças relacionadas ao amianto, entre as quais:

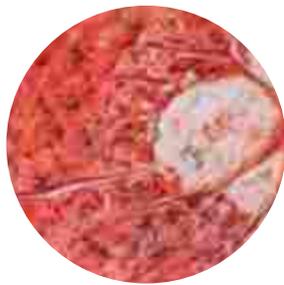
.Asbestose - enrijecimento do tecido pulmonar, conduzindo à falta de ar acentuada e progressiva, podendo matar por asfixia;

.Câncer de pulmão - uma em cada três mortes por câncer ocupacional está associada ao amianto. É dose dependente (quanto maior tempo de exposição e concentração de fibras, maior sua prevalência), tem sinergia com hábito de tabagismo, potencializando os riscos de seu aparecimento;

.Mesotelioma - tumor maligno, incurável e de prognóstico sombrio, cujo principal agente reconhecidamente causador é o amianto. Leva ao óbito a maioria de suas vítimas em menos de 1 ano após o diagnóstico. É chamado o câncer do amianto. Ele pode atingir membranas serosas, como a pleura (que reveste o pulmão), peritônio (cavidade abdominal) e pericárdio (coração).

.Outras doenças malignas atribuídas ao amianto - câncer de ovário, laringe e do trato digestório.

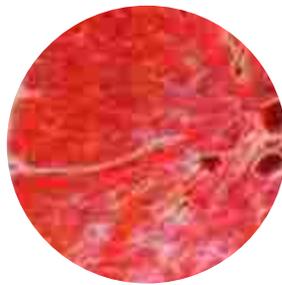
.Doenças não malignas atribuídas ao amianto - placas, atelectasias, espessamentos e outras doenças pleurais.



Câncer no Pulmão



Placas Pleurais



Asbestose



Mesotelioma

Embora as estatísticas oficiais brasileiras não reflitam o verdadeiro quadro de adoecimento da população, exposta profissional ou ambientalmente ao amianto, gerando invisibilidade social ou silêncio epidemiológico, alguns indicadores já prenunciam que teremos em muito pouco tempo um quadro semelhante ao que se encontra nos países desenvolvidos economicamente e onde há registros confiáveis da epidemia de doenças provocadas pelo amianto, como é o caso da Austrália, Inglaterra, França, países escandinavos e Itália.

Apesar da subnotificação dos dados de Doenças Relacionadas ao Amianto (DRA), de acordo com o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (2014) foram registrados no Sistema Único de Saúde (SUS), entre 2008 e 2011, 25.093 casos de cânceres provocados pelo amianto e, no período de 2000 a 2011, 2.400 óbitos por mesotelioma foram notificados no Sistema Informatizado de Mortalidade do SUS (SIM). 43% destes casos foram registrados na região Sudeste.

Tal invisibilidade social se deve por várias razões, entre as quais a falta de médicos e centros especializados para realização de exames e diagnósticos de alta complexidade, fora do eixo Rio-São Paulo, mas principalmente pelos acordos extrajudiciais firmados pelas empresas para escamotear dados perante os olhos do governo e da sociedade como um todo. Os custos com as internações e tratamento do mesotelioma estão subestimados e mereceriam uma melhor observação por parte dos gestores públicos de saúde como ocorre em outras partes do mundo, onde o amianto foi usado intensivamente desde o final do século XIX, quando ainda era conhecido como o "mineral mágico". Estes custos estão aumentando ano a ano, na medida que aumenta a capacidade diagnóstica do SUS e da organização da sociedade, cada vez mais vigilante e exercendo seu papel de controle social das ações do governo.

No período de 1995 e 2007, ocorreram,

um total, de 4.264 internações por mesotelioma. O valor total despendido pelo SUS, neste período, foi de R\$ 4,76 milhões de reais, isto é, R\$ 370 mil/ano (em valores atuais, estamos falando de algo em torno de R\$ 8,50 milhões de reais no total).

Confirmando vertiginosamente estes custos, foram gastos 292 milhões de reais com o tratamento quimioterápico, cirurgias oncológicas, internações em unidades de terapia intensiva (UTI) e leitos, sem incluir tratamentos ambulatoriais, que em valores de hoje representam 448 milhões de reais a serem despendidos pelo combalido SUS.

Foram mais de 5.000 acordos extrajudiciais firmados entre as duas principais empresas do ramo da construção civil, Brasilit e Eternit, com seus ex-empregados, cujos dados epidemiológicos estão submersos num imenso iceberg. Trabalhadores estes que não foram assistidos nem por seus sindicatos e nem pelas associações de vítimas.

Não há, portanto, como defender o indefensável amianto e seus impactos à saúde e ao erário, socializando o prejuízo entre nós, a população contribuinte, enquanto as empresas defensoras da fibra cancerígena capitalizam o lucro desta atividade nefasta.

Mobilização e Organização da Classe Trabalhadora: associações, redes, encontros, manifestos e seminários

Atualmente 70 países já decidiram pela proibição da produção e utilização de produtos à base de amianto, fruto de massiva pressão social, inclusive nossos vizinhos Argentina, Chile e Uruguai. Em dezembro de 2016, o Canadá, que já foi o maior produtor e exportador mundial do amianto, anunciou seu banimento a partir

de 2018.

O banimento do amianto é uma emergência nacional e factível sob todos os aspectos, pois já existem produtos alternativos substitutos reconhecidamente menos nocivos e a custos compatíveis. Todas as empresas nacionais dominam as tecnologias livres de amianto e os custos iniciais adicionais reclamados destas novas tecnologias serão facilmente compensados em função da redução dos gastos futuros com diagnósticos, tratamento, internações e indenização das vítimas, bem como com as custosas remoções, chamadas desamiantizações, e a disposição final destes resíduos perigosos provenientes de produtos contendo a fibra mineral cancerígena.

Existe um forte grupo parlamentar no poder legislativo representado por deputados e senadores goianos, cujas campanhas eleitorais têm sido financiadas de longa data pela indústria do amianto, como já foi fartamente noticiado pela imprensa nacional e denunciado pelo controle social. Este grupo, intitulado "bancada da crisotila", impede sistematicamente que o debate sobre a proibição da fibra cancerígena avance no Congresso Nacional.

Infelizmente o poder executivo também prefere fazer vistas grossas, não punindo as empresas infratoras, já que há também fortes interesses políticos e econômicos envolvidos com a produção e utilização deste mineral, haja vista a Braskem, do grupo Odebrecht, ser a maior produtora de cloro-soda do país, utilizando diafragmas de amianto na eletrólise da salmoura (sal mineral + água).

No poder judiciário, o Supremo Tribunal Federal (STF) está apreciando há pelo menos 12 anos a constitucionalidade das leis estaduais. Caso haja um retrocesso de não se manter as leis estaduais vigentes, estaremos na contramão da história industrial moderna, que tecnologicamente evolui a cada dia. Isto pode ameaçar seriamente os postos de trabalho nas empresas que já substituíram o maligno amianto



Dra. Ana Claudia Bandeira Monteiro (Vice-Presidente da Associação Nacional dos Procuradores do Trabalho), Dr. João Batista Amancio (Auditor Fiscal do Trabalho - Gerente Regional do MTE em Campinas/SP), Dr. Erich Vinicius Shramm (Procurador-Chefe da Procuradoria Regional do Trabalho da 2ª Região), Dr. Eduardo Amgarten (Procurador-Chefe da Procuradoria Regional do Trabalho da 15ª Região), Elenildo Queiroz Santos (Presidente Nacional do DIESAT), Dr. Ronaldo Curado Fleury (Procurador Geral do Trabalho), Des. Henrique Damiano (Vice-Presidente Administrativo do Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região), Des. Francisco Giordani (Diretor da Escola Judicial do Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região), Madalena Margarida da Silva (Coordenadora do Fórum Nacional de Saúde do Trabalhador das Centrais Sindicais).

ou estão em vias de, pois estas não sobreviverão à concorrência desleal de produtos com amianto ou similares.

Como contrapoder, a ABREA é a Associação Brasileira de Expostos ao Amianto, organização esta não governamental, sem fins lucrativos, declarada de utilidade pública, que luta pelo banimento do amianto no país e justiça para as vítimas e familiares. Fundada em 1995, em Osasco, São Paulo, entre seus objetivos, destacam-se: reunir trabalhadores, vítimas e demais pessoas expostas ao amianto, cadastrando-as e encaminhando-as para exames médicos; conscientizar a população, trabalhadores e opinião pública sobre os riscos do amianto; propor ações judiciais em favor de seus associados, vítimas e familiares; lutar pela recuperação ambiental das áreas degradadas pela indústria do amianto e divulgar tecnologias e materiais menos nocivos à saúde para substituir ao amianto.

Conseqüentemente, os riscos por exposição ao amianto não são aceitáveis nem em nações desenvolvidas, nem naquelas de industrialização recente. Além disso, como já foi dito, existe disponibilidade de substitutos mais seguros e apropriados. Uma proibição imediata da produção e uso do amianto é de há muito esperada, completamente justifica-

da e absolutamente necessária.

Seminário Internacional: uma abordagem sociojurídica

O debate sobre o amianto e suas conseqüências nefastas à saúde humana não é recente e ainda está longe de ser esgotado. Desde meados da década de 1980, até início de 2000, prevalecia no Brasil o debate em torno da exequibilidade do uso seguro ou controlado do amianto.

Em 2000, no congresso internacional "Amianto: passado, presente e futuro", representantes de 32 países aprovaram um manifesto denominado "Declaração de Osasco", com o compromisso de luta dos movimentos sociais em prol do banimento do amianto a nível mundial, pois a substituição já se mostrava totalmente factível econômica e tecnologicamente.

A partir desse evento, várias iniciativas legislativas impulsionaram a aprovação de leis municipais e estaduais sobre o banimento do amianto. As leis tiveram a constitucionalidade questionada no STF. Em 2008, em voto proferido na apreciação da liminar concedida contra a lei do Estado de São Paulo (ADIN 3937), o então Ministro Cezar Peluso, que presid-

iu a sessão, assim se manifestou "(...) há, realmente, fundamentos para o entendimento razoável de inconstitucionalidade da lei federal. Isso significaria, em termos concretos que, reconhecida incidentalmente a incompatibilidade da lei federal com os artigos 6º e 196º da Constituição da República, teríamos como consequência a proibição, no plano federal, do uso desse material." Mas o reconhecimento definitivo da inconstitucionalidade da lei federal ainda não chegou. Apesar de contestadas no STF, as leis estaduais e municipais no Brasil seguem vigentes.

A evolução legislativa, infelizmente, não veio acompanhada de outras ações políticas e administrativas que assegurassem o seu integral cumprimento. Assim, o que se observa, é que mesmo nos estados onde houve a proibição dessa substância cancerígena, produtos contendo amianto são livremente comercializados e até fabricados, muitas vezes amparados em liminares concedidas pelo Poder Judiciário. Em abril de 2008 a Associação Nacional dos Magistrados do Trabalho (ANAMATRA) e a Associação Nacional dos Procuradores do Trabalho (ANPT) ingressaram com a ADIN 4066, acendendo o debate sobre a constitucionalidade do art. 2º da Lei n. 9055/95, que prevê a possibilidade do "uso controlado" do amianto crisotila, a



Dra. Marcia Kamei Lopez Aliaga – Procuradora do Trabalho | Programa Nacional de Banimento do Amianto do MPT



Dra. Laura D'Amico – Advogada CGIL/AFEVA (Itália)



Arthur Frank, MD, PhD, professor da Drexel University Dornsife School of Public Health, Fellow do Collegium Ramazzini

despeito da substância ser reconhecidamente cancerígena pela OMS, como dito anteriormente, e pela própria legislação brasileira, que o incluiu na Lista Nacional de Agentes Cancerígenos para Humanos – LINACH.

Em meio à batalha judicial travada nos tribunais superiores estão as vítimas, milhares de trabalhadores expostos indevidamente a esse agente cancerígeno e que, décadas depois da exposição, manifestam diversos problemas de saúde que, não raro, levam ao óbito. Essa realidade bate às portas da Justiça do Trabalho, última instância de esperança desses cidadãos, socialmente invisíveis para os sistemas de saúde e previdenciário.

Em um dia e meio de intensas discussões (6 e 7 de outubro/2016), abordou-se sobre as dificuldades ainda presentes tanto no diagnóstico, como na caracterização do nexo causal, já que são doenças que podem levar até meio século para se manifestar - como é o caso do mesotelioma.

Quanto a esta necessidade urgente de banimento, houve unanimidade entre os presentes de que já passou a hora de termos uma decisão que ponha fim a este flagelo socioambiental, representado pela exploração insustentável e utilização irresponsável e sem sentido do amianto em nosso país.

Este evento teve como objetivo primordial alertar a sociedade como um todo, em especial, os membros das instituições públicas das áreas do direito, do trabalho, da saúde, da previdência e do meio ambiente, sobre a gravidade da exposição ao cancerígeno amianto, cujas dimensões ainda são ignoradas em toda a sua extensão em nosso país.

Esse seminário foi financiado com recursos oriundos de TACs - Termos de Ajustamento de Conduta - firmados com o Ministério Público do Trabalho e transferidos ao DIESAT, associação de caráter científico cultural, educativo e de estudos na temática Saúde do Trabalhador por empresas que integram ou integraram a cadeia econômica do amianto e que se comprometeram a substituir ou já substituíram o uso deste mineral letal por tecnologias alternativas. Trata-se de compensação aos danos causados à sociedade e da efetivação do princípio do poluidor-pagador.

Às vésperas de termos o amianto definitivamente erradicado no estado de São Paulo, a partir de 1º. de Janeiro de 2017,

em virtude de TACs firmado pelo MPT / PRT 15ª. região com os 2 últimos grupos empresariais de fibrocimento recalci-trantes, sendo 2 fábricas em Leme e outra em Hortolândia, que se encontravam protegidos, até então, por liminares obtidas em tribunais regionais, ao arripio da Lei 12.648/2007, que baniu o amianto do território paulista, o seminário internacional veio coroar este importante momento histórico para as lutas dos trabalhadores, vítimas do amianto e seus familiares.

A invisibilidade das doenças do amianto no Brasil foi outro ponto muito bem debatido pelo Dr. Ubiratan de Paula Santos, do INCOR - Instituto do Coração da Universidade de São Paulo, pois as estatísticas nacionais oficiais, como já exposto, não refletem a realidade da gravidade da exposição a que estão submetidos os trabalhadores brasileiros e que podem conduzir a erro magistrados, políticos e formadores de opinião, atribuindo-se uma pretensa segurança na utilização do amianto crisotila ou branco no Brasil e sua quase "inocuidade". A ausência de provas, não significa prova de ausência!

Os membros da delegação norte-americana ressaltaram as dificuldades que enfrentam em seu país para erradicar de vez a utilização do amianto, principalmente no setor automotivo e no da produção de cloro-soda, que fabrica os insumos essenciais para a indústria do plástico. Também apontaram quais as principais defesas apresentadas pelos ferozes advogados, que representam a indústria do amianto nos tribunais americanos.

Quanto ao diagnóstico do mesotelioma, o Prof. ARTHUR FRANK da Universidade Drexel do Texas, foi taxativo em afirmar que exames histopatológicos positivos do tecido pleuro-pulmonar e uma bem conduzida análise do histórico ocupacional ou ambiental são elementos suficientes para se concluir esse complexo diagnóstico.

Os participantes italianos reforçaram sua convicção de que as ações penais são fundamentais para que se obtenha a verdadeira justiça para as vítimas e seus familiares, e relataram sua experiência na luta pela erradicação do amianto, descontaminação dos territórios, pesquisa para tratamento e cura das doenças correlatas, a conquista dos direitos previdenciários para os atingidos e a recente inauguração na Itália do Parque ETERNOT sobre os escombros da maior fábrica europeia do grupo suíço-belga, ETERNIT.

A representante de Portugal, ENGª. CARMEN LIMA, apresentou o trabalho que vem sendo realizado naquele país para desamiantização dos prédios públicos, principalmente escolas, e também mencionou o silêncio epidemiológico das doenças relacionadas ao amianto com poucos dados existentes nas estatísticas oficiais. Por fim, a representante do Reino Unido, LAURIE KAZAN-ALLEN, traçou um panorama mundial dos países que já baniram o amianto, a geopolítica da produção, exportação e utilização da fibra cancerígena, no qual o Brasil se insere, e a migração para o mercado asiático do excedente desta produção suja e perigosa não mais aceita em boa parte do planeta.



Encontro Nacional de Familiares e Vítimas do Amianto: A LUTA CONTINUA!

O encontro ocorrido no Hotel Vila Rica de Campinas, no dia 8/10/2016, proporcionou o conagração dos diversos grupos de vítimas já organizados no país; entre eles, vindos de Simões Filho e Bom Jesus da Serra/Bahia, Rio de Janeiro, Osasco e São Caetano do Sul/São Paulo, Recife/Pernambuco, São José dos Pinhais e Londrina/Paraná, Ipatinga e Pedro Leopoldo/Minas Gerais, além de militantes de Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Quase 300 representantes das diversas regiões estiveram presentes e participaram ativamente dos debates promovidos nos diversos painéis, que reuniram políticos, sindicalistas, ativistas anti-amianto nacionais e internacionais, técnicos, representantes e membros de associações de vítimas e advogados. Uma grande comoção tomou conta dos participantes durante a homenagem prestada à família de Yura Zoudine, engenheiro da ETERNIT de Osasco, vitimado fatalmente pelo mesotelioma maligno da pleura.

Ao final, foi lida e aprovada a Carta de Campinas (a seguir) com os encaminhamentos a serem adotados pelas associações para continuidade da luta pelo banimento do amianto e justiça para as vítimas e familiares.

CARTA DE CAMPINAS

Nós, os participantes do Encontro Nacional de Familiares e Vítimas do Amianto, reunidos em Campinas no dia 8/10/2016, com a presença de políticos, sindicalistas, técnicos, assessorias e apoiadores da luta anti-amianto e representantes da Itália, Estados Unidos, Portugal e Reino Unido, reafirmamos os compromissos anteriores, assumidos no Congresso Mundial do Amianto (GAC/2000), em Osasco, cuja Declaração se encontra em <http://www.abrea.com.br/18congressog.htm> e nos comprometemos em nos empenhar cada vez mais para:

1. lutar pelo banimento do amianto em nossas cidades, estados e em todo o território brasileiro, envidando esforços junto às Câmaras Municipais e Assembleias Legislativas, para avançar a vigilância à saúde dos expostos, a proteção ao meio ambiente e a promoção de conscientização sobre os riscos do maligno amianto para a população em geral;
2. participar ativamente de todas as atividades e esforços para a consecução dos objetivos de promover o banimento do amianto e justiça para as vítimas, cobrando de nossos representantes legais e de classe os compromissos assumidos e novas iniciativas para os avanços socioambientais;
3. instituir a semana do dia 28 de abril de cada ano para promover atividades de conscientização e ações para lembrar os mortos e lutar pela preservação da vida;
4. promover a solidariedade entre os ativistas anti-amianto, organizar novos grupos de vítimas e apoiar outras organizações na luta pelo banimento do amianto e por justiça para as vítimas;
5. assistir e orientar as vítimas do amianto e familiares da melhor forma possível sobre seus direitos, inclusive o de processar as empresas na busca de justa reparação pelos danos sofridos, tanto diretamente pela própria vítima quanto por seus descendentes e dependentes;
6. divulgar em nossas regiões para a população em geral e, em especial, para os familiares e vítimas do amianto, as informações relativas ao amianto, incluindo decisões legais e judiciais atualizadas, pesquisas médicas, novas legislações, tratamentos disponíveis e outros temas de interesse;
7. realizar visitas aos doentes e familiares atingidos pela tragédia promovida pelo amianto, prestando toda a solidariedade necessária;
8. lutar para a instituição e fiscalização da logística reversa dos resíduos contendo amianto;
9. engajar-se nas redes sociais para atualizar-se periodicamente, bem como participar ativamente de grupos de WhatsApp e outros, que permitam a troca rápida de informações e a organização de mobilizações e atividades em prol do banimento do amianto e por justiça para as vítimas;
10. enviar para as Assembleias Legislativas dos estados do Paraná, Bahia e Santa Catarina as moções de apoio, aprovadas neste I Encontro, às leis de banimento tramitando nestes estados;
11. manifestar o nosso apoio à ADAO – Asbestos Disease Awareness Organization em sua luta permanente nos Estados Unidos pelo banimento do amianto, atuando junto à EPA- Agência de Proteção Ambiental para a sua inclusão na lista dos 10 maiores riscos tóxicos do TSCA (ato de controle das substâncias tóxicas) para fins de avaliação e regulação.
12. criar o clique denúncia das empresas de comércio de materiais de construção com amianto nos estados e municípios que o proibem.

Assinam:

Associação Brasileira dos Expostos ao Amianto – **ABREA de São Paulo, Londrina e Rio de Janeiro**

Associação Baiana dos Expostos ao Amianto – **ABEA de Simões Filho e Bom Jesus da Serra**

Associação Pernambucana dos Expostos ao Amianto – **APEA**

Associação Paranaense dos Expostos ao Amianto – **APREA**

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

Com a participação internacional de membros da ADAO-Asbestos Disease Awareness Organization (Estados Unidos), IBAS-International Ban Asbestos Secretariat (Reino Unido), AFéVA- Associazione Familiari Vitime Amianto (Itália), QUERCUS- Associação Nacional de Conservação da Natureza (Portugal) e ANDEVA- Association Nationale de Défense des Victimes de l'Amiante (França).



Representantes nacionais das diversas associações de vítimas



Painel dos políticos



Painel dos sindicalistas

Com a palavra



A atual conjuntura atinge todos os programas voltados à proteção social e garantia de direitos fundamentais no Brasil, alerta **Isaura Isoldi de Mello Castanho e Oliveira**, assistente social com experiência em avaliação de políticas sociais, professora mestre do curso de Serviço Social e pesquisadora da Coordenadoria de Estudos e Desenvolvimento de Projetos Especiais da PUC-SP.

Em entrevista à *Trabalho & Saúde*, a especialista avalia os retrocessos do atual governo no âmbito da política de Assistência Social e o risco iminente das políticas de direitos transformarem-se em políticas de controle da pobreza.

Trabalho & Saúde: Quais os impactos do projeto “Uma Ponte para o Futuro” e do ajuste fiscal (PEC 241/55) anunciado pelo governo para a Seguridade Social?

Isaura Isoldi de Mello Castanho e Oliveira: O governo Temer toma como base o programa “Uma Ponte para o Futuro” e propõe ao Congresso a redução média de 30% nos valores para os principais programas da área social do governo, ou seja, a PEC 241 (agora 55) determina que as despesas primárias, a partir de 2018 e por 20 anos, serão limitadas ao que foi gasto no ano anterior, com a correção apenas pela inflação. Foram atingidos programas centrais, especialmente aqueles voltados para a promoção da igualdade das mulheres, igualdade racial, promoção dos direitos humanos de todos e dos povos indígenas, em particular; reforma agrária e governança fundiária; bolsa família; minha casa, minha vida; pronatec; ciências sem fronteiras; fundo de amparo

ao trabalhador; Brasil sem miséria. Em resumo, estão em questão – a curto, médio e longo prazo – todos os programas voltados à proteção social e garantia de direitos fundamentais como o direito à terra; à educação; à igualdade de gênero e de raça; à moradia; à sobrevivência digna; à profissionalização... De fato já se consumou a extinção dos ministérios da das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos e as questões relativas a eles passaram para o Ministério da Justiça e Cidadania; na mesma toada o Ministério do Desenvolvimento Social agora vai tratar das funções relativas aos programas sociais do extinto Ministério do Desenvolvimento Agrário, que correm risco também. A Previdência Social perdeu o status de Ministério e transformou-se em Secretaria da Previdência Social, com função arrecadatória, subordinada ao Ministério da Fazenda. Mas... o mesmo Governo Temer que optou por reduzir as verbas sociais, aumentou em R\$ 1,47 bilhão as

verbas programadas para ações relativas ao desenvolvimento do agronegócio (R\$ 1,3 bilhão), a investimentos militares (R\$ 175 milhões), a obras em aeroportos (R\$ 186 milhões), além de ações de política nuclear e espacial, e de política externa. As escolhas políticas estão muito claras.

T&S: Como se dá a institucionalização da Assistência Social como um dos tripés da Seguridade Social? Quais são os instrumentos propostos pela PNAS (Política Nacional de Assistência Social, pela LOAS (Lei Orgânica de Assistência Social) e pelo SUAS (Sistema Único de Assistência Social)?

I.I.M.C.O.: A Constituição Federal de 1988 deu sentido à discussão republicana de cidadania e desenhou um aparato de proteção social, materializado no novo Sistema de Seguridade Social formado pela Previdência Social (direito de todos os que contribuírem), a Saúde (direito universal sem exigência de contribuição)

Com a palavra

Isaura Isoldi de Mello
Castanho e Oliveira

ao qual incorporou-se a Assistência Social (direito de todos os que precisarem, sem exigência de contribuição) alçada de sua prática histórica de caridade (amor ao próximo) e filantropia (amor à humanidade) para assumir o trabalho de proteção social a quem estiver vulnerabilizado ou em risco social – com oferta de serviços, programas e benefícios – viabilizando também meios de acesso aos direitos sociais àqueles que não o podem fazê-lo sozinhos. Tratou-se de atribuir à Assistência Social o status de direito público subjetivo em oposição ao seu histórico caráter de benemerência através da promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (Lei no. 8.742/1993) que define em seu artigo 1º. a assistência social como “direito do cidadão e dever do Estado, Política de Seguridade Social não contributiva, que prevê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas”. Em 1994, aprovou-se a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e em 2005, é instituído o Sistema Único de Assistência Social – SUAS, descentralizado e participativo, que tem por função a gestão do conteúdo específico da Assistência Social no campo da proteção social brasileira. A Assistência Social é organizada por princípios e diretrizes e organizada em Proteção Social Básica destinada à prevenção de riscos sociais e pessoais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social, a partir dos CRAS; e Proteção Social Especial (Alta e Média Complexidade) destinada a famílias e indivíduos que em situação de risco e que já tiveram seus direitos violados por ocorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, entre outros aspectos com serviços prestados nos CREAS e rede socioassistencial. O Suas também engloba a oferta de Benefícios Assistenciais prestados a públicos

específicos de forma articulada aos serviços.

T&S: Podemos considerar que a Assistência Social assume centralidade na proteção social brasileira em detrimento das outras políticas da Seguridade Social?

I.I.M.C.O.: A Assistência Social historicamente considerada como política de segunda classe, destinada aos desamparados, aos miseráveis, aos desafortunados foi alçada à condição de política de primeira classe, garantidora de direitos básicos de proteção social, ofertando possibilidades de acesso aos chamados mínimos sociais. A PNAS, através do SUAS, oferece serviços e programas que atendem aos grupos menos atingidos pelas demais políticas e mais estigmatizados pela sociedade como crianças, adolescentes, mulheres e idosos vítimas de todas as violências e violações de direitos. O aporte financeiro trazido pelos Programas de Transferência de Renda – objeto do furor de muitos – tem importância central na sobrevivência direta de muitas famílias e no mover da economia em inúmeros municípios pequenos e bem pequenos deste país. Sim, necessário reter a informação de que a PNAS e os PTRs atingem todos os 5 570 municípios brasileiros e não podem, assim, ser avaliados pelos elementos que contornam apenas as grandes metrópoles. Da mesma forma, o BPC – dispositivo constitucional de proteção a idosos e portadores de necessidades especiais – tem (ou tinha...), sim centralidade nas políticas de proteção social, especialmente por conta da precarização do trabalho e consequente acesso à Previdência Social e à incapacidade político-orçamentário do SUS de ofertar assistência universal à saúde. Em tempos de crise econômica e política global, com o avanço insuspeitado da onda conservadora os programas sociais ganham ainda mais centralidade. O BPC, dispositivo constitucional, está

em questão: setores do Governo vem ensaiando o anúncio de uma mudança por PEC para fazer com que o benefício para idosos e pessoas com deficiência grave que nunca trabalharam seja reduzido de um salário para meio salário mínimo. Para quem contribuiu em algum momento seria acrescido 5% por cada ano até chegar a um mínimo.

T&S: Consolidada a Política de Assistência Social como um direito, quais os riscos e prejuízos que nos apresentam o Programa Criança Feliz?

I.I.M.C.O.: O Programa Criança Feliz - divulgado pela primeira dama - pretende contratar cerca de 80 mil visitadores com ensino médio completo para fazer o atendimento presencial aos filhos com até 3 anos de idade, de famílias beneficiárias do Bolsa Família com o total previsto de 4 milhões de casas de pessoas atendidas pelo Bolsa Família. Trata-se claramente de um Programa salvacionista que - reitero-se - pretende ensinar às mães a garantirem futuro para seus filhos através de uma ação eficaz nos primeiros dias de vida. Mais uma vez atribui-se às famílias a responsabilidade exclusiva de alimentar, proteger, amar e educar seus filhos independentemente das condições objetivas de vida, nesta cruel quadra histórica que o mundo atravessa. Como será a nutrição balanceada e vacina garantida para todos, em domicílio? Prescrição de regras de afeto e saúde? Vizinhos visitando e controlando vizinhos? O risco maior é o de transformar a política de direitos prescrita pela Assistência Social em Política de controle. Podemos assistir à volta da Polícia das Famílias, como bem discutiu Donzelot, mostrando que o Estado é quem declara se o homem ou a mulher estão aptos a criarem o futuro cidadão, podendo a qualquer momento substituí-los. Ou seja, toda a sociedade fica sujeita ao regime de tutela.



Impactos e riscos dos agrotóxicos na saúde, no ambiente e na sociedade

José Wilson de Sousa Gonçalves¹
Juliana Acosta Santorum²

O debate sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde, no ambiente e na sociedade de forma geral, está relacionado com o modo de desenvolvimento vigente. O modelo agrário hegemônico no Brasil é concentrador de terra, de poder e de dinheiro, com incentivo ao latifúndio e às monoculturas para exportação de commodities (produtos para exportação), em detrimento da agricultura familiar que promove a soberania alimentar, assegura a biodiversidade, distribui renda e contribui para o desenvolvimento do país.

Segundo o dossiê “Um alerta sobre os agrotóxicos na Saúde” da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (2015), o mercado de agrotóxicos no Brasil teve crescimento de 190% em 10 anos. Desde 2008 o Brasil ocupa o lugar de maior consumidor de veneno no mundo e na safra de 2011 foram pulverizados cerca de 12 litros por hectare, o que equivale a 7,3 litros por habitante/ano.

A notificação de intoxicação por agrotóxicos é compulsória, ou seja, o(a)

profissional da saúde que atender uma pessoa com sintomas de intoxicação, deve registrar o caso e enviar à Secretaria Municipal de Saúde, que deve enviar semanalmente ao Ministério da Saúde. Essa notificação é importante para a produção de informação e dimensionamento da realidade e também para diagnóstico e tratamento rápidos. Por isso, a rede pública de saúde precisa estar devidamente preparada para dar resolutividade a essas demandas.

No entanto, a subnotificação é muito grande. Ou seja, muitos casos de intoxicação não são identificados e devidamente registrados. Podemos apontar alguns motivos: desconhecimento/negligência dos profissionais de saúde sobre sintomas e manifestações da intoxicação por veneno agrícola na saúde; o trabalhador ou trabalhadora na agricultura que não percebe os sintomas ou não busca atendimento, e também a forte influência das empresas fabricantes de veneno e do agronegócio como um todo, para que a

¹ Secretário de Políticas Sociais da Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares – CONTAG

² Assessora de Políticas Sociais da Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares – CONTAG

situação de intoxicação seja acobertada. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, para cada caso notificado, há 50 casos subnotificados de intoxicação exógena por agrotóxicos. Portanto, nos municípios e estados onde há maior índice de notificação pode não ser necessariamente o local onde há maior exposição aos agrotóxicos, e sim onde há maior empenho das equipes de saúde em registrar os casos. E os municípios e estados onde há maior exposição, pode haver subnotificação e por isso não aparecem nos dados de notificações. Segundo o Ministério da Saúde, de 2011 a 2015 foram registrados 56.823 casos de intoxicação por agrotóxicos. Os estados com maior número de casos notificados neste período foram: São Paulo (17,7%), Minas Gerais (16,7%), Paraná (12,7%), Pernambuco (7,8%) e Goiás (5,47%).

As trabalhadoras e os trabalhadores na agricultura são mais atingidos por estarem mais expostos na aplicação direta, na pulverização aérea sobre as lavouras, além do consumo de alimentos e água contaminados. Mas, de forma geral, a população brasileira, e também a população dos países que importam do Brasil, estão consumindo alimentos contaminados, até mesmo em leite materno já foi encontrado agrotóxico. Assim, vemos cada vez mais as consequências da exposição aos agrotóxicos à saúde da população com as intoxicações crônicas ou agudas. A exposição prolongada pode causar desde irritações na pele, dores de cabeça, vômitos e alergias, a mal de Parkinson, degeneração neuronal e câncer, podendo ser muitas vezes fatal. Na intoxicação crônica, os diagnósticos são mais difíceis de serem estabelecidos, assim como a associação causa/efeito, principalmente quando há exposição a múltiplos produtos. Tem sido observado que nas áreas de maior consumo de veneno agrícola tem aumentado o índice de má formação congênita, de aborto e de câncer na população. O Instituto Nacional do Câncer - INCA, a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, entre outras reconhecidas entidades científicas, já emitiram posicionamento, comprovando, por meio de estudos e pesquisas que agrotóxicos adoecem e matam.

Aguentaremos ainda mais veneno?

A pulverização aérea de veneno agrícola só agrava a situação, afinal, não controlamos as condições do vento, e há uma estimativa de que nem a metade do volume despejado por avião atinge seu alvo, assim, convivemos com a contaminação do solo, das águas e do ar. Não fosse suficiente essa situação, o governo Temer quer pulverizar veneno também nas cidades, com a desculpa de combater o mosquito *Aedes Aegypti* transmissor da Dengue, Zika e Chikungunya. Ao contrário disso, teremos o mosquito ainda mais resistente e a população recebendo sobre sua cabeça o Malation, que é classificado como cancerígeno. Esta medida contraria posicionamentos do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Nacional de Segurança Alimentar, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, da comunidade científica e de áreas técnicas do próprio Ministério da Saúde.

As normas para registro de agrotóxicos no Brasil são muito flexíveis, quando comparado a outros países do mundo. O custo para registro é baixo e o tempo de validade é indeterminado. Além dessas facilidades, há também incentivos fiscais à comercialização de agrotóxicos que vão desde a redução até a isenção total do imposto sobre a circulação dessas mercadorias.

Outra grande ameaça que estamos enfrentando é a proposta de atualização da legislação de agrotóxicos no Brasil, que em vez de proteger nossas riquezas naturais, nossa soberania alimentar e a saúde da população, torna mais flexível, o que aprofunda ainda mais a realidade que vivemos. Uma comissão especial foi instituída na câmara dos deputados para emitir parecer ao Projeto de Lei (PL) 6.299/2002, de autoria do atual Ministro da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (Mapa), Blairo Maggi, bem como tratar sobre os demais 16 projetos de lei a ele pensados, a exemplo do PL 3.200/2015, de autoria do deputado federal Luis Antonio Franciscatto Covatti (PP-RS). Os principais retrocessos são a mudança de nome de agrotóxico para "produto defensivo fitossanitário" e instituição de uma Comissão Técnica Nacional de Fitossanitários (CTNFito), no âmbito do Mapa, a qual ficará responsável pela avaliação de pedidos de registro de novos produtos, composta por 23 membros efetivos e suplentes indicados pelo

Mapa, excluindo a análise do Ministério da Saúde e do Meio Ambiente, como acontece até o momento.

O Ministério Público Federal já se posicionou contrário ao PL 3.200/2015, por compreender que implicará na ampliação do uso e consumo de veneno no território nacional, também porque a alteração da nomenclatura retira a exata noção do produto, ferindo princípios da transparência e da informação e dissimulando efeitos deletérios dos agrotóxicos, mediante a utilização de um termo mais brando, assim como pela proposta de criação da comissão de avaliação, que deixa de fora representantes dos consumidores e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa.

O contexto de uso de agrotóxicos no Brasil deve ser analisado, denunciado e superado, instituindo-se políticas de Estado que assegurem o processo de transição do atual modelo produtivo agroexportador para a construção do desenvolvimento rural sustentável e solidário, tendo como protagonista a agricultura de base agroecológica, priorizando a agricultura familiar. Que sejam banidos no Brasil os produtos já banidos em seu país de origem. Que a pulverização aérea seja totalmente proibida. Que haja fortalecimento da Vigilância Sanitária, para uma fiscalização adequada, assim como do programa de Vigilância à Saúde das Populações Expostas aos Agrotóxicos (VSPEA) e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CEREST) que investigam as condições de saúde ambiental e saúde do trabalhador, identificando fatores condicionantes à saúde, fatores de risco e sobre eles intervindo. Que seja implementado o Programa Nacional de Redução de Agrotóxicos (Pronara) e a Política Nacional de (ou para) Redução do Uso de Agrotóxicos (Pnara). Que haja investimento em saneamento básico, como medida para controle dos insetos transmissores de doenças.



Os recursos do fundo público e a luta de classes

Sérgio Domingues¹

O governo recém empossado por um golpe parlamentar tem anunciado propostas envolvendo alterações no FGTS e na Previdência Social. No primeiro, a ideia seria aumentar os rendimentos dos recursos do Fundo de Garantia para os trabalhadores. Na Previdência, entre outras medidas, a intenção é aumentar a idade mínima para a aposentadoria e igualar o tempo para a aposentadoria entre mulheres e homens. Tudo isso devido a um suposto déficit nas contas do INSS.

Por trás do palavreado com pretensões de objetividade técnica, estão interesses poderosos. Em ambas as questões estão em jogo não apenas direitos e conquistas dos trabalhadores, mas o controle de enormes recursos financeiros.

O patrimônio total do FGTS passa dos 470 bilhões e é administrado pela Caixa Econômica Federal. Os defensores das mudanças alegam que os recursos dos trabalhadores têm uma remuneração muito baixa se comparada a outras aplicações financeiras. Caso sua administração passasse a ser feita pelas instituições do mercado, a disputa pelos recursos elevaria os rendimentos oferecidos.

O Fundo de Garantia

A argumentação tem lógica. Mas não aquela que interessa à maioria da sociedade. Os recursos do FGTS não existem apenas para formar um “pé-de-meia” para ajudar o trabalhador demitido a sobreviver até sua reentrada no mercado de trabalho. Eles também são muito importantes para o financiamento de programas de habitação popular, saneamento básico e infraestrutura urbana.

É verdade que essas funções estão longe de ser desempenhadas adequadamente pelos administradores do FGTS a desvios de finalidade, corrupção, má gestão etc. Mas entregar sua gestão a corporações do mercado dificilmente resolverá esses problemas. Ao contrário, deve agravá-los. Abrir mão da administração pública do Fundo significa entregar enormes recursos financeiros a especuladores sem nenhuma chance de estabelecer sobre eles um controle confiável, muito menos democratizado e socialmente justo.

Aquilo que deveria ser gerido pela sociedade através de mecanismos participativos e empregado para diminuir as desigualdades sociais, passa a ser objeto de negociações individualizadas entre trabalhadores e fundos privados controlados por especuladores, com enormes riscos para os primeiros.

A Previdência Social

O caso da Previdência Social é parecido. O grande argumento em favor da restrição de vários de seus direitos seria um déficit em suas contas. Uma das principais causas desse “rombo” seria o aumento da expectativa de vida da população, que comparado à menor proporção de jovens no mercado de trabalho tornaria insustentável a situação contábil do INSS. Mas não é nada disso.

Segundo a economista Denise Gentil, professora da UFRJ, a receita bruta da previdência em 2014 foi de R\$ 349 bilhões para pagar R\$ 394 bilhões em benefícios. Mas quando se incluem os mais de R\$ 310 bilhões arrecadados da CSLL, Cofins e PIS-Pasep, o orçamento chega a R\$ 686 bilhões. E o déficit vira superávit com folga (1).

¹ Sérgio Domingues é servidor público federal e sociólogo



O fundo público:

O que realmente importa nas questões acima é o controle do que se costuma chamar de fundo público. Segundo definição de Evilasio Salvador:

“O fundo público envolve toda a capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na economia, além do próprio orçamento, as empresas estatais, a política monetária comandada pelo Banco Central para socorrer as instituições financeiras (...). No Brasil, os recursos do orçamento do Estado são expressos na Lei Orçamentária Anual (LOA) aprovada pelo Congresso Nacional” (2).

São os pedaços deste grande bolo bilionário que os vários setores sociais disputam quando se fala em verbas governamentais.

Como diz Salvador, do ponto de vista estrutural, o fundo público costuma funcionar como uma espécie de “acumulação primitiva” para os capitalistas. Ou seja, ele pode ser utilizado pelo Estado para viabilizar a atividade produtiva, criando as condições que os empresários não podem ou não querem explorar lucrativamente.

É o caso da infraestrutura urbana, de transporte e de energia. Os recursos da Previdência Social foram utilizados para a construção de Itaipu e da Ponte Rio-Niterói. Dois exemplos do tipo de empreendimento que estava fora do alcance da capacidade de investimento do capital privado.

As verbas do FGTS serviram para a criação de habitações populares e investimento em saneamento básico que teriam pouco retorno lucrativo para o mercado, mas eram úteis para alojar os trabalhadores que vinham da zona rural para trabalhar nas fábricas que começavam a se instalar no País.

Quanto ao aumento da expectativa de vida, os “reformistas” alegam que esse fenômeno causa problemas para custear a aposentadoria por tempo de contribuição. Ocorre que dos 32 milhões de benefícios do INSS, apenas 16% estão nessa modalidade. Resultado, aliás, do alto índice de informalidade do mercado de trabalho (1).

Outro dado muito utilizado é a idade em que se dão as aposentadorias. Segundo dados do governo, a média seria de 55 anos de idade. Parece cedo, mas o que quase não se discute é o fato de que a grande maioria não se aposenta para descansar. A grande maioria continua a trabalhar e as aposentadorias servem apenas como um reforço na renda familiar.

Além disso, como afirma Sara Granemann (1), professora da Escola de Serviço Social da UFRJ:

“O aumento da expectativa de vida é um feito da humanidade no século 20. Se elevar para todo mundo a aposentadoria para 65 anos, por exemplo, você terá pessoas se aposentando a menos de dez anos da morte”.

Já Vilson Romero, presidente da Associação Nacional dos Fiscais da Previdência, lembra que não há como estabelecer uma idade mínima para aposentadoria num país “onde se morre aos 55 anos no campo e há quem viva até os 85, 90 anos no Rio Grande do Sul” (1).

Ou seja, o verdadeiro objetivo aqui é diminuir o acesso dos trabalhadores aos benefícios para manter e aumentar o redirecionamento dos enormes recursos para fins completamente alheios à missão da previdência social.

É o que acontece, por exemplo, com a Desvinculação das Receitas da União

(DRU). Este mecanismo foi criado pelo governo Fernando Henrique para possibilitar que retire 20% das receitas de contribuições sociais destinadas às áreas de saúde, assistência social e previdência social. Recentemente, o DRU passou a desviar 30%, inclusive com impulso inicial do governo Dilma, pouco antes do golpe.

E para onde vão esses recursos? Principalmente, para pagar os juros da enorme e ilegítima dívida pública brasileira. São mais de meio bilhão de reais embolsados anualmente pela minoria rica e poderosa que detém a quase totalidade dos papéis dessa dívida. É quase um orçamento inteiro da Previdência indo para o bolso dos banqueiros e grandes empresários todos os anos.

Por outro lado, com esse mecanismo sugando os recursos previdenciários, nem mesmo mais cortes nos direitos dos trabalhadores poderiam equilibrar o sistema. É bem possível que o próximo passo seria declará-lo inviável e propor sua privatização, mantendo-se sob responsabilidade do Estado apenas os benefícios para os mais pobres. Os trabalhadores de renda mais alta ficariam cobertos por planos de previdência privados.

Desse modo, seria rompido o princípio da solidariedade, cujo objetivo é fazer os melhor remunerados ajudarem a viabilizar financeiramente aposentadorias e benefícios para os de menor renda. A previdência pública se transformaria em um sistema miserável para miseráveis. Já a previdência privada, seria uma oportunidade de lucros abundantes para alguns e investimento de elevado risco para muitos.

Outro exemplo é mais recente e menos grandioso, mas igualmente importante. Já sob os governos petistas, a ampliação da base de benefícios no Regime Geral de Previdência Social foi responsável pela injeção de R\$ 257,2 bilhões na economia. Este número refere-se ao ano de 2009 e ajudou a manter a continuidade do consumo e impedir consequências ainda piores da crise mundial que começou em 2008.

Os benefícios sociais e serviços públicos também representam salário indireto que deixa de ser pago pelo patrão para serem arcados pelo conjunto da sociedade por meio dos impostos que formam o fundo público.

Tributação regressiva:

No caso brasileiro, no entanto esse financiamento é apropriado pelo setor privado de modo ainda mais injusto. Elaine Rossetti Behring alerta para o fato de que aqui o fundo público é “financiado de forma regressiva” (3). Isso acontece porque nossa estrutura tributária incide principalmente sobre o consumo, colocando nas costas dos mais pobres o maior peso pelo pagamento de impostos. Afinal, o tributo pago na boca do caixa é o mesmo para quem vive de alguns salários mínimos e para quem recebe dez vezes mais.

O resultado é que os quase 80% da população brasileira que recebem até três salários mínimos arcam com 53% da arrecadação tributária total. Enquanto isso, quem recebe acima de 20 mínimos contribui com apenas 7,3% (4).

Ao mesmo tempo, a tributação sobre a propriedade responde por 6% da arrecadação brasileira. Metade do arrecadado em países como Estados Unidos e Reino Unido e 50% a menos que Argentina e França. Já os impostos sobre

o consumo, chegam a 44% no Brasil, mais que o dobro da dos Estados Unidos (18%), e bem maior que a do Reino Unido (30%) ou da França (25%) (5).

É por isso que Behring diz que “a exploração da força de trabalho na produção é acompanhada de uma espécie de exploração tributária”.

Só por essa realidade, a administração dos fundos públicos já seria injusta ao devolver muito pouco desses tributos na forma de serviços públicos verdadeiramente dignos e realmente universais. Mas há algumas décadas, a injustiça só faz aumentar.

Desde os anos 1980, o capitalismo vive uma crise que vem sendo respondida com políticas neoliberais. E uma das principais características dessa resposta é se apropriar de recursos do fundo público para transformar grandes porções dele em atividades lucrativas. Situação que só piorou desde o início da crise de 2008, cujo fim não se vê no horizonte próximo.

O pior é que se essa apropriação se concretizar tal como quer o grande capital, dificilmente resultará em recuperação ou criação de empregos, muito menos do valor da massa salarial. A tendência é se agravarem as condições de vida para a maioria, enquanto os recursos do fundo público minguam, limitando ainda mais sua capacidade de aliviar a situação dos mais pobres e mesmo de camadas médias da população.

A pilhagem promovida pelo grande capital dos recursos do fundo público pode tornar-se, assim, um elemento importante para a consolidação de um cenário de barbárie social.

Nossa resposta:

A resposta dos movimentos populares, sindicais e forças de esquerda só pode ser a denúncia e a resistência a essa política de depredação dos recursos do fundo público. É preciso desmascarar a ideia de que a crise dos sistemas públicos de previdência, saúde, habitação, emprego, educação é uma questão contábil, técnica, administrativa.

Temos que desmentir quem afirma serem ideológicas as denúncias que revelam os interesses por trás dos que pretendem privatizar a gestão e/ou o patrimônio público. Abordar a administração do fundo público sob a ótica do mercado também está carregado de ideologia. A ideologia baseada em valores que reservam o bem-estar para alguns e a precariedade social para a grande maioria.

Além disso, é preciso discutir um projeto para o fundo público realmente voltado para os interesses da maioria da sociedade. Uma proposta que comece por democratizar sua gestão e colocá-lo sob controle dos trabalhadores e da maioria da população. Por impedir sua fragmentação para que se transforme em mecanismo efetivo e de largo alcance na redistribuição de renda e patrimônio e, portanto, no combate à injustiça social.

Um projeto como este, aliado à construção uma economia baseada em meios de produção cuja propriedade e gestão sejam socializados, pode fornecer bases importantes para a construção de uma verdadeira sociedade socialista. Mas o primeiro passo é reconhecer que a disputa pelos recursos do fundo público é uma das questões centrais no momento atual da luta de classes.

Referências:

- 1 - “Sobra dinheiro na previdência”, Revista Poli, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, publicada em 18/07/2016.
- 2 - “Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo”, de Evilasio Salvador - Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 104, p. 605-631, out./dez. 2010.
- 3 - “Sobre o Financiamento das Políticas Sociais no Brasil”, de Elaine Rossetti Behring - Revista Conexão Geraes, n° 3, 2° semestre de 2013.
- 4 - InfoMoney, portal UOL, 14/08/2014: <http://economia.uol.com.br/noticias/infomoney/2014/08/14/injusto-quem-recebe-ate-tres-salarios-minimos-e-quem-mais-paga-impostos-no-brasil.htm> (acessado em 10/09/2016).
- 5 - Portal de notícias da Câmara Federal, em 31/07/2015: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/ECONOMIA/492946-ARRECADACAO-TRIBUTARIA-SOBRE-PROPRIIDADE-NO-BRASIL-E-MENOR-QUE-SOBRE-O-CONSUMO.html> (acessado em 10/09/2016).

File-se ao DIESAT

Segurança Social
Ação Sindical

O DIESAT é responsável pelas primeiras e principais pesquisas e estudos sobre a saúde dos trabalhadores, produzidas com a participação ativa dos sindicatos e trabalhadores.

O DIESAT traz uma crítica radical, colocando como foco para a análise da situação da saúde dos trabalhadores, a organização do trabalho, as condições de trabalho e a necessidade da participação ativa dos trabalhadores e sindicatos em oposição à visão empresarial dos principais fatores de acidentes e doenças do trabalho.

Traga sua entidade para dentro do DIESAT e fortaleça a Saúde do Trabalhador.



Ficha de Filiação - DIESAT

Entidade: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Estado: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Nº de trabalhadores na base: _____

Contatos: _____

Esta ficha deve ser enviada para o DIESAT: diesat@diesat.org.br ou no endereço:
RUA VIEIRA DE CARVALHO, 39 - 7º ANDAR - BAIRRO REPÚBLICA - SÃO PAULO - CEP 01210-010

