Diesat
Desde 1980

Nº 45

Trabalho&Saúde

REVISTA DO DIESAT - Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho • Novembro 2020

A política de Saúde do Trabalhador sob ataque

40 anos DIESAT página 3

Teletrabalho e Home Office página 10

Setembro Amarelo página 12

Entrevista Geordeci Menezes página 16

Rede de informação SARS-COV-2 página 17

Diesat
Desde 1980

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

www.diesat.org.br
diesat@diesat.org.br
www.youtube.com/channel/UCt5W_fJtScazJHuGd7e_zNQ
www.instagram.com/die.sat/
www.facebook.com/DIESAT-218866671480506/?tn-str=k*F

Equipe Editorial:

Daniele Correia – Socióloga, Assistente Social e mestra em Serviço Social, membro da equipe técnica do DIESAT.

Eduardo Bonfim da Silva – Administrador, especialista em Saúde do Trabalhador e coordenador técnico do DIESAT.

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

Thiago Loreto de Oliveira – Assistente Social, pós-graduado em residência multiprofissional e membro do CEREST Guarulhos/SP.

Vinícius Figueira Boim – Assistente Social, especialista em Saúde do Trabalhador e membro do CEREST (Lapa) São Paulo/SP.

Colaboraram nesta edição:
Geordeci Souza
Bruno Chapadeiro

Diagramação:
Vinícius Anéli da SIlva

PRESIDENTE NACIONAL
Edison Flores Lima Filho – SINTAEMA-SP

VICE-PRESIDENTE NACIONAL
Elenildo Queiroz Santos – STI Metalúrgicos de Guarulhos

VICE-PRESIDENTE ESTADUAL – SP
João Donizeti Scaboli – FEQUIMFAR-SP

DIRETOR NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO
Francisco Pereira de Lima – Sindicato dos Marceneiros de SP

DIRETOR NACIONAL DE FINANÇAS
Alex Ricardo Fonseca – STI Químicos de SP

DIRETOR NACIONAL DE DIVULGAÇÃO E CULTURA
Daniel Paulo Ferreira de Lima – SEEL / SP

DIRETOR NACIONAL DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS
José Jurandir Alves Lopes - FENATEMA

DIRETOR NACIONAL DE PROJETOS E PESQUISAS
Arnaldo Marcolino da Silva Filho – Sindicato dos Radialistas de SP

DIRETOR NACIONAL DE RELAÇÕES SINDICAIS
José Freire da Silva - FETQUIM-CUT / SP

CONSELHO FISCAL
Benedito Pedro Gomes – Sindicato dos Padeiros de SP
Regina Lúcia Strepeckes – Sindicato dos Eletricitários de SP
Gilberto Almazan – STI Metalúrgicos de Osasco e Região

PALAVRA DO PRESIDENTE

A edição nº 45 da Trabalho & Saúde é lançada numa conjuntura em que presenciamos um expressivo e crescente desmonte na Saúde e no campo da Saúde do Trabalhador. A classe trabalhadora se vê num grande desafio de manter a unidade e se organizar para contraofensiva.

Diante do cenário o DIESAT segue firme no seu propósito e celebra seus 40 anos de existência com o lançamento do livro "O Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Brasil: práticas territoriais" em que apresentamos os resultados do projeto de Articulação e Qualificação do Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora realizado em todo território nacional formando mais de 1.600 atores sociais, além de ter traçado um perfil de composição das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora a nível nacional.

Destacamos o desmonte que vem ocorrendo de forma vertiginosa no campo da Saúde do Trabalhador com a revogação da atualização da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) pelo ministro da saúde, além do desmantelamento dos serviços em São Paulo. O trabalho em modo de Teletrabalho ou Home Office é também discutido e apresentado em suas diferenças para debatermos de que forma isso afeta a saúde da classe trabalhadora. O suicídio também é tema tratado para o compreendermos como questão de saúde pública vem afetando milhões de pessoas.

A entrevista da edição com Geordeci Souza, coordenador da CISTT Nacional traz apontamentos importantes da luta coletiva de resistência frente ao que enfrentamos de disrupção dos direitos sociais. Apresentamos também a Rede de Informações e Comunicação sobre a Exposição de Trabalhadores e Trabalhadoras ao SARS-CoV-2 no Brasil como mecanismo importante de aferição da situação de saúde da classe trabalhadora diante do atual contexto sanitário.

Boa leitura!

Edison Flores
Presidente Nacional do DIESAT

40 anos do DIESAT é marcado pelo lançamento do livro "O Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Brasil: práticas territoriais"

Por Editorial

O ano de 2020 é atravessado por uma conjuntura política que chega num ápice de conservadorismo e guinada à direita, com ultra neoliberalismo e perda significativa de direitos do trabalho e acesso à saúde pública. Neste mesmo ano o DIESAT completa 40 anos de luta e resistência, sobrevivendo às mais diversas conjunturas – desde cenários com mais penetração social até os mais cerceadores de participação social da classe trabalhadora.

Em confluência, apresentamos os resultados de um projeto de formação e pesquisa em âmbito nacional, o Projeto de Articulação e Qualificação do Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. A formação se deu nas 27 unidades federativas do país, com a participação de 1.647 pessoas. A Região Norte contou com a participação de 315 pessoas; 605 estiveram presentes no Nordeste; 277 no Centro-Oeste, 295 no Sudeste e 140 no Sul.

A formação e pesquisa é resultante do acordo técnico com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), executado pelo DIESAT com a parceria da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT)/ Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGST)/ Ministério da Saúde (MS), apresentando-se como mecanismo de qualificação da atuação do controle social para execução profícua da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT).

A articulação dos sujeitos políticos locais foi precedente e fundamental para a realização das oficinas, de modo a já configurar uma parte do processo formativo uma vez que a interlocução local para as ações em Saúde do Trabalhador compunha também o objetivo do projeto.

Os encontros formativos se deram por meio de oficinas, momento em que 3 temários com a composição em 3 (três) dimensões: 1. conceitual, 2. técnico- operativa e 3. política, foram apresentados por facilitadores que se utilizaram de problematização de conteúdos e tempestade de ideias com objetivos, como seguem:

TEMARIOS	OBJETIVOS
1. PROCESSOS PRODUTIVOS E OS IMPACTOS À SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA	a. Identificar os processos produtivos do território e seus impactos à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.
	b. Situar o campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora enquanto prática contra-hegemônica e de luta entre capital e trabalho.
2. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA – PNSTT	a. Conceituar Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, diferenciando das abordagens de medicina do trabalho e da saúde ocupacional.
	b. Demonstrar a PNSTT como elemento estratégico de atuação do controle social.
	c. Posicionar a Vigilância em Saúde do Trabalhador como estratégia para aferição dos processos saúde-doença.
3. O PAPEL DO CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE DO TRABALHADOR	a. Levantar brevemente o histórico do Controle Social no Brasil.
	b. Apresentar as instâncias do Controle Social na Saúde do Trabalhador.
	c. Demonstrar os objetivos, finalidades e atribuições da CISTT.

O trabalho com envergadura técnica e política demonstrou a relevância do campo as Saúde do Trabalhador que tem por objeto de estudo e intervenção a categoria trabalho, compreendendo os processos de saúde-doença articulados aos processos de produção e de reprodução social.

Embora o ponto central da formação seja representado pelas oficinas de formação, o processo pedagógico de articulação política aconteceu já nos primeiros contatos para definição de agenda com os atores do território. Nesse momento foi possível identificar de que modo se desenvolveria a relação para que as oficinas pudessem ser realizadas, ao passo que houve estados em que a articulação já estava estruturada e, outros, foi preciso construirmos juntos os caminhos e a infraestrutura para a execução das oficinas.

Em todas as cinco regiões do país, a presença foi massiva das mulheres e a porcentagem em relação a homens foi ainda maior na Região Nordeste. Em recorte étnico e racial, a participação não fugiu à regra das características dos territórios, sendo maioria de participantes que se autodeclararam brancos na Região Sul e Sudeste; pardos e negros nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. A participação do movimento sindical foi expressiva, em especial nas Regiões Norte e Centro-Oeste.

No processo, foi permitido apreender o cenário das ações em Saúde do Trabalhador em cada estado, considerando as determinações sociais como condicionantes do processo saúde-doença e tendo o trabalho como categoria central na sociedade. Não há um estado em que as ações com abordagem da Saúde do Trabalhador são executadas em sua plenitude, permanecendo resquícios da medicina do trabalho e da saúde ocupacional. A VISAT ainda é incipiente e desarticulada das demais vigilâncias e, a PNSTT, enquanto ferramenta técnica-operativa e de mecanismo político, é de pouca apropriação dos diferentes territórios.

Salutar referendarmos o quanto os três temários deram um panorama ainda desconhecido ou de pouco conhecimento em todo o Controle Social no Brasil. Relacionar Saúde do Trabalhador à economia política, conceituando-a como expressão do conflito entre capital e trabalho, ainda é um debate muito arrefecido para não dizer inexistente. As práticas discursivas ainda se centram nos processos de adoecimento circunscritos aos processos de trabalho e não articuladas na própria exploração do trabalho, típico do sistema capitalista.

Apresentarmos a PNSTT como um norte para execução das práticas em Saúde do Trabalhador também representou para muitos participantes uma ferramenta desconhecida em seu ínterim, possibilitando ampliar a apropriação de uma política nacional para a inspiração e execução de políticas municipais e estadual em cada estado. Salientamos que a PNSTT representou um marco na instituição do campo da Saúde do Trabalhador, tendo a finalidade de definir os princípios, as diretrizes e as estratégias e as estratégias a serem observadas nas três esferas de gestão do SUS – federal, estadual e municipal, para o desenvolvimento das ações de atenção integral à Saúde do Trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente da exploração do trabalho nos diferentes processos produtivos.

Ao longo da execução das oficinas pudemos observar que a apropriação e implementação da PNSTT está em fase inicial nas Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Nordeste; nas Regiões Norte e Sul parte significativa dos participantes obtiveram pela primeira vez o conhecimento e formação que versasse sobre a política. Perceber a potência de força do Controle Social foi igualmente uma tarefa exitosa do processo formativo em tela. Nossas considerações partem do princípio que é necessário fortalecer essa potência adormecida pelas conjunturas políticas que vão levando a caminhos de ausência de leitura delas, resultando amortecimento de coesão social para o enfrentamento da perda de direitos. A proposta do DIESAT nesse projeto e em qualquer vindouro é ser parte dessa construção que só pode ser coletiva.

O projeto traçou também um perfil dos participantes e o perfil da composição das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, que pode ser conferido na publicação que contém o relatório de cada oficina e pode ser conferido:

http://diesat.org.br/wp-content/uploads2/2020/10/DIESAT_-_O_CS_em_STT_no_BR.pdf

O controle social institucionalizado e a participação dos trabalhadores e trabalhadoras significam garantir, em tempos progressistas, as pautas da classe trabalhadora. E, em tempos de desmantelamento, como o atual, representa um espaço de contraofensiva aos desmonte dos direitos, o que demonstra a relevância de uma educação permanente para a ação no campo da Saúde do Trabalhador, sendo o mesmo uma arena de luta de classes.

O Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Brasil

Práticas territoriais

Diesat
Desde 1980

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde Américas

CNS Conselho Nacional de Saúde

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Desmonte da política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

Por Editorial

A política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (STT) no Sistema Único de Saúde (SUS) sempre aparece como um entrave para os governos de matriz neoliberal, e ainda mais para os de caráter ultraneoliberal como presenciamos no governo federal. As ações em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tocam em um ponto muito sensível para a política econômica: colocam em xeque a exploração do trabalho e as condições de superexploração do trabalho que presenciamos no Brasil, significando uma força de trabalho mal remunerada, acrescida de perda sistemática dos direitos sociais nos últimos anos.

Caminhávamos para, com muita luta, uma melhor compreensão e disputa política de fortalecimento das ações em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, com processos de educação permanente, como o realizado a nível nacional pelo DIESAT em parceria com as Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT) e com Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGST)/ Ministério da Saúde (MS); atuação nas CISTTs e nos Conselhos; interlocução dos movimentos sindicais e sociais com o Ministério Público do Trabalho (MPT); atuação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) no subsídio técnico para o SUS, nas ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância na saúde dos trabalhadores.

Contudo, presenciamos uma avalanche de desmontes a nível nacional e em estados e municípios, de forma sistemática e articulada ao desmonte da política de saúde como um todo. Não esgotaremos a devastação que vem ocorrendo nesses escritos, mas pretendemos dar uma noção geral dos pontos mais nevrálgicos do projeto privatista em curso, ou seja, que retira direitos sociais e coloca a classe trabalhadora em condições de vida e saúde sem proteção social.

Revogação da atualização da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) pelo ministro da saúde

Após 20 anos da publicação da 1ª Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) brasileira (Portaria nº 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999), o Ministério da Saúde publica a Portaria nº 2.309, de 28 de agosto de 2020, que altera a Portaria de Consolidação nº 5/ GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e atualiza a LDRT.

Representa um importante avanço no campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Brasil, na medida em que as transformações do mundo do trabalho na contemporaneidade apontam para vários desafios na implementação de políticas de proteção, saúde e segurança dos trabalhadores e trabalhadoras.

O processo de atualização foi conduzido pela Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador do Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública da Secretaria de Vigilância em Saúde deste Ministério (CGSAT/DSAS-TE/SVS/MS), com a participação de especialistas, pesquisadores, profissionais da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), representantes do setor produtivo e trabalhadores, Conselho Nacional de Saúde, Conasems, Conass e DIESAT. Teve como etapas: realização de análise de listas internacionais, consulta dirigida, oficina com especialistas e consulta pública, apresentação no GT-VS e na CIT.

A lista é destinada ao setor saúde, tendo por finalidade: uso clínico-epidemiológico, permitindo qualificar a atenção integral à Saúde do Trabalhador, facilitar o estudo da relação entre o adoecimento e o trabalho, adotar procedimentos de diagnóstico, elaborar projetos terapêuticos mais acurados, e orientar as ações de vigilância e promoção da saúde em nível individual e coletivo.

É importante esclarecer que não tem finalidade de definir nexo causal para efeitos previdenciários e nem tão pouco estabelecer nexo presuntivo. As várias doenças listadas podem ter como origem situações e exposições de risco no ambiente de trabalho ou ainda ter o trabalho como uma das variáveis desencadeadoras do adoecimento, ou seja, não deve ser confundida com lista de doenças ocupacionais.

Neste sentido, a atualização da lista brasileira realizada no ano de 2019 seguiu conforme etapas abaixo:

1. Análise de listas internacionais: Lista da Organização Internacional do Trabalho, da União Europeia, da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC) e de 16 países;

2. Consulta dirigida a profissionais que fazem uso da LDRT em pesquisa, vigilância e assistência aos trabalhadores, de 02 a 26 de agosto de 2019;

3. Oficina com especialistas, realizada em 1 e 2 de outubro de 2019, 50 convidados, 37 participantes que contribuíram efetivamente para o fechamento da versão para consulta pública;

4. Consulta pública nº 3, de 28 de novembro de 2019, realizada no período de 04 de dezembro de 2019 a 02 de fevereiro de 2020 que contabilizou 626 inserções, sendo 79,4% de três Unidades Federativas (DF, SP e RJ).

5. Após consulta pública, foi feita análise das contribuições resultando na consolidação das seguintes estruturas:
   - Lista A - Agentes e/ou Fatores

de Risco com respectiva Doença Relacionada ao Trabalho;
• Lista B - Doenças Relacionadas ao Trabalho com respectivos Agentes e/ou Fatores de Risco.

6. Apresentação no GT-VS do processo de atualização da LDRT no dia 05 de março de 2020;

7. Em 04 de maio de 2020, foram enviadas para o Núcleo Jurídico da SVS, a Minuta da Portaria e os Anexos, Lista A - Agentes e/ou Fatores de Risco com respectiva Doença Relacionada ao Trabalho (0014676977) e Lista B - Doenças Relacionadas ao Trabalho com respectivos Agentes e/ou Fatores de Risco, para análise e trâmites para publicação no Diário Oficial da União.

8. Em 11 de maio de 2020, encaminhado ao NUJUR/SVS o Parecer Técnico 11 explicitando a necessidade da publicação da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) atualizada.

9. Em 15 de julho de 2020 recebemos o Parecer n. 00602/2020/CONJUR-MS/CGU/AGU favorável à publicação da LDRT atualizada e encaminhando Minuta da Portaria revisada.

Contudo, em data subsequente, fomos surpreendidos pela revogação da portaria citada, conforme abaixo, assinado pelo atual Ministro da Saúde interino. Eduardo Pazuello:

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO
Publicado em: 02/09/2020 | Edição: 169-A | Seção: 1 - Extra | Página: 1
Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro
PORTARIA Nº 2.345, DE 2 DE SETEMBRO DE 2020
Torna sem efeito a Portaria nº 2.309/GM/MS, de 28 de agosto de 2020.
O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE INTERINO no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, resolve:
Art. 1º Tornar sem efeito a Portaria nº 2.309/GM/MS, de 28 de agosto de 2020, publicada no Diário Oficial da União nº 168, de 1º de setembro de 2020, Seção 1, página 40.
Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

A revisão periódica, atualização e ampliação da LDRT cumpre a determinação legal, possibilita o acompanhamento das transformações nos processos produtivos em curso no país, que acarretam consequências para a saúde dos trabalhadores. Além disso, oportuniza a análise da experiência acumulada nesses vinte anos de adoção da lista e a incorporação dos avanços do conhecimento técnico-científico no período, incluindo a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST).

Assim sendo, o DIESAT manifesta contrariedade à medida de revogação arbitrária, após um trabalho árduo de atualização da LDRT conduzido pela Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador do Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública da Secretaria de Vigilância em Saúde deste Ministério (CGSAT/DSASTE/SVS/MS), com a participação de especialistas, pesquisadores, profissionais da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), representantes do setor produtivo e trabalhadores, Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conasems, Conass e DIESAT. Foram cumpridas as etapas do processo com realização de análise de listas internacionais, consulta dirigida, oficina com especialistas e consulta pública, apresentação no GT-VS e na CIT.

A atualização significa o fortalecimento da atenção integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, com ênfase na vigilância, uma vez que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT preconiza a análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores, o que pressupõe a revisão periódica da LDRT, ratificando o que foi estabelecido pela Lei nº 8.080/90.

Ressaltamos que a COVID-19 está presente na atualização da Lista (CID U 07.1), o que demonstra a intenção das instâncias do SUS com as questões atuais e que dizem respeito às emergências em Saúde Pública. A revogação arbitrária também demonstra o quão o atual ministro da saúde está em consonância com as forças dominantes preocupadas com manutenção de lucro e, em dissonância com sua estrutura técnica para questões relacionadas à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras.

O governo federal brasileiro, sob o comando do presidente Jair Messias Bolsonaro, não prioriza o cuidado e atenção integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, desconsiderando o cenário atual de quase 150 mil mortes, das quais muitas estão ocorrendo no trajeto ou exercício do trabalho. Destacamos que a COVID-19 está relacionada com os processos e ambientes de trabalho no contexto atual de pandemia, cujos profissionais de saúde e de assistência social são os mais atingidos num país com mais mortes desses trabalhadores e trabalhadoras.

Anular um trabalho dessa magnitude representa um total descaso e escamoteamento das notificações de COVID-19, negando o direito de reconhecimento da doença quando relacionado ao trabalho. O governo age não priorizando políticas e protocolos de biossegurança que zelem por condições de vida e trabalho da classe trabalhadora do Brasil.

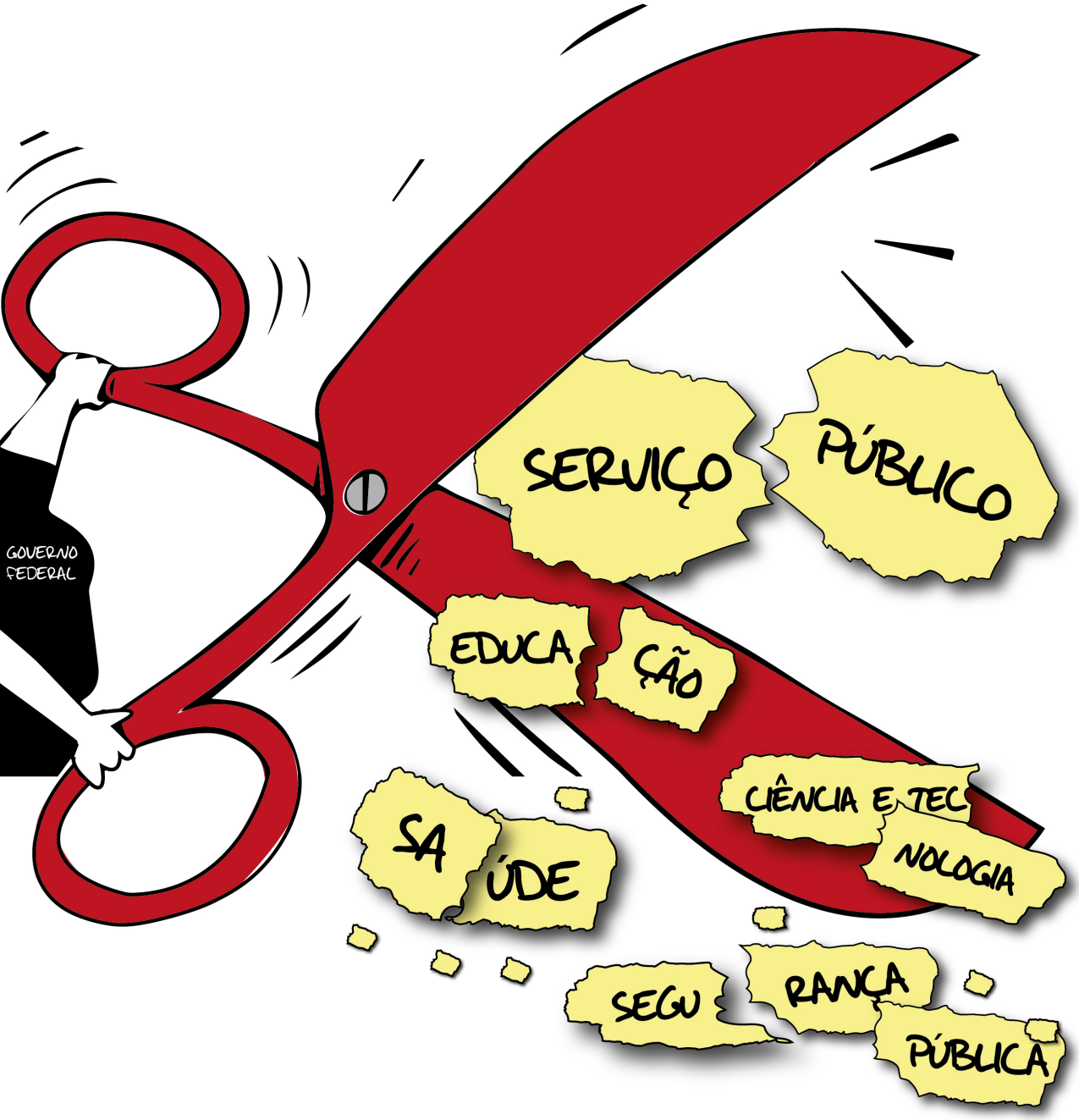
A Política de STT no município de São Paulo

Governos tucanos atuam (atuaram) historicamente e sistematicamente para sucatear e enfraquecer a STT no SUS na cidade de São Paulo (BOIM, 2015). Portanto, o atual desmonte, em curso, é parte de um processo geral de destruição das políticas e serviços públicos no município de São Paulo, integrantes da agenda privatista, principalmente dos governos tucanos.

Em 2017, elegeu-se para prefeitura a chapa tucana João Doria/ Bruno Covas (PSDB), com um programa político pautado pela lógica das privatizações e do enxugamento do Estado no atendimento aos interesses da classe trabalhadora, e um dos pontos marcantes foi à apresentação do plano[i] a investidores internacionais nos Emirados Árabes como o maior proposta de privatizações da história, oferecendo a cidade de São Paulo a um verdadeiro balcão de negócios.

O atual Prefeito Bruno Covas, dando continuidade ao programa de privatizações, sancionou a lei[ii] que extingue várias entidades da administração pública como autarquias (incluindo serviços Hospitalares e Funerários) e fundações. Além disso, impôs à sociedade o espúrio processo de privatiza-

i https://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/doria-leva-a-dubai-video-com-maior-programa-de-privatizacao-da-historia-de-sp.ghtml
ii https://leismunicipais.com.br/a/sp/s/sao-paulo/lei-ordinaria/2020/1743/17433/lei-ordinaria-n-17433-2020-dispoe-sobre-a-reorganizacao-da-administracao-publica-municipal-indireta-na-forma-que-especifica-incluindo-a-criacao-e-extincao-de-entidades-e-a-criacao-transferencia-alteracao-e-extincao-de-cargos-de-provimento-efetivo-e-em-comissao-e-de-funcoes-admitidas-bem-como-a-criacao-de-empregos-publicos



ção do Hospital Campo Limpo, denunciado pelo Sindicado dos Servidores Municipais (SINDSEP) e movimentos populares de saúde, processo esse, inclusive suspenso pelo Tribunal de Contas por conter irregularidades. A sanha por privatizar parece não ter fim, os Centros Unificados Educacionais (CEU) já estão na mira, entre outros serviços públicos.

No âmbito da STT, em setembro de 2017, a Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP) publicou Decreto nº 57.857/2017 (revogado), propondo nova reorganização da estrutura de Secretaria Municipal de São Paulo (SMS). Nessa nova reorganização foi extinta a Área Técnica de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (ATST), importante setor estratégico responsável pela coordenação e planejamento das ações de ST no município. Após alguns anos de vacância institucional e ausência de coordenação na área de ST, SMS decide alocar as responsabilidades da antiga ATST na Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador (DVISAT) da Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA), denotando o despreza de SMS com a política de ST.

Em plena pandemia de COVID-19, em que a atuação das equipes técnicas do Sistema Municipal de Vigilância do SUS, consideradas fundamentais para a detecção, controle e prevenção da transmissão da doença, inclusive nos ambientes de trabalho, a prefeitura, no afogadilho e na unilateralidade, decidiu publicar o Decreto 59.685/2020, de 13 de agosto de 2020, e a Portaria 319/2020 SMS.G, de 14 de agosto, que na prática representou um desmonte de COVISA, materializado pela transferência de 261 trabalhadores e técnicos, bem com, a extinção de áreas fundamentais como Divisão Administrativa/Finanças, Gestão de Pessoas e o DVISAT que teve 100 % do corpo técnico transferido, inclusive o coordenador. Após pressão do sindicato dos servidores, SMS foi obrigado a restituir uma equipe mínima para o DVISAT.

Em que pese os esforços de técnicos e profissionais vinculados ao DVISAT para manter viva as ações de ST, a gestão de SMS sempre tratou institucionalmente essa área como inexpressiva na condução da política de saúde, resultando numa inserção pífia da ST na Rede de Atenção a Saúde (RAS).

Fica evidente o compromisso do atual governo municipal com os interesses privados e a destruição dos serviços públicos, num momento crítico de enfrentamento à pandemia, em que se pretende flexibilizar os setores eco-

nômicos em detrimento da proteção à vida e aos trabalhadores. A reorganização de COVISA não pode ser considerada um processo de descentralização tal como propalado pelo Governo, e sim como destruição de um componente estratégico do SUS que tem um papel importante, na prevenção e controle de doenças, na promoção, proteção à saúde e a segurança sanitária da população.

Importância da participação social e do controle social nas ações de STT

As consequências das mudanças galopantes no mundo do trabalho são diversas, tais como o desemprego em massa, terceirização do trabalho, arrocho salarial, perda de direitos coletivos e acentuadas doenças e acidentes de trabalho.

Entretanto, o movimento sindical não tem priorizado a saúde como uma estratégia de ação para e com a classe trabalhadora. As negociações sindicais, ou os chamados acordos coletivos, foram se mobilizando em torno da segurança de emprego para a pessoa acidentada no retorno ao trabalho, complementação do auxílio doença, investimentos da empresa em proteção coletiva, fornecimento de EPIs e uniformes, e a prevenção se encerra na realização de exames médicos periódicos.

As práticas de vigilância em saúde, com recorte aqui para as de Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, que constitui o cerne do campo, contribui para apreensão dos processos saúde-doença relacionados ao trabalho e o movimento sindical é parte desse importante fazer técnico e político. É de suma importância que ocupem esse espaço, que além de mensurar a situação de saúde da classe trabalhadora, é um espaço de resistência e enfrentamento da exploração do trabalho na sociabilidade vigente.

A participação do movimento sindical no campo as Saúde do Trabalhador, lugar que lhe é de protagonismo, representa um grande passo para superar a fragmentação, desarticulação e superposição das ações implementadas pelos setores Trabalho, Previdência Social, Saúde e Meio Ambiente, em que atualmente só podemos contar com o Ministério do Trabalho, anda que sob forte ameaça de desestruturação. Sua efetivação é uma ação fundamental para o campo Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Por outro lado, para o movimento sindical priorizar a Vigilância em Saúde do Trabalhador e utilizar informações no monitoramento e avaliação da saúde de categorias específicas, não é necessário esperar que o sistema público de Vigilância em Saúde do Trabalhador esteja plenamente implantado e efetivo. Todavia, pode-se partir de informações disponíveis em diversas fontes sistemáticas e estudos dos ambientes de trabalho, ou ainda, fomentá-la a partir de seu órgão de assessoria, a citar DIESAT, para que se delineie uma ação bem fundamentada sobre o perfil epidemiológico das categorias profissionais. Para então, propor mudanças nas condições de trabalho, particularmente na organização do trabalho, que beneficiem os trabalhadores em larga escala, essas ações devem estar em consonância com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Tal prática representa um norte considerável de atuação.

A medicina social latino-americana e a epidemiologia social têm apontado historicamente a participação dos trabalhadores como essencial, não apenas na luta por melhores condições de trabalho, mas também na caracterização dos determinantes sociais do processo saúde-doença e no desenvolvimento das políticas de saúde (Facchini, 1993, 1997; Laurell e Noriega, 1989). Lacaz (1992) diz que a Vigilância em Saúde do Trabalhador, ao desenvolver intervenções nos locais de trabalho nocivos à saúde, deveria ir além do que fazem as tradicionais fiscalizações, conseguindo, a partir da abordagem epidemiológica do risco, planejar suas ações para se antecipar aos acidentes e às doenças do trabalho.

Segundo Santorum (2006), há descontinuidade entre os conhecimentos acumulados acerca das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Urge elaborar estratégias para a execução das intervenções a fim de superarem, no seu dia a dia, as dificuldades impostas pelo inerente enfrentamento de 26 problemas identificados no âmago das organizações produtivas, no qual há o confronto entre interesses privados e direitos publicamente constituídos em nosso país: o tão conhecido conflito entre capital e trabalho. Santorum (2006) aponta como primordial uma reflexão sobre a intervenção e os recursos metodológicos para mediar as relações de saúde e trabalho, colocando em debate as perspectivas já existentes e as que podem ser construídas para desenvolver uma atuação que realmente envolva todos os sujeitos diretamente implicados nesse processo.

A participação dos trabalhadores e trabalhadoras, através de seus representantes, torna-se essencial para a caracterização dos determinantes sociais do processo saúde-doença e no desenvolvimento das políticas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Avançar na construção do sistema de Vigilância em Saúde do Trabalhador no país significa haver a necessária e ativa participação dos trabalhadores no reconhecimento de acidentes e morbidades prioritárias e de suas determinações sociais. Para tanto, o Movimento Sindical deve tomar uma postura mais propositiva nas ações de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora que sempre foram considerados de pouca ou nenhuma relevância política. Não basta criar secretarias de Saúde do Trabalhador no interior dos sindicatos ou das centrais sindicais; a temática deve ser trabalhada como transversal em todas as práticas sindicais. Em suma, ao Movimento Sindical cabe ser um ator fundamental na efetivação da Vigilância em Saúde do Trabalhador como um componente de aferição sensível às prioridades epidemiológicas, com saberes e práticas que intervejam nos ambientes e processos de trabalho e indiquem as determinações sociais do processo saúde-doença.

Sem a força da classe trabalhadora não se faz ações e política em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Urge priorizarmos essas ações como espaço privilegiado de luta e contraofensiva, sob risco de perdermos toda e qualquer possibilidade de condições de vida e saúde.

Referências:
Antunes, R. Globalização em debate. Estudos Avançados, 1997.
Boim, V F. Limites e desafios da implantação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador na Região Leste do Município de São Paulo. Trabalho de Conclusão de Curso, Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), Rio de Janiero, 2015.
Facchini, L. A. et al. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p.857-867, 2005.
Lacaz, F. A. C. O campo da Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro,v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007.
Lacaz, F. A. C.; Machado, J. H. M.; Porto, M. F. S. Estudo da situação e tendências da vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil. Relatório Final, setembro de 2002. Apoio financeiro: Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS), 2002.
Laurell, A. C.; Noriega, M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. Hucitec, São Paulo, 1989.

Teletrabalho e Home Office: de que forma isso afeta a saúde da classe trabalhadora?

Por Editorial

O isolamento social se apresentou como medida necessária na contenção do risco de contaminação em contexto de pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2)[i] , acarretando ainda mais transformações no mundo do trabalho com o aumento de quantitativos de pessoas em trabalho remoto. O presente artigo tem por objetivo diferenciar o significado de teletrabalho e home office, nomenclaturas que ganharam notoriedade de prática de forma significativa nos últimos meses no Brasil dada a conjuntura.

Importante frisar que o mundo do trabalho vem sofrendo mudanças vertiginosas nos processos produtivos e nos processos de trabalho nos últimos anos. Presenciamos uma precarização da classe trabalhadora por meio de subcontratações, informalidade e profunda expropriação dos direitos sociais. Aliado à esse cenário, vivenciamos uma predominância do trabalho na era digital com predominância dos aplicativos como Uber, Rappi, Ifood, que utilizam de força de trabalho a partir de prestação de serviço sem direito ao assalariamento fixo mensal, proteção de legislação trabalhista e demais direitos garantidos por um trabalho formal (ANTUNES, 2018).

Dado o contexto de pandemia, uma grande quantidade de trabalhadores e trabalhadoras desse país perderam sua capacidade de venda da força de trabalho; parte continuou a trabalhar em condições de superexploração, informalidade expondo-se à riscos de contaminação sem qualquer aparato de proteção social; outra parte das categorias essenciais, apesar da formalidade permaneceram também com riscos de contaminação em condições de trabalho que não atendiam aos protocolos de segurança; outra parte, das quais vamos nos ater a destrinchar nesses escritos, são as condições de trabalho em tele trabalho e home office.

O que é teletrabalho?

Regulamentado pela Lei 13.467/17 que altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a fim de adequar segundo a legislação às novas (e precárias) relações de trabalho. No Capítulo II-A, através do artigo 75-B: "considera-se teletrabalho a prestação de serviços preponderantemente fora das dependências do empregador, com a utilização de tecnologias de informação e de comunicação que, por sua natureza, não se constituam como trabalho externo". E no Parágrafo único: "o comparecimento às dependências do empregador para a realização de atividades específicas que exijam a presença do empregado no estabelecimento não descaracteriza o regime de teletrabalho".

Não está caracterizado nessa modalidade de trabalho a jornada de trabalho ou controle dela, uma vez que a contratação é pelo "produto do trabalho", importando a quem compra essa força de trabalho apenas a execução do trabalho. Não há sequer um acompanhamento das condições de execução para esse trabalho. O que conecta o trabalhador e a trabalhadora ao seu processo de trabalho são as tecnologias de informação ou telecomunicação.

Importante constar no contrato de trabalho todas as atividades que serão realizadas, os subsídios relativos aos custos de execução desse trabalho, tais como: internet, computador, mesa e cadeira apropriadas ergonomicamente etc. A experiência de acompanhamento dessa relação de trabalho nos indica que a maioria dos contratos constam apenas um pagamento pela execução final do trabalho, não aportando os custos de seu processo, como seria caso fosse executado nas dependências da empresa. Essa prática aponta a precarização do trabalho e desvela a aparente "liberdade de produzir", barateando ainda mais a força de trabalho e lançando para a sociedade a responsabilidade da proteção desse modo de trabalho – através do que ainda nos resta de acesso à Seguridade Social.

O que é o home office?

Diferentemente do teletrabalho, o referido e popular home office não está regulamentada por Lei. Em síntese podemos dizer que home office é uma espécie de teletrabalho e é caracterizado pela produção do trabalho em casa (a tradução do inglês da palavra home é casa, por isso o termo), não de forma preponderante, mas em alguns determinados dias. Razão pela qual o contrato de trabalho se mantém sem aditivos, sendo instituído numa política interna do empregador. Entretanto, para garantir os direitos e eventuais questões futuras, importante que as práticas de home office seja documentadas.

Nessa espécie de trabalho, há o controle da jornada por parte do empregador, devendo continuar o pagamento de horas extras, intrajornada, adicional noturno e quaisquer direitos trabalhistas compatíveis, inclusive a responsabilidade de equipamentos de proteção individual e em caso de acidente de trabalho. Além do que, o empregador deve garantir e custear as mesmas condições de trabalho que existe na empresa, tais como computador, impressora, mobiliário, internet, etc.

i SARS-CoV-2 é o nome oficial dado ao novo coronavírus, que significa "severe acute respiratory syndrome coronavirus" (síndrome respiratória aguda grave de coronavírus 2). COVID-19, nomenclatura amplamente utilizada pelos meios de comunicação não representa o nome científico do novo coronavírus, uma vez que o termo se refere especificamente ao quadro infeccioso da doença provocado pelo SARS-CoV-2.

Mais precarização do trabalho?

A Medida Provisória nº 927, de 22 de março de 2020 que perdeu a validade em julho de 2020 dispunha sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do contexto de pandemia.

O Capítulo II, do Teletrabalho, Art. 4º permitia "Durante o estado de calamidade pública, o empregador poderá, a seu critério, alterar o regime de trabalho presencial para o teletrabalho, o trabalho remoto ou outro tipo de trabalho a distância e determinar o retorno ao regime de trabalho presencial, independentemente da existência de acordos individuais ou coletivos, dispensado o registro prévio da alteração no contrato individual de trabalho".

A permissão dessa modalidade de trabalho refletiu diretamente nas condições de produção do trabalho e reprodução social da classe trabalhadora, alterando substancialmente seus cotidianos. Redução salarial, perda de benefícios e nenhuma assistência ao processo de trabalho, tais como subsídio para internet, mobiliário adequado e desrespeito à jornada de trabalho foram realidades vivenciadas por muitos trabalhadores e trabalhadoras.

Com o fim da validade da MP 927, o teletrabalho deixa de ser determinado unilateralmente pelo empregador e o tempo de uso de plataformas de comunicação fora da jornada de trabalho normal podem ser configurados como tempo à disposição, incorporado como hora extra.

Dentro de uma visão reducionista, as doenças do trabalho estariam restritas, ou quase, às doenças profissionais. Sabemos, contudo, que as coisas não são bem assim, vários são os casos que diferentes doenças pouco são relacionadas ao trabalho, descaracterizando o nexo causal, confinados aos limites do ambiente de trabalho. Como se as doenças tivessem um único causador. Observar os parâmetros da ergonomia, oferecer toda tecnologia necessária para a atividade, observar o limite de jornada, garantir a capacitação e adaptação com pausas e intervalos estão entre os pontos mínimos de responsabilidade de quem compra a força de trabalho. Esta nova realidade, rompe os limites dos ambientes de trabalho e torna claro que se a jornada exaustiva se alastra, continuam seus efeitos no corpo e na mente pela falta de um local apropriado para execução do trabalho.

Trabalhadores e trabalhadoras, já pararam para pensar sobre os últimos 180 dias? Quanto tempo passou sem o telefone celular e aplicativos? Quantas horas por dia você passa em frente ao computador? Já refletiu quantas foram as vezes em que jornadas de trabalho invadiram noites, madrugadas, encontros familiares, estudos, folgas ou finais de semana? Não há trabalho hoje que não dependa do celular ou de um computador! Cada vez mais são inseridas metas por produtividades, por concorrência inseridas através da disputa de mercado, levando ao total esgotamento e adoecimento.

O cenário nos aponta que essa condição de trabalho atende ainda mais os interesses das empresas, uma vez que barateiam a compra da força de trabalho e os custos com infraestrutura. A realidade de mais precarização, superexploração com baixos salários e expropriação de direitos só se acentua, o que reflete desfavoravelmente no modo de viver e adoecer da classe trabalhadora.

Referências
Antunes, R. O privilégio da servidão: O novo proletariado de serviço na era digital. São Paulo: Boitempo Editorial; 2018.
Brasil. Consolidação das Leis do Trabalho. Decreto-Lei nº 5.442, de 01.mai.1943. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del5452compilado.htm. Acesso em: 05/10/2020.
Brasil. Lei nº 13.467/2017. Reforma Trabalhista. Brasília, DF, novembro 2017. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm. Acesso em: 05/10/2020.
Brasil. Medida Provisória nº 927, de 22 de março de 2020. Brasília, DF, 22 mar. 2020. disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/mpv/mpv927.htm. Acesso em: 05/10/2020

Setembro Amarelo

Mês de Prevenção ao Suicídio

Por Bruno Chapadeiro

Bruno Chapadeiro é professor do PPG em Psicologia da Saúde da UMESP e Pós-doutorando em Saúde Coletiva pela EPM-Unifesp

Ao discorrer sobre o fenômeno do suicídio, Marx (2006) afirma que este deve ser compreendido enquanto expressão da organização deficiente de nossa sociedade. No capitalismo, em sua etapa de crise estrutural, marcada por baixas nos setores produtivos e medidas de austeridade que visam a captura do fundo público, "esse sintoma é sempre mais evidente e assume um caráter epidêmico" (p. 24). Embora demonstre que encontramos o suicídio em todas as classes, "tanto entre os ricos ociosos como entre os artistas e os políticos" (p. 25), Marx aponta a miséria como sendo a maior causa dos suicídios. Cassorla (1984) já expunha que quando se trata de pessoas de estratos sociais mais baixos, os fracassos reais, de responsabilidade da sociedade, tais como o desemprego, as dificuldades financeiras, o desrespeito com o ser humano, a submissão à burocracia e a falta de perspectivas, levam à desesperança.

De fato, numa revisão literária em 130 estudos sociológicos sobre o fenômeno do suicídio datados de 1981 a 1995, Stack (2000) destacou a pobreza como uma situação que pode predispor ao suicídio, incluindo-se fatores como o desemprego, o estresse econômico e a instabilidade familiar. De acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS (2018), somente no ano de 2016, 79% dos suicídios no mundo ocorreram em países de baixa e média renda.

Conforme relatório deste ano, cerca de 800 mil pessoas se suicidam a cada ano no mundo, o que dá uma morte a cada 40 segundos (WHO, 2019). Também evidencia que medidas de regulação de pesticidas, por meio de sua proibição, pode levar a redução nas taxas nacionais de suicídio, uma vez que, atrás dos enforcamentos, estes figuram, seguidos das armas de fogo, como os principais métodos de autoextermínio (WHO; FAO, 2019). Dessa forma, o documento aponta que restringir o acesso a estes meios demonstra sucesso na redução de suicídios. Algo que o Brasil parece caminhar na contramão, visto que, somente em 2019, foram autorizados mais de 300 novos agrotóxicos, bem como, a partir da sanção da Lei nº 13.870/2019, tivemos a ampliação da extensão em área rural para a posse de arma de fogo. Mesmo que por aqui, o enforcamento seja o principal meio de morte por suicídio (60%), a intoxicação é o principal meio utilizado na tentativa de suicídio (57,6%). Os dados são do Sistema de Informações de Agravos de Notificação - SINAN que compreende os anos de 2011 a 2017 (BRASIL, 2017a).

Entre 2007 e 2016, o Brasil (2017a) registrou no Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, 106.374 óbitos por suicídio, o que o coloca como a 4ª maior causa mortis em, por exemplo, indivíduos com idades entre 15 a 29 anos no país (a 2ª maior no mundo na mesma população, atrás somente dos acidentes de trânsito). A 3ª maior entre os homens, e a 8ª entre mulheres. Em média, 11 mil pessoas tiraram a própria vida por ano no país, com maiores concentrações na região Sul. Em cada 10 casos, 6 acontecem com jovens negros. Conforme nos lembra Botega (2014), no Brasil, numa larga proporção de mortes por causas externas é registrado apenas o modo da morte, não a intenção. Se corretos os levantamentos, a cada suicídio tem-se 15 a 20 tentativas prévias. Cada suicídio provoca repercussões mentais negativas (culpa, raiva, depressão etc.) em seis pessoas em média, o que, considerados os números de tentativas prévias, pode-se pensar que tais episódios foram vividos mais de 200 mil vezes, pelos que se suicidaram e por seus familiares.

Assim, estima-se que as tentativas de suicídio superem o número de óbitos por suicídios em pelo menos 10 vezes. Tais dados oficiais são também certamente subestimados devido às subnotificações e subregistros. O que pode nos levar a números ainda maiores. Na análise dos casos de tentativas de suicídio, Formenti (2018) diz que cerca de 40% não trazem dados quanto as relações de trabalho dos indivíduos. Entretanto, nos casos em que o registro foi feito, 52% indicaram que a pessoa estava desempregada. O estudo de Stack (2000) citado anteriormente, já demonstrava que pessoas sem emprego apresentam taxas de suicídio maiores que as empregadas, principalmente entre a população masculina, a seu ver, mais sensível aos reveses econômicos. O autor constatou que aqueles emocionalmente comprometidos com o trabalho eram os primeiros a serem demitidos na vigência de políticas de recessão econômica. Também aponta o fantasma do desemprego como capaz de afetar a mortalidade por suicídio, direta ou indiretamente, por aumentar os níveis de ansiedade dos indivíduos frente à possibilidade de serem despedidos.

Santos (2009) expõe que de 1993 a 1995 tivemos 72 casos de suicídios (1 a cada 15 dias), e entre 1996 a 2005, 181 (1 a cada 20 dias) de trabalhadores do setor bancário no Brasil. Em comum a estes casos, Heloani (2018) identifica a reestruturação produtiva de cariz neoliberal a qual a área financeira vem passando no Brasil desde os anos 1990 e que se utiliza com veemência de ferramentas como os Programas de Demissão Voluntária (PDVs) para enxugamento do quadro de pessoal. Sabe-se que o suicídio que ocorre no próprio local de trabalho deixa poucas dúvidas: há um endereçamento, uma mensagem. Principalmente porque muitas dessas pessoas deixam longos relatos, onde associam seu sofrimento às condições e aos perversos modelos de gestão a que estavam submetidas.

A Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP calcula que 20% a 30% das pessoas apresentarão um transtorno psiquiátrico no decorrer da vida. Entretanto, abordagens reducionistas comumente convertem problemas políticos e macroeconômicos desta ordem em problemas psicológicos isolados. De fato, numa revisão de 31 artigos científicos publicados entre 1959 e 2001, feita por Bertolote e Fleischmann (2002), que engloba 15.629 casos de suicídios na população geral, demonstrou que em 96,8% dos casos, caberia um diagnóstico de transtorno mental à época do ato fatal. Dentre eles, a depressão, transtorno bipolar e dependência de álcool e de outras drogas psicoativas. Anos atrás, inclusive, a OMS, previu que a depressão se tornaria a principal causa de absenteísmo nas organizações a partir da década de 2020. Trabalhadores faltariam mais por crises depressivas do que por dores na coluna, gripes e resfriados.

A mesma OMS analisou dados internacionais no período de 2000 a 2012 e mostrou que a prevalência mundial de suicídios caiu em média 26% ao passo que no Brasil aumentou 10,4%. A organização aponta o Brasil como o 2º país com maior número de depressivos nas Américas, sendo também o país com maior prevalência de ansiedade no mundo. O Ministério da Saúde - MS (BRASIL, 2018) constatou que em locais onde há Centros de Atenção Psicossocial - CAPS em funcionamento, o risco de suicídio é 14% menor. O custo médio de 12 mil internações hospitalares no SUS por autointoxicação intencional, entre 2007 e 2016, foi de 3 milhões/ano, o equivalente ao custo de implantação e custeio de 8 CAPS/ano. No entanto, o que vemos é, após a

publicação da Nota Técnica nº 11/2019 do MS, um desmonte da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas atualmente caminhando na direção oposta dos pressupostos da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS e da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Lei nº 13.819/2019), com parcos recursos destinados aos programas que as sustentam.

Como vimos, os suicídios estão longe de ser provocados apenas por dilemas filosófico-existenciais, sobretudo, o que buscamos chamar atenção aqui, é do próprio aumento de casos de transtornos mentais enquanto fenômeno social, e do suicídio como expressão extremada destes (cerca de 90% dos casos), tal como o demonstrado na pesquisa de Stansfeld (2006), que aponta o aumento do desemprego como fator de vulnerabilidade ao sofrimento mental. De Vogli (2014) observou que, na Itália, as políticas sociais funcionaram como fatores protetivos contra o aumento de suicídios associados ao desemprego. A Organização Internacional do Trabalho - OIT (ILO, 2018) afirma que 269 milhões de novos empregos seriam criados no mundo se os investimentos em educação, saúde e assistência social fossem duplicados até 2030.

Achados como o de Schramm, Paes-Sousa e Mendes (2018) demonstram que países que mantiveram ou reforçaram suas políticas de proteção social, incluindo as de transferências monetárias para populações pobres e extremamente pobres, apresentaram níveis menores de suicídios. A pesquisa conduzida por Alves, Machado e Barreto (2018), por exemplo, fornece evidências de que o aumento de programas de transferência de renda condicionada, como o Bolsa-Família, pode reduzir indiretamente as taxas de suicídio nos municípios brasileiros, mitigando o efeito da pobreza sobre a incidência de suicídio.

Gertner, Rotter e Shafer (2019), demonstram que estados norte-americanos que aumentam seus salários mínimos, as taxas de suicídio crescem mais lentamente. Para cada US$ 1/hora aumentado, corresponde uma redução de 1,9% na taxa anual de suicídio. Também evidenciaram que indivíduos de famílias com maiores rendimentos têm menos risco de tirar a própria vida. Nesses casos últimos, Marx (2006, p. 25) dizia que as razões de suicídio para pessoas de um meio social mais abastado seriam bem diferentes, tais como "as doenças debilitantes, contra as quais a atual ciência é inócua e insuficiente, as falsas amizades, os amores traídos, os acessos de desânimo, os sofrimentos familiares, as rivalidades sufocantes, o desgosto de uma vida monótona, um entusiasmo frustrado e reprimido" e não o fato de serem/estarem apartadas da produção/reprodução da base material tão cara ao capitalismo.

Marcolan (2018) averigua que, no período em que se agrava a crise ética-política-econômica brasileira (2014-2017) com altas taxas de desemprego na pauta do dia, o comportamento suicida se amplia. Entretanto, o que se vê no horizonte tupiniquim são medidas de austeridade que preveem a retirada de direitos sociais e o congelamento do orçamento público para políticas de proteção social. Como bem ressalta Antunes (2019), entre "intermitentes e imprevidentes", 13 milhões sem nenhum trabalho, mais 5 milhões no horroroso "desemprego por desalento", além de um contingente imenso na informalidade, todos rodopiando em um "mercado de trabalho" que resulta no enigma esfíngico "decifra-me ou devoro-te": se não há empregos estáveis, não há como contribuir para a Previdência, e, portanto, não há aposentadoria. Noutro documento do MS sobre os suicídios no Brasil (2017b), as maiores taxas foram observadas na população idosa a partir de 70 anos. Nas proféticas palavras do economista Eduardo Fagnani, quando de entrevista para Rocha (2019), sobre uma, até então, possível aprovação da Reforma da Previdência, - hoje já infelizmente consolidada - disse: "O governo vai jogar 70% dessa população trabalhadora na miséria. Eles não vão conseguir se aposentar. Vão sobreviver de auxílios e benefícios".

Assim como a Reforma Trabalhista não solucionou o problema do desemprego como prometera, a da Previdência igualmente não mitigará a desigualdade social que assegura. O capital precisa de crises estruturais para se reinventar, expandir e se valorizar. Com isso, a história nos mostra que a miséria e a desigualdade social tendem a se agravar, e, tal como o exposto nesse texto, resulta, dentre outras mazelas, na elevação das taxas de suicídios. Os índices de suicídios são altos em grupos que foram vulnerabilizados pela exclusão social e mais afetados pelas crises, tal como os desempregados que dissemos, mas também naqueles que vivenciam a insegurança alimentar, os que são alvos de violência policial, como a juventude negra, pobre e periférica, e nos que vivem em territórios permanentemente ameaçados pela invasão predatória e pela ausência de políticas públicas, tais como a população indígena. Suicídio entre crianças indígenas é 18,5 vezes maior do que entre crianças não indígenas e afeta principalmente meninas (58,2%) segundo Fernanda Garcia, reportando estudo da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz de 2019.

Cabe pensarmos, então, o fenômeno mundial do suicídio enquanto recurso sistêmico e (in)consequente de uma política higienista com fins últimos voltados à redução dos extratos saturados do exército industrial de reserva e/ou do lumpemproletariado? Como o exposto por Netto (2007, p. 156), seria o suicídio "não um ato livre, mas ideológico"?

A crise estrutural sem precedentes na história, imposta pela pandemia do novo coronavírus, que vivemos, irá cobrar sua fatura não somente em números de mortos e infectados pelo SARS-CoV-2, mas também no que tange impactos à saúde mental das populações com consequências deletérias e quiçá, incontornáveis de acordo com Kavukcu & Akdeniz (2020). Segundo Gruber & Rottenberg (2020) o impacto do novo coronavírus na saúde mental pode ser literalmente mortal, havendo projeções de que o número de mortes derivadas de problemas de saúde mental pode ser semelhante ao das diretamente causadas pela covid-19. Os autores citam estimativa de uma fundação chamada Well Being Trust, que dizem que a pandemia pode levar a um número de mortes entre 27.644 e 154.037 nos Estados Unidos por suicídio e overdose decorrentes do desemprego em massa, depressão e ansiedade. Os mesmos consideram como o grande desafio desta pandemia "achatar a curva da saúde mental".

Em 30 de junho, as estimativas da Organização Internacional do Trabalho - OIT (ILO, 2020a) mostravam que as perdas de horas de trabalho pioraram durante o 1º semestre de 2020, refletindo a deterioração da situação, especialmente nos países em desenvolvimento. Durante o 1º trimestre do ano, cerca de 5,4% das horas de trabalho globais (equivalente a 155 milhões de empregos em tempo integral) foram perdidas em relação ao 4º trimestre de 2019. Perdas em horas de trabalho no

2º trimestre de 2020 em relação ao último trimestre de 2019 está estimado em 14,0% em todo o mundo (equivalente a 400 milhões de empregos em tempo integral), com a maior redução (18,3%) ocorrendo nas Américas (ILO, 2020b). Segundo Kawohla e Nordta (2020), a taxa de desemprego mundial aumentaria de 4,93% para 5,64%, o que estaria associado a um aumento de suicídios de cerca de 9.570 por ano num cenário com altas estimativas. No cenário de baixas estimativas, o desemprego aumentaria para 5,08%, associado a um aumento de cerca de 2.135 suicídios.

Por aqui, em terra brasilis, os dados da primeira quinzena de setembro/2020 da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad Covid-19 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE aponta que o desemprego bate 13,6%, 4,3 milhões de pessoas estão afastadas do trabalho devido ao distanciamento social (destes a maior proporção, 14,2%, se trata de empregados do setor público sem carteira assinada), 40 milhões de brasileiros(as) com vontade de trabalhar, 28 milhões de informais e 75,5 milhões fora da força de trabalho. E nada há de dados oficiais que relacionem tais números com as taxas de suicídio.

Outros dados da Pnad Covid-19 nos chamam atenção: 30,1% das pessoas ocupadas tiveram rendimento menor do que o normalmente recebido de forma que 3,2 milhões de pessoas ocupadas e afastadas deixaram de receber remuneração, 17,7 milhões de pessoas não procuraram trabalho por conta da pandemia ou por falta de trabalho na localidade (13,5% de pretos e pardos e 8,2% brancos) e 8,3 milhões de pessoas (10% da população ocupada do Brasil) estão em regime de teletrabalho, sendo que, 84,1% são trabalhadores(as) formais, 31,1% tem nível Superior completo ou Pós-Graduação e praticamente a metade, 36,7% (4,9 milhões) está concentrada na região Sudeste do país. Não à toa, em contrapartida, dos 44,1% de domicílios que receberam o auxílio emergencial durante essa pandemia (com média de rendimento de R$ 896,00), estão concentrados nas regiões Norte (61,7%-68,8%) e Nordeste (55,3%-59,8%) do país. Duas regiões que, somadas, não chegam a 11,8% de pessoas (1,65 milhões) em home office. Observa-se que a desigualdade nesse país tem recortes de gênero, cor ou raça, região do país e grau de instrução.

Aqui no mulato inzoneiro, o IBGE demonstrou em 6 de maio, ou seja, com cerca de 1 mês e pouco do início da pandemia na terra de samba e pandeiro, que o 1% com maior rendimento mensal ganha, em média, 180 vezes o que ganha a pessoa que está na parcela dos 5% com menor renda. Uma pessoa branca recebe 70% a 80% mais que uma pessoa preta ou parda em um mês. Homens recebem 28,7% a mais que as mulheres. Alguém com diploma de ensino superior ganha 5,6 vezes o que recebe alguém sem instrução. As regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste registram rendimentos de cerca de R$ 900/R$ 1.000 a mais do que a renda média no Norte e Nordeste.

Se temos nas políticas de transição de renda ao redor do mundo e nos investimentos em políticas públicas de saúde mental, saídas plausíveis à diminuição das taxas de suicídio, agora, com a pandemia da covid-19 que assola o mundo em termos sanitários e econômicos, nunca se esteve tanto na pauta do dia, tornar, por exemplo, como aponta Carvalho (2020), a renda básica enquanto algo permanente, bem como resolver injustiças históricas do nosso sistema tributário, tendo na agenda a taxação de grandes fortunas, conduzida por um Estado forte e protetor. Entretanto, os "coachings da saúde mental" preferem pautar o fenômeno do suicídio no campo da Saúde como algo patologizado individualmente cujas tratativas versam tão somente na balela do autocuidado pessoal. Qualquer cartilha básica sobre suicídio dirá o quão importante é falarmos sobre o tema para a população, afim de não o tornar um tabu. Relacioná-lo à desigualdade social, econômica, estrutural, racial, geográfica, educacional e de gênero também o é.

Em resumo, as - cada vez mais - ampliadas taxas de suicídios ao redor do globo, são apenas a ponta do iceberg da barbárie inerente ao sociometabolismo do capital que têm nas medidas de austeridade e crescente taxas de desemprego estrutural sua expressão de eliminação dos indesejáveis nos dizeres de Casara (2018). Mas isso as campanhas do Setembro Amarelo passam longe de abordar, restringindo-se a ações que visam saídas individuais e reducionistas para uma questão tão igualmente pandêmica como a covid-19.

Referências:ALVES, F.J.O; MACHADO, D.B.; BARRETO, M.L. Effect of the Brazilian cash transfer programme on suicide rates: a longitudinal analysis of the Brazilian municipalities. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2019) 54: 599.
ANTUNES, R. Intermitentes e imprevidentes. Le Monde Diplomatique Brasil. Publicado em 9 abr 2019. Disponível em : *https://diplomatique.org.br/temer-e-bolsonaro-intermitentes-e-imprevidentes/*. Acesso em 04 jun. 2019.
BRASIL. Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.
BRASIL. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde. vol. 48, nº 30. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.
BRASIL, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.
BRASIL. Lei nº 13.819 de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Diário Oficial da União. 29 abr 2019b.
BRASIL. Lei nº 13.870 de 17 de setembro de 2019. Altera a Lei nº 10.826, de 22 de dezembro de 2003, para determinar que, em área rural, para fins de posse de arma de fogo, considera-se residência ou domicílio toda a extensão do respectivo imóvel. Diário Oficial da União. 17 set 2019c.
BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento/Secretaria de Defesa Agropecuária/Departamento de Sanidade Vegetal e Insumos Agrícolas/Coordenação-Geral de Agrotóxicos e Afins. Ato nº 62 de 13 de setembro de 2019. O Coordenador-Geral de Agrotóxicos e Afins no uso das suas atribuições legais resolve dar publicidade ao resumo dos registros de agrotóxicos, seus componentes e afins concedidos, conforme previsto no Artigo 14 do Decreto nº 4074, de 04 de janeiro de 2002. Diário Oficial da União. 17 set 2019d.
BRASIL. Setembro Amarelo: Ministério da Saúde atualiza dados sobre suicídio. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
BERTOLOTE, J. M., & FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. World Psychiatry, 1, 181-185, 2002.
BOTEGA, J.N. Comportamento suicida: epidemiologia. Psicol. USP, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, dez. 2014.
CARVALHO, L. Curto-circuito: O vírus e a volta do Estado. São Paulo: Todavia, 2020.
CASARA, R. Estado Pós-Democrático: Neo-Obscurantismo e Gestão dos Indesejáveis. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.
CASSORLA, R.M.S. O que é suicídio. São Paulo: Brasiliense, 1984.
DE VOGLI, R. The financial crisis, health and health inequities in Europe: the need for regulations, redistribution and social protection. International Journal for Equity in Health, v. 13, p. 58, 25 jul. 2014.
FORMENTI, L. Suicídio aumenta no Brasil: são 31 casos por dia. Estado de S. Paulo. Caderno Saúde. Edição de 20 set. 2018. Disponível em: *https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,suicidio-aumenta-no-brasil--sao-31-casos-por-dia,70002511569*. Acesso em 3 set. 2019.
GERTNER, A.K; ROTTER, J.S.; SHAFER, P.R. Association Between State Minimum Wages and Suicide Rates in the U.S. American Journal of Preventive Medicine, Volume 56, Issue 5, 648-654.
GRUBER J, ROTTENBERG J. Flattening the mental health curve is the next big coronavirus challenge. The Conversation, 29 de maio de 2020. Disponível em: *https://theconversation.com/flattening-the-mental-health-curve-is-the-next-big-coronavirus-challenge-139066)*. Acesso em 8 set. 2020.
HELOANI, R. PDV: Violência e Humilhação. Revista da ABET, v. 17, n. 1, janeiro a junho de 2018.
INTERNACIONAL LABOUR ORGANIZATION. Almost 25 million jobs could be lost worldwide as a result of COVID-19, says ILO. https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_738742/lang—en/index.htm. ILO: Genebra, 2020a.
_____. Care work and care jobs for the future of decent work / International Labour Office – Geneva: ILO, 2018.
_____. Monitor: COVID-19 and the world of work. Fifth edition: Updated estimates and analysis. *https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/briefingnote/wcms_749399.pdf*. ILO: Genebra, 2020b.
KAVUCU, E.; AKDENIZ, M. Tsunami after the novel coronavirus (COVID-19) pandemic: A global wave of suicide? The International journal of social psychiatry, 2020 Jul 29.
KAWOHLA, W.; NORDTA, C. COVID-19, unemployment, and suicide. The Lancet Psychiatry, 7(5), 389–390, 2020.
MARCOLAN J.F. Pela política pública de atenção ao comportamento suicida. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 5):2343-7.
MARX, K. Sobre o suicídio. São Paulo: Boitempo, 2006.
NETTO, N.B. Suicídio: uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico-dialético. Dissertação [Mestrado] em Psicologia Social, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social. São Paulo: PUC/SP, 2007.
ROCHA, R. BPC: reforma de Bolsonaro vai jogar idosos pobres na miséria. Portal da CUT – Central Única dos Trabalhadores. Disponível em: *https://www.cut.org.br/noticias/bpc-reforma-de-bolsonaro-vai-jogar-idosos-pobres-na-miseria-fa59*. Acesso em: 04 jun. 2019.
SANTOS, M. F. Patologia da solidão: o suicídio de bancários no contexto da nova organização do trabalho. Dissertação (Mestrado em Administração). Brasília: UnB, 2009.
SCHRAMM, J.M.; PAES-SOUSA, R. MENDES, L.V.P. Políticas de austeridade e seus impactos na saúde: um debate em tempos de crise. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, 2018.
STACK, S. Suicide: a 15-year review of the sociological literature Part I: cultural and economic factors. Suicide Life Threaten Behav. 2000, 30:145-62.
STANSFELD, S.; CANDY, B. Psychosocial Work Environment and Mental Health - a Meta-Analytic Review. Scandinavian Journal of Work Environment & Health, [S.l.], v. 32, n. 6, p. 443-462, 2006.
WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva: WHO, 2018.
_____. Suicide in the world: Global Health Estimates. Geneva: WHO, 2019.
WORLD HEALTH ORGANIZATION; FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION. Preventing suicide: a resource for pesticide registrars and regulators. Geneva: WHO; FAO, 2019.

Com a Palavra

Estamos diante de um governo com práticas neofascitizantes e ultraliberais quem vem atacando os direitos sociais ancorados no arcabouço legal da Constituição Federal Brasileira. Ressaltamos, no campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (STT). Destacamos a alteração das Normas Regulamentadoras (NR) sem o devido tempo de mensuração e apropriação de cada matéria das normas, o esvaziamento cada vez mais visível a estrutura de Auditores Fiscais, e, na ordem do dia, a revogação da portaria que atualiza a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) pelo Ministro da Saúde em exercício, representando mais um conluio com o setor patronal em detrimento de manter uma ferramenta importante para orientar as práticas dos serviços de saúde. Convidamos Geordeci Souza, coordenador da CISTT Nacional para tecer considerações a respeito dessa conjuntura.

Trabalho & Saúde:Qual sua leitura técnica e política a respeito da conjuntura descrita?

Geordeci Souza: É lamentável o que estamos a assistir no Brasil. Nunca a classe trabalhadora perdeu tantos direitos em tão pouco tempo. A agressão promovida pelo governo federal as conquistas trabalhistas, tem tido apoio do legislativo e algumas situações também do judiciário. É um verdadeiro retrocesso que só com muita mobilização é que os trabalhadores poderão reverter esse quadro sombrio de nossa história. O movimento sindical brasileiro precisará se reinventar!

T&S.: Ao mesmo tempo em que se verifica o desmonte das políticas no campo da saúde e do trabalho no Brasil, percebe-se um esvaziamento da participação sindical na defesa do campo da STT. Como você avalia a luta sindical no contexto da STT?

G.S.: É histórica a baixa participação do movimento sindical na STT. Isso ocorre pela própria pressão que a classe impõe aos seus dirigentes. No geral os trabalhadores se preocupam mais com a questão salarial e as demais questões ficam sempre em segundo plano. Para reverter esse quadro se faz necessário uma ampla capacitação dos dirigentes e da categoria, no sentido de sensibilizá-los da importância dessa temática.
De qualquer forma, a Pandemia que alterou completamente o mundo do trabalho, obrigará ao movimento sindical a repensar nas suas prioridades incluindo assim a STT, como bandeira de luta.

T&S.: Como a entidade que você representa vem atuando internamente e externamente em ações de resistência e enfrentamento?

G.S.:A CUT tem já a algum tempo participado ativamente dos espaços sociais onde tem assento. Seja, no campo institucional ou infra institucional, sua participação tem sido de extrema relevância. Durante a Pandemia a Central tem se reunido virtualmente suas instancias e secretarias, mantendo seus representados mobilizados e informados quanto as mudanças que tem ocorrido no mundo do trabalho.

T&S.: Há diálogo das instâncias do controle social institucionalizado e do movimento sindical com a classe trabalhadora no tocante à construção e implementação das políticas de STT, tais como: Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST) e Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) e a avalanche de destruição das mesmas?

G.S.: Sim! Mesmo diante do isolamento social imposto pelo combate ao Covd-19, o controle social conseguiu se manter conectado ao movimento sindical. Muitas lives, reuniões e encontros foram realizados com a participação de ambos, elaborando estratégias para combater as agressões do governo aos direitos dos trabalhadores. Apesar do momento ser muito delicado, é fato que parte importante do movimento sindical acordou e tem desenvolvido ações muito importantes. Não há dúvidas que a PNSTT que está no campo do SUS é um dos poucos instrumentos que nos restam.

Rede de Informações e Comunicação sobre a Exposição de Trabalhadores e Trabalhadoras ao SARS-COV-2 no Brasil

Por Editorial

A pandemia do novo agente do coronavírus (SARS-Cov-2) que provoca a doença chamada de COVID-19 se espalhou globalmente, desde sua descoberta em 31 de dezembro de 2019, em Wuhan, na China (WHO, 2019). O trabalho configura-se em lócus de potencial exposição e transmissibilidade da COVID-19. E os trabalhadores e trabalhadoras essenciais, impedidos de praticarem o distanciamento social, constituem-se em população de risco. Além disso, a exposição aumenta, devido às características ocupacionais, o processo de trabalho e as insuficientes medidas de proteção e segurança, além da contínua exposição. Se transformam, também, em vetores na cadeia de transmissibilidade, pelo presenteísmo às fontes de exposição e circulação comunitária. Considerando o grave problema de saúde pública, o desconhecimento sobre a Covid-19, a ausência de tratamento até o momento, o desafio é a agilidade no acesso às informações, para a efetiva preservação do estado de saúde desses trabalhadores.

O risco da exposição em trabalhadores se torna exponencial, por três vias de exposição: o trabalho superexplorado, às desigualdades sociais e as condições de vida e saúde anteriores à pandemia, de modo que as determinações sociais incidem diretamente nos processos saúde-doença e no perfil de morbi-mortalidade.

Para tanto, constituímos a Rede de Informação e Comunicação Sobre a Exposição de Trabalhadores e Trabalhadoras ao SARS-COV-2 no Brasil. A metodologia envolve o desenvolvimento de soluções digitais de informação e comunicação sobre trabalhadores expostos ao SARS-Cov-2, a partir da integração de pesquisadores, serviços de saúde e movimento sindical. Parceria entre instituições responsáveis por estudos sobre a Saúde dos Trabalhadores (ST) na pós-graduação (Ensp/Fiocruz; Fiocruz BSB, UFPB), da representação das entidades dos trabalhadores (DIESAT) e de instituições internacionais.

A Rede de Informações e Comunicação sobre a exposição ao agente etiológico – o vírus SARS-CoV-2 no trabalho visa contribuir com produção e disseminação de informações sobre o enfrentamento a pandemia, para orientar a prevenção à saúde dos trabalhadores. Assim como, desenvolver instrumentos de registro da situação de exposição desses trabalhadores, para subsidiar o trabalho dos encarregados de políticas na tomada de decisões.

Desta forma, a iniciativa da rede com perspectiva de trabalho interdisciplinar e interinstitucional em sintonia com as agendas dos técnicos, pesquisadores, trabalhadores e lideranças sindicais busca a defesa comum da proteção à saúde dos trabalhadores e da mitigação da cadeia de transmissão do Covid-19 no trabalho.

O registro dados sobre saúde e condições de trabalho, será coletado por meio de questionário on-line, disponível na plataforma RedCap. E a população do estudo são os trabalhadores essenciais (Decreto 10.282/2020).

Pedimos que preencha o questionário no link: *https://is.gd/rededetrabalhadores* a fim de constituirmos um espaço participativo e democrático na comunicação de riscos à saúde, que ainda é um desafio à gestão em saúde, mediante a implementação de ações inovadoras em tecnologia da informação e comunicação. Para assim, contribuirmos com o desenvolvimento de ações que fomentem a integralidade da Atenção à Saúde dos Trabalhadores, por meio do funcionamento de uma rede de pesquisadores, trabalhadores e os serviços de Saúde do Trabalhador no SUS.

Pesquisadores:

•Ana Claudia Corrêa Bittencourt Sodré - CCI/Ensp/Fiocruz
•Ana Luiza Michel Cavalcante - CCI/Ensp/Fiocruz
•Augusto de Souza Campos - Fiocruz BSB
•Carlos Eduardo Siqueira - College of Public and Community Services
•Cyro Haddad Novello - CESTEH/ENSP/Fiocruz
•Daniele Correia - DIESAT
•Danilo Fernandes Costa - UFPB
•Eduardo Bonfim da Silva - DIESAT
•Eliana Napoleção Cozendey da Silva - CESTEH/ENSP/Fiocruz
•Hermano Castro Albuquerque - Ensp/Fiocruz
•Ivair Nóbrega Luques - CCI/Ensp/Fiocruz
•Liliane Reis Teixeira - CESTEH/ENSP/Fiocruz
•Marco Antonio Carneiro Menezes - VPAAPS/Fiocruz
•Maria Juliana Moura Corrêa - CESTEH/ENSP/Fiocruz
•Mauricio Hernando Torres Tovar - Universidad Nacional de Colombia
•Paulo Marques - University of British Columbia
•Renato Bonfatti - CESTEH/ENSP/Fiocruz
•Rita de Cássia Oliveira da Costa Mattos - CCI/Ensp/Fiocruz

Filie-se ao DIESAT

DIESAT - 40 ANOS DE HISTÓRIA PELA SAÚDE DA CLASSE TRABALHADORA

PRECISAMOS (RE)PENSAR E AGIR JUNTOS PARA RESISTIR!

O Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisa de Saúde e dos Ambientes de Trabalho completará 40 anos em 2020 desenvolvendo ações fundamentais no campo da pesquisa, estudos e formações que subsidiem dirigentes sindicais na luta do campo da Saúde do Trabalhador. O cenário atual de desemprego em massa e de informalidade das possibilidades que existem de trabalho, apresenta um grande desafio ao movimento sindical na sua vocação: representar a classe trabalhadora no enfrentamento dos interesses de lucro do capitalismo.

Já sabemos que a história é cíclica e se repete. Mesmo que em condições de aparência distintas, ela se repete na sua estrutura, no seu nervo. Como exemplo, temos a década de 90 que anteriormente nos apresentou a problemática do desemprego. Agora é hora de acharmos juntos a melhor maneira de enfrentarmos novamente esse cenário que vulnerabiliza a cada dia ainda mais a classe trabalhadora, em suas condições de vida material e imaterial, acrescidos pelo contexto de pandemia do novo coronavírus. Se não temos mais os contratos de trabalho, como vamos sentar na mesa de negociação para negociar aumento real de salário, PLR, benefícios, planos privados de saúde? Se não tivermos mais os contratos de trabalho, como vamos amparar em termos jurídicos e de assistência à saúde os/as trabalhadores/as?

O que se apresenta é um desafio de projeto de sociedade, de novas formas de sociabilidade, com políticas sociais que amparem a classe trabalhadora enquanto o jogo cruel e desumano do capitalismo continua a rodar. Por políticas sociais, nos referimos a lutar pela Seguridade Social! Pelo Previdência Pública, pelo SUS, por Assistência Social. É o lócus de luta de classes que temos, meus caros! Porque, seja nos trabalhos formais, informais e na falta dele, A CLASSE TRABALHADORA ESTÁ ADOECENDO! As estatísticas oficiais da Previdência Social declaram que milhões de trabalhadores/as formais estiveram em processo de adoecimento e morreram em decorrência do trabalho. E ratificamos, esse é o cenário de uma parte dos trabalhadores/as formais, que ainda há subnotificações. Não temos como mensurar o cenário de adoecimentos na informalidade e em decorrência da falta de trabalho e, consequentemente, de falta de condições de sobrevivência.

Propomos aglutinar forças, centrar pautas únicas para dar peso àquilo que reivindicamos. O DIESAT é o espaço, criado pelo movimento sindical para apoiar e sustentar tecnicamente as ações políticas no que se refere à saúde e trabalho. Vamos juntos?

Seguridade Social
Ação Sindical
Acidente de Trabalho
Educação
Gênero
Violência no Trabalho
Controle Social
Trabalho Decente
Saúde do Trabalhador
Nanotecnologia
LER/DORT
Saúde Mental
Pesquisa
Políticas Públicas
SUS
Nexo Epidemiológico
Formação Sindical
Meio Ambiente
Previdência

Acesse aqui e preencha o formulário de cadastro

Diesat Desde 1980

Trabalho&Saúde

REVISTA DO DIESAT - Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho • Novembro de 2020