



PODER EXECUTIVO
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SOCIEDADE E CULTURA NA
AMAZÔNIA



1

MARLENE DE DEUS LIMA

**O TRABALHO E SAÚDE DO(A) TRABALHADOR(A) E SEU PROCESSO DE
ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL EM TEMPOS DE PANDEMIA COVID-
19 EM MANAUS, AMAZONAS.**

Manaus, Am, maio, 2022

MARLENE DE DEUS LIMA

**O TRABALHO E SAÚDE DO(A) TRABALHADOR(A) E SEU PROCESSO DE
ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL EM TEMPOS DE PANDEMIA COVID-
19 NO AMAZONAS.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia -PPGSCA da Universidade Federal do Amazonas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do Título de Doutora em Sociedade e Cultura na Amazônia.

Manaus, Am, Abril, 2022

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

L732t Lima, Marlene de Deus
O trabalho e saúde do(a) trabalhador(a) e seu processo de
envelhecimento ativo e saudável em tempos de pandemia covid-19
no Amazonas. / Marlene de Deus Lima . 2022
316 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Yoshiko Sasaki
Tese (Doutorado em Sociedade e Cultura na Amazônia) -
Universidade Federal do Amazonas.

1. Envelhecimento. 2. Trabalho. 3. Saúde do Trabalhador. 4.
Pandemia. 5. Condição de Vida. I. Sasaki, Yoshiko. II.
Universidade Federal do Amazonas III. Título

MARLENE DE DEUS LIMA

O TRABALHO E SAÚDE DO(A) TRABALHADOR(A) E SEU PROCESSO DE ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL EM TEMPOS DE PANDEMIA COVID-19 NO AMAZONAS.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia -PPGSCA da Universidade Federal do Amazonas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do Título de Doutora em Sociedade e Cultura na Amazônia.

Orientadora: Professora Doutora Yoshiko Sasaki (PPGSCA/UFAM).

Banca Examinadora

Prof.^aDr.^aYoshiko Sasaki
(UFAM)Presidente

Prof.^a Dr.^a Rita Maria dos Santos Puga Barbosa
(UFAM) membro

Prof.^aDr.^a Cristiane Bonfim Fernandes
(UFAM) Membro

Prof.^a Dr.^a Rosa Ester Rossini
(USP) Membro

Prof.^a Dr.^a Cristiane da Silveira
(UEA) Membro

DEDICATÓRIA

A Deus que me deu saúde, força e sabedoria para que eu superasse todas as dificuldades longo desses dois anos de estudo, dificuldades estas que mais contribuíram para que eu crescesse enquanto ser humano, mãe e profissional, que para tornar meu fardo mais denso e pesado;

*As mais de 640.000 vítimas da Covid-19, entre elas, Prof.Mcs. **ANTÔNIO VENÂNCIO CASTELO BRANCO** (Reitor do IFAM) e Prof^a Dr^a. **DEBORA CRISTINA BANDEIRA RODRIGUES**, professora efetiva do departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Amazonas-(DSS-UFAM) representando, ainda, todos os docentes e TAEs da educação federal vitimados ao longo desses dois anos de pandemia;*

A um dos maiores poetas que o Amazonas já teve ao longo de sua história, THIAGO DE MELO, que nos deixou nesse 14/01/2022, o que deixou consternada não somente o povo amazonida, mas o país e o mundo, considerando a relevância e acessibilidade às suas obras, bem como sua história de vida em quase um século de existência;

A todas as mulheres vítima de feminicídio que foram caladas em consequência de uma cultura histórica e patriarcal, bem como aquelas que sobreviveram e, aguerridas, tornaram símbolos e protagonistas, não somente de suas histórias, mas na mudança na condição de vida de outras mulheres libérrimas e ou, ainda, prisioneiras do machismo cultural que continua a assolar o mundo com suas práticas, apesar de todo o arcabouço jurídico vigente neste mesmo espaço geográfico;

Ao meu esposo, filhos e neto, genro e nora: Edson, Daniela, Edson Jr., Thais, meu rei, Heitor e meu príncipe, Lucca; minha rainha, Bianca, e minhas princesinhas, Ises e Isabela, minha querida nora Graciane e meu querido genro, William, pelo Apoio e compreensão dos muitos momentos em que não pude dedicar-me a vocês, com vocês mereciam;

A minha linda e maravilhosa mãe, Francisca, meus irmãos Marcio e Marlúcia e Rosemary, meus eternos companheiros, defensores e apoiadores, e sempre presentes em meus momentos, seja ele qual for; Ulisses e Gilberto, que também amo muito e seu que sempre acreditaram em meu potencial;

As, minhas lindas sobrinhas e sobrinhos Idri, Paula e Alvaro e sobrinhos netos, Caio, Aila e José; meu lindo primo e esquentado primo, Edilson, com sua linda família, Rita, Chaline e Derick, que sempre torceram por mim, ajudando-me e compreendendo meus momentos de ausência na família;

Ao meu cunhado Milton Lima e sobrinhoas Micheli e Maika que dedicaram boa parte de seus tempos a revisão e suporte necessários a defesa da tese, abdicando de momentos familiares com seus filhos, sobrinhos e netos em meu favor;

A todas minhas amigas de trabalho: Luciana, Renata, Joyce e Jeane, que souberam ser sábias em meus momentos de angustia, tomando a frente inúmeras atividades de forma que eu conseguisse concentrar-me;

Obrigada de coração, e amo muito todos vocês.

AGRADECIMENTOS

Esta tese não foi construída sozinha. É expressão de encontros e diálogos realizados entre diversas pessoas que estiveram no meu caminho nesse período e que contribuíram de diferentes formas para a viabilização deste trabalho.

A Deus e a Virgem Maria. Meus eternos anjos da guarda, que sempre estiveram ao meu lado, principalmente nos momentos mais difíceis de minha vida, guardando-me de todos os males, das forças malignas e dos perigos os quais me rodeavam;

A minha linda e super, mestra e orientadora Profa.Dra. Yoshiko Sasaki pelo incentivo, preocupação, carinho, compreensão e paciência; e até mesmo, pelos “puxões de orelha”, quando necessitei, considerados de extrema relevância para que eu voltasse ao foco, aos meus objetivos, e que eu, curiosamente, conseguia produzir com muita mais qualidade, superando aqueles momentos de desânimos, indecisões e ansiedades;

As professoras convidadas e que se dispuseram a participar da minha banca de defesa da tese: Profa. Dra. Rita Maria dos Santos Puga Barbosa pelas muitas contribuições no momento de minha qualificação e agora, na minha defesa da tese, contribuições estas que foram decisivas no reordenamento e delimitação deste estudo, debruçando-se sobre um texto longo e denso, assemelhado-se a história de vida e de luta de todos nós, trabalhadores e trabalhadoras. Meus sinceros e muito obrigada a você;

As professoras convidadas e que se dispuseram a participar da minha banca de defesa: Profa. Dra. Rosa Ester Rossini, Cristiane Silveira e Cristiane Bonfim Fernandes que do mesmo modo, não se furtaram ao desafio de debruçar-se sobre um estudo longo e denso que não abriu mão de dialogar com os diferentes clássicos e disciplinas de vários campos de conhecimento, num movimento de ir e vir, tecido, ainda, com as contribuições de estudiosos contemporâneos delimitados a partir do elixir trazidos pelos clássicos. Meus eternos agradecimentos;

À Universidade Federal do Amazonas, e em especial ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia, por ter acreditado em minha decisão, competência e compromisso para com o curso, assim como pela oportunidade que me proporcionaram em concluir o doutorado.

A todo corpo docente do PPGSCA-UFAM: Marilene Corrêa da Silva Freitas, Elenise Faria Scherer, Gláucio Campos Gomes de Matos, Iraíldes Caldas Torres, Nelson Noronha, Michel Justamand e Dr. Alexandre de Oliveira, que muito contribuíram em minha formação durante o curso de doutorado;

Meu muito obrigado novamente a Profa. Dra. Yoshiko Sasaki, que, num momento muito difícil de minha vida, soube avaliar-me por minhas produções e esforço durante o desenvolvimento desta tese, mostrando-me que mesmo tendo perdido a visão direita, e com vários episódios de trombose na vista esquerda em decorrência de complicação da Covid-19, deixando-me apenas com cerca de 40% da visão central esquerda, eu continuava a ser competente e, portanto, acreditando em mim mesma. Meu muito obrigado;

Agradeço ao reitor, Jaime Cavalcante, e demais colegas servidores e servidoras do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Amazonas (IFAM) e aos colegas servidores e servidoras da Secretária Estadual de Saúde (SES) e Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e, a Ana Cristina Teixeira, chefe do Programa SOS Vida (SEMSA) que, com boa vontade, contribuíram com o estudo desenvolvido nesta tese.

Meu muito obrigado a todos e todas!!!

O Estatuto do Homem

Artigo Primeiro: *Fica decretado que agora vale a verdade. Agora vale a vida, e de mãos dadas, marcharemos todos pela vida verdadeira.*

Artigo Segundo: *Fica decretado que todos os dias da semana inclusive as terças-feiras mais cinzentas, têm direito a converter-se em manhãs de domingo.*

Artigo Terceiro: *Fica decretado que, a partir deste instante, haverá girassóis em todas as janelas, que os girassóis terão direito a abrir-se dentro da sombra; e que as janelas devem permanecer, o dia inteiro, abertas para o verde onde cresce a esperança.*

Artigo Quarto: *Fica decretado que o homem não precisará nunca mais duvidar do homem. Que o homem confiará no homem como a palmeira confia no vento, como o vento confia no ar, como o ar confia no campo azul do céu.*

Parágrafo único: *O homem, confiará no homem como um menino confia em outro menino.*

Artigo Quinto: *Fica decretado que os homens estão livres do jugo da mentira. Nunca mais será preciso usar a couraça do silêncio nem a armadura de palavras. O homem se sentará à mesa com seu olhar limpo porque a verdade passará a ser servida antes da sobremesa.*

Artigo Sexto : *Fica decretado que a maior dor sempre foi e será sempre não poder dar-se amor a quem se ama e saber que é a água que dá à planta o milagre da flor.*

Artigo Sétimo: *Fica permitido que o pão de cada dia tenha no homem o sinal de seu suor. Mas que sobretudo tenha sempre o quente sabor da ternura.*

Artigo Oitavo: *Fica permitido a qualquer pessoa, qualquer hora da vida, uso do traje branco.*

Artigo Nono: *Fica decretado, por definição, que o homem é um animal que ama e que por isso é belo, muito mais belo que a estrela da manhã.*

Artigo Décimo: *Decreta-se que nada será obrigado nem proibido, tudo será permitido, inclusive brincar com os rinocerontes e caminhar pelas tardes com uma imensa begônia na lapela.*

Parágrafo único: *Só uma coisa fica proibida: amar sem amor.*

Artigo Décimo Primeiro: *Fica decretado que o dinheiro não poderá nunca mais comprar o sol das manhãs vindouras. Expulso do grande baú do medo, o dinheiro se transformará em uma espada fraternal para defender o direito de cantar e a festa do dia que chegou.*

Artigo Final: *Fica proibido o uso da palavra liberdade, a qual será suprimida dos dicionários e do pântano enganoso e das bocas. A partir deste instante a liberdade será algo vivo e transparente como um fogo ou um rio, e a sua morada será sempre o coração do homem.*

(Thiago de Melo, 2011)

RESUMO

Pouco são ainda os estudos que trazem uma visão prospectiva que levam em conta profundas transformações sociais acerca do envelhecimento na sociedade para além da ampliação numérica, particularmente, quanto as mudanças biológicas apoiadas na genética, o que levaria a mudanças de indicadores demográficos e expectativa de vida, e extensão do limite do tempo de vida, ou o relógio biológico. O que pressupõe o desenvolvimento de estratégias que levem a vida para o limiar mais próximo possível do limite máximo da espécie humana (MINAYO,2012). O desafio é, além dos avanços da genética e biotecnologia, implementar políticas públicas de trabalho e saúde que permitam ao ser humano alcançar isso, de forma independente, livre de doenças. O estudo tem por objetivo refletir sobre os determinantes da problemática social do envelhecimento de trabalhador (a), sua condição de vida, trabalho e de saúde e suas implicações para a vivência de uma velhice ativa e saudável em tempos de pandemia Covid-19 em Manaus, Am. Tem abordagem crítica de natureza quantiquantitativa e uso de formulário e entrevista na coleta dos dados, considerando tratar-se análise crítica e das conexões do problema com a totalidade; com uma realidade que interage dinamicamente, excluindo dicotomias. A amostra significativa foi no total 48, sendo 16 pessoas trabalhadoras na faixa de 30 a 70 anos por ente federativo, considerados pessoas envelhecidas e em velhice de ambos os sexos do Instituto Federal de Educação do Amazonas (IFAM) e Unidades de Saúde da Secretaria Estadual e Municipal de Saúde de Manaus, Amazonas respectivamente para aplicação de formulários. Posteriormente, dentre estes, foram selecionados 08 pessoas trabalhadora do IFAM representando a educação federal e 08 da SES/AM e SEMSA/Manaus, representando a saúde do Amazonas destas para responderem a entrevista contando suas histórias de vida e trabalho e o cuidado em si para um envelhecimento ativo e saudável antes e na pandemia de Covid-19. O resultado do estudo revelou que distância entre o direito assegurado legalmente e as reais condições de trabalho e saúde de trabalhadores e trabalhadoras junto a educação federal (IFAM) e saúde estadual e municipal (SES e SEMSA), considerando relatos de condições precárias de trabalho, adoecimento, prolongamento de jornada de trabalho e do tempo de vida no trabalho pelos servidores, tendo se aprofundado nesses mais de dois anos de pandemia. No Amazonas, a atuação dos CERESTs mostrou-se precárias centradas na fiscalização da rede privada de saúde, excluindo os equipamentos públicos; postura semelhante permaneceu nestes dois anos de pandemia Covid-19 no Amazonas. A prevenção para um envelhecimento ativo e cidadã foi mencionado por uma minoria dos entrevistados, os quais relatam fazerem visitas e exames periódicos, praticam algum tipo de atividade física, alimentação saudável, lazer em família e religiosidade. E ainda, mesmo diante de condições tão adversas de trabalho anterior a pandemia Covid-19 e, durante a pandemia, do colapso do sistema de saúde brasileiro em todos os entes federativos, a categoria destes trabalhadores(as) do IFAM, SES e SEMSA tem conseguido gestar processos empíricos, que, apesar de não se constituir em práxis, tem contribuído na valorização de suas vidas, ressignificam-se, reinventam-se, cotidianamente, revendo hábitos e cuidados imprescindíveis ao envelhecimento e velhice cidadã a partir do tripé trabalho, saúde e condição de vida.

Palavras-chave: Envelhescência; Trabalho; Saúde do Trabalhador; Pandemia; Condição de vida.

ABSTRACT

There are still few studies that bring a prospective view that take into account profound social transformations about aging in society beyond the numerical expansion, particularly regarding biological changes supported by genetics, which would lead to changes in demographic indicators and life expectancy, and extension of the lifespan limit, or the biological clock. This presupposes the development of strategies that bring life to the threshold as close as possible to the maximum limit of the human species (MINAYO, 2012). The challenge is, in addition to advances in genetics and biotechnology, to implement public policies for work and health that allow human beings to achieve this, independently, free from diseases. The study aims to reflect on the determinants of the social problem of aging in worker, their living, working and health conditions and their implications for the experience of an active and healthy old age in times of the Covid-19 pandemic in Manaus/AM. of the data, considering that it is a critical analysis and the connections of the problem with the totality; with a reality that interacts dynamically, excluding dichotomies. The significant sample consisted of 16 working people aged between 30 and 70 years per federative entity, considered aging and old-age people of both sexes from the Federal Institute of Education of Amazonas (IFAM) and Health Units of the State and Municipal Health Department. from Manaus, Amazonas, totaling 48 samples for application of forms. Subsequently, among these, 08 workers from IFAM were selected, representing federal education and 08 from SES/AM and SEMSA/Manaus, representing the health of the Amazon of these people to respond to the interview, telling their life and work stories and the care itself for a active and healthy aging before and in the Covid-19 pandemic. The result of the study revealed that the distance between the legally guaranteed right and the real working and health conditions of workers with federal education (IFAM) and state and municipal health (SES and SEMSA), considering reports of precarious working conditions, illness, extension of working hours and life time at work by servers, having deepened in these more than two years of pandemic. In Amazonas, the performance of CERESTs proved to be precarious, focused on the inspection of the private health network, excluding public facilities; A similar stance has remained in these two years of the Covid-19 pandemic in Amazonas. Prevention for active and citizen aging was mentioned by a minority of respondents, who report making periodic visits and examinations, practicing some type of physical activity, healthy eating, family leisure and religiosity. work prior to the Covid-19 pandemic and, even during the pandemic, the collapse of the Brazilian health system in all federative entities, the category of these workers from IFAM, SES and SEMSA has managed to generate empirical processes, which, despite it does not constitute praxis, it has contributed to the valorization of their lives, they resignify themselves, reinvent themselves, daily, reviewing habits and essential care for aging and old age as a citizen from the tripod work, health and living conditions.

Keywords: Aging; Job; Worker's health; Pandemic; Living conditions.

Lista de Siglas e abreviaturas

VISA-Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS- Atenção Primária à Saúde
CDC, o *Centers for Medicare & Medicaid Services*
CDH-Conectas Direitos Humanos
CEPEDISA-Centro de Pesquisas e Estudos de Direito Sanitário
CERESTs- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CF- Constituição Federal do Brasil
CFESS-Conselho Federal de Serviço Social
CFM-Conselho Federal de Medicina
CIST-Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas
CNAS-Conselho Nacional de Assistência Social
COFEN- Conselho Federal de Enfermagem
DIEESE-Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DIESAT-Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
EC-Emenda Constitucional
EPI-Equipamento de Proteção Individual
FMI-Fundo Monetário Internacional
FMI-Fundo Monetário Internacional
FNT- Fórum Nacional do Trabalho
FSP-Faculdade de Saúde Pública
FVS-Fundação de Vigilância Sanitária
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFAM- Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Amazonas
IPCA- Índice de Preços ao Consumidor Amplo
MANAUSMED-Plano de Saúde dos Servidores Municipais de Manaus
MPAS-Ministério da Previdência e Assistência Social
MSF-Médicos Sem Fronteiras
MS-Ministério da Saúde
NOB-Norma Operacional Básica
OMG- Organização Não Governamental

OMS- Organização Mundial de Saúde
OPAS-Organização Panamericana de Saúde
PEC- Projeto de Emenda Constitucional
PNAD-Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio
PNAS-Política Nacional de Assistência Social e
PNSST- Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PNST- Política Nacional de Saúde do Trabalhador
PNSTT-- Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras
PST-Programas de Saúde do Trabalhador
RENAST-Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RGPS-Regime Geral da Previdência Social
RPPS- Próprio da Previdência Social
RPPS-Regime Próprio da Previdência Social
SEMSA- Secretaria Municipal de Saúde
SES- Secretaria de Estado de Saúde
SUAS- Sistema Único de Assistência Social
SUS-Sistema Único de Saúde
TCU-Tribunal de Contas da União
UFAM- Universidade Federal do Amazonas
USP- Universidade de São Paulo
VISAT-Vigilância em Saúde do Trabalhador
VST- Vigilância em Saúde PNH-Política Nacional de Humanização

Lista de Quadros e Gráficos

Quadro 1- população envelhecida no município de Manaus em 2018	194
Quadro 2 - população envelhecida no município de Manaus em 2019.....	195
Gráfico 1 - Servidores por sexo - (TAE e PEBTT).....	195
Gráfico 2 - Distribuição dos servidores por faixa etária – TAE.....	196
Gráfico 3 - Distribuição dos servidores por faixa etária – DOCENTE.....	196
Quadro 3 – Detalhamento das despesas com pessoal no IFAM em 2020	205
Quadro 4 – Distribuição de pessoal no IFAM entre 2016 a 2020.....	205
Quadro 5–Reajustes de planos de saúde coletivos 2016 a 2021.....	206
Quadro 6- Vacinômetro Nacional	242
Quadro 7 - Vacinômetro Nacional por estado entre 2021 e jan de 2022.....	243

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
Capítulo 1. QUESTÃO SOCIAL, ESTADO E CIDADANIA NO CAPITALISMO OCIDENTAL	27
1.1. As expressões da questão social no capitalismo.....	28
1.2. O estado como mediador capital e trabalho e seu deslocamento de confronto de classe... 35	
1.3. Formas de estado e o <i>Welfare State</i> e sua crise.....,.....	42
1.3.1 O estado brasileiro e estado social a partir da Constituição de 1988.....	47
1.3.2. A seguridade social e os direitos sociais dos trabalhadores.....	55
Capitulo 2. SUS E A SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL.....	69
2.1. Legislação e medidas protetivas à saúde do trabalhador.....	69
2.1.1. O CEREST Amazonas e Manaus.....	105
2.2. A Saúde do trabalhador no contexto da Pandemia do Covid 19, o global e o local.....	109
2.3 O Governo frente ao enfrentamento da pandemia do Covid 19	124
Capitulo 3. TRABALHO, CONDIÇÃO DE VIDA E SAÚDE NA SOCIEDADE DO CAPITA.....	137
3.1 Ontologia do ser e os sentidos do trabalho dos trabalhadores da saúde e educação.....	137
3.1.1- Os sentidos do trabalho para os trabalhadores da SES, SEMSA e IFAM.....	141
3.2. Condições de trabalho do trabalho dos trabalhadores da saúde e educação.....	146
3.2.1- Perfil Socioeconômicos dos trabalhadores da IFAM, SES e SEMSA	153
3.3. O trabalhador e segurança no trabalho no Amazonas.....	160
3.3.1- A saúde do trabalhador no IFAM, SEMSA E SES.....	163
3.3.2- A saúde do trabalhador no IFAM, SEMSA e SES na Pandemia do Covid-19.....	168
Capitulo 4. O TRABALHADOR ENVELHESCENTE E PREVENÇÃO À VELHICE SAUDÁVEL.....	193
4.1. Situando a envelhescência dos (as) trabalhadores (as) na educação federal e saúde no Amazonas.....	193
4.2. Condição de saúde, prevenção, promoção e cuidados para os (as) trabalhadores (as) envelhescentes no Amazonas.	197
4.2.1- Os(as) servidores (as) do IFAM,SEMSA e SES e sua prevenção para a velhice.....	201
4.3. Práxis social dos (as) trabalhadores e trabalhadoras ativos quanto sua prevenção, promoção, cuidados e suas condições de vida para vivenciar, no futuro, uma velhice cidadã no Amazonas.....	213
4.3.1- A Práxis social dos servidores do IFAM, SEMSA e SES.....	216
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	260
REFERÊNCIAS	268
APÊNDICE.....	307

INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo e pesquisa é saúde do trabalhador e trabalhadora em Manaus, Amazonas. Tem como objetivo geral refletir sobre o envelhecimento de trabalhador (a), sua condição de vida, trabalho e de saúde e suas implicações para a vivência de uma velhice ativa e saudável em tempos de pandemia Covid-19 em Manaus/AM. Mais especificamente, levantar o mapa da pandemia covid-19, identificando regiões de maior índice de morbidade junto ao segmento de trabalhadores da saúde e educação, as ações do Cerest Amazonas na prevenção e proteção destes sujeitos sociais em 2020/2021; analisar história de vida de trabalhadores (as) envelhescentes e envelhecidas suas vivências e ações de cuidado em si anterior e no contexto pandêmico e seus desdobramentos em prol de melhoria de trabalho, saúde condições de vida desses trabalhadores.

O estudo ora apresentado, apesar longo e denso, buscou evidenciar a situação contemporânea da saúde dos (as) trabalhadores (as) no Brasil. E mais especificamente, na educação federal e saúde no Amazonas. Para isso, as discussões foram tecidas a partir dos estudos de autores clássicos, articulando-os com autores contemporâneos, ambos, ancorados em diferentes áreas do saber e disciplinas.

A partir de cada clássico e contemporâneo, apoiado em diferentes fontes documentais e pesquisa empírica foi possível traçar mapas, trilhas, descobrir vestígios das reais condições de trabalho, saúde e vida dos (as) trabalhadores (as) amazônidas da educação federal e saúde estadual e municipal no Amazonas. Nesse processo, as idéias e análises defendidas por Max na obra “O Capital” grande parte das discussões, considerando constituírem-se, hoje, as condições de trabalho, envelhecimento e saúde do(a) trabalhador(a) em parte das manifestações da questão social tecidas na trilha e leito do sistema capitalista de produção.

Nesse sentido, muitas vezes, à exemplo de Bosi(2005), na obra, “Memória e sociedade, lembrança de velhos”, nas inflexões realizadas pela pesquisadora, considerando ser, também, trabalhadora na educação federal e saúde municipal, haverá momentos em que serão descritos ações e práticas vivenciadas em suas instituições fortalecendo os relatos de trabalhadores e trabalhadoras que contribuíram com a pesquisa, respondendo aos formulários e entrevistas.

São inúmeros os estudiosos que defendem a necessidade de um olhar diferenciado para a questão do envelhecimento e velhice e, para isso, traçam diferentes análises sobre a questão, enquanto expressão da questão social e política, de abrangência mundial e particularmente no Brasil (BEAUVOIR, 1990; DEBERT, 2004; KALACHE, 1998; NERI, 2008; PAIVA, 2012; VERAS& CALDAS, 2004; TEIXEIRA, 2009, etc).

Associado a problemática social do envelhecimento, temos as condições de trabalho e de saúde desses trabalhadores e trabalhadoras, com destaque, para o contexto pandêmico do covid-19 que vem vitimando milhões destes sujeitos sociais desde o final de 2019, iniciado em Wuhan, na China, ainda hoje, sem um forte gerenciado do Estado enquanto grave problema de saúde pública, deixando a deriva, milhares de trabalhadores.

Apesar dos primeiros casos surgirem no final de 2019 na China, somente em março de 2020 a Organização Mundial da Saúde declarou situação de pandemia do novo coronavírus e recomendou o isolamento social para evitar a explosão do número de casos e de mortes.

Antunes (2020) fora o aprofundamento da crise econômica, a pandemia trouxe para o centro do debate a importância do trabalho na vida das pessoas e trabalhadores e trabalhadoras que dependem do trabalho para sobreviverem, mesmo diante de condições tão desfavoráveis.

Ao discutir o poder destrutível do Capital, Mészáros (2010) denomina de sistema sociometabólico do capital, gênese do inevitável intercâmbio metabólico entre, por um lado, humanidade e natureza e, por outro, indivíduos particulares entre si. Tal processo, deixa emergir o caráter social da produção exposto por Marx no século XIX.

A exigência do capital por maior produtividade nos processos de trabalhos intensifica a exploração da força de trabalho, e antecipando o declínio biológico, as debilidades físicas e mentais na velhice. Transforma o tempo de vida do trabalhador em tempo de trabalho para valorizar o capital em detrimento das qualidades e necessidades humanas do trabalhador, com destaque, para aqueles que envelhecem na periferia do sistema, onde o tempo de trabalho se estende ao tempo de envelhecer, na construção de sociedade de consensos, de consumo de bens, mercadorias e serviços (MOTA, 2009; TEIXEIRA, 2008, PAIVA 2012).

No campo do trabalho, Antunes (2020), pontua que enfrentar a pandemia covid-19 num país onde a parte dos trabalhadores vivia ainda num ambiente de formalidade, resguardado por direitos e contratos, as medidas tomadas serão mais eficientes em função da forte intervenção estatal dentro de estruturas mais consolidadas.

Mas, quando o contexto social e econômico é o inverso, ou seja, onde metade dos trabalhadores se divide entre a informalidade e o desemprego, os efeitos dessas mesmas medidas serão mais devastadores e, conseqüentemente, as medidas contra a pandemia serão mais difíceis.

Afirma que o Brasil vem enfrentando a pandemia da coronavírus num cenário onde 50 milhões de pessoas não estão protegidas por um contrato de trabalho.

E ainda, com outra parcela, tudo indica, de igual tamanho, de trabalhadores formais em condições absolutamente precárias, considerando o retrocesso da garantia de direitos que as últimas reformas estatais tem imposto a classe trabalhadora, que vem deixando o emprego formal cada vez

mais parecido com a informalidade, “flexibilizando” direitos e, assim, deixando-os mais vulneráveis às crises.

Portanto, para entender os determinantes que engendram a problemática social do envelhecimento do trabalhador e trabalhadora, sua condição de trabalho e de saúde, ou seja, sua condição de vida, e suas implicações para a prevenção/vivência de uma velhice ativa e saudável em tempos de pandemia covid-19 no Amazonas, o que pressupõe entendermos como o Estado já vem gestando, o processo de precarização das condições de trabalho, nos últimos anos.

E imerso nessa conjuntura, grande parte da angústia da maioria da classe trabalhadora envelhescente e envelhecida diante do risco de demissão, do corte de salários, da impossibilidade de buscar emprego, da paralisação das atividades informais e do sorriso cretino dos piores patrões que aproveitam o momento para demitir trabalhadores (ANTUNES, 2020) comprometendo sua condição de vida presente e futura.

Teixeira (2008) aponta que envelhecer na ordem e no tempo do capital é ter seu tempo de vida subordinado ao tempo de trabalho, mesmo depois de aposentado; para os trabalhadores velhos de baixa renda, no capitalismo periférico brasileiro, é ter seu tempo livre submetido às exigências de reprodução social do capital.

Neste viés, o envelhecimento do trabalhador e trabalhadora é a expressão da questão social, e não problemática decorrente de uma condição inexorável e que atinge a todo o grupo etário, indistinta e independentemente.

Daí a necessidade de atribuímos centralidade à problemática social do envelhecimento destes seguimentos da sociedade, onde sua intensidade, condição de vida e saúde depende da forma como a força de trabalho é ou foi expropriada e explorada das condições de produção e da reprodução social, inclusive, do seu tempo de vida.

Trata-se, segundo Paiva (2012), da velhice produzida no âmbito da sociedade moderna; reproduzida nos limites das condições concretas no espaço e no compasso do tempo do capital. No processo da reprodução social da velhice na sociedade capitalista, velhas e velhos trabalhadores passariam quase invisíveis para o Estado, caso não fosse o atual impacto do envelhecimento senil na agenda das políticas públicas, considerando que estes, ao mesmo tempo, são sobreviventes e provedores de suas famílias à custa dos Direitos Trabalhistas por eles mesmos conquistados, mas que, na contemporaneidade, temos vivenciado seu desmonte.

No mundo, o envelhecimento é enfrentando desde os meados do século XX e no Brasil, desde os anos 1970. É perspectiva do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012) que até o ano de 2025, o Brasil ocupará o 6º lugar no mundo em quantidade de idosos, e estima-se que até 2055, o número de pessoas com mais de 60 anos superará o de

brasileiros com idade inferior a 30 anos. Em 2018, o índice de envelhecimento era de 43,19%, podendo atingir 173,47%, em 2060 (ANDRADE; PERISSÉ, 2019).

As condições para que a população idosa atual e ou os sujeitos em processo de envelhecimento, futuro velhos (as) tenham qualidade de vida, segundo Perissé (2019), é preciso que o Estado garanta direitos essenciais: saúde, trabalho, assistência social, educação, cultura, esporte, habitação e meios de transportes.

No Brasil, esses direitos são regulamentados pela Política Nacional do Idoso, bem como o Estatuto do Idoso, sancionados em 1994 e em 2003, respectivamente. Mas, no campo da saúde do trabalhador, o Estado tem contribuído para que os trabalhadores e trabalhadoras envelhecidas possam vivenciar uma velhice ativa e saudável?

Ao analisar as condições de vida que os sujeitos trabalhadores vivenciam suas respectivas velhices, o relatório de qualidade de vida de idosos do *Global Age Watch*, datado de 2017, e publicado em 2019 em que considera expectativa de vida, bem-estar psicológico, renda, transporte e segurança, classificou o Brasil em 56º lugar entre 96 países.

Já em matéria de segurança de renda, ocupa o 13º lugar, identificando a aposentadoria como o principal fator. Cerca de 87% da população acima dos 60 anos afirmou possuir renda fixa, somada a auxílio como BPC e bolsa Família, enquanto 10% encontram-se na pobreza extrema entre idosos.

Entre o grupo de pessoas idosas, não temos somente o grupo de pessoas senis, mas toda velhice, uma vez que as pessoas estão vivendo mais tempo cronológico beneficiados com o avanço das ciências biológicas/farmacológicas e nanotecnológicas, bem como redução de fecundidade e mortalidade somada a ampliação de políticas públicas.

Ao mesmo tempo em que a população trabalhadora envelhecida e envelhecida requer do Estado e sociedade a saúde em seu conceito mais amplo instituído na Constituição Federal do Brasil de 1988, na contramão deste processo, constata-se em muitos casos o abandono, desses trabalhadores em sua velhice, e na maioria dos casos, adoecidos e acometidos de doenças crônicas, a exemplo das pessoas renais crônicas (IRC), adoecimento psicossocial (DEJOURS, 1994; KAWASAKI; DIOGO, 2001; KUSUMOTA et al, 2004; BORN; BOECHAT, 2006; MOREIRA; CALDAS, 2007; MONTEZUMA et al, 2008; NERI, 2008; ROLIM; FORTI, 2009; MORAES, 2012; LIMA, 2015).

Mas no Amazonas, na vivência da Pandemia Covid-19, da falta de cobertura da saúde e do Estado quanto a capacidade resolutiva para garantir condições de trabalho e saúde dignas aos trabalhadores, quais determinantes e condicionantes que tem orientado cotidianamente a tomada de decisão de trabalhadores(as) envelhecidas para vivenciar uma velhice ativa e

saudável, considerando o contexto pandêmico que já vitimou mais de 450.000 e 13.100 trabalhadores(as) no Brasil e no Amazonas desde março de 2020 no Amazonas?

A relevância social deste estudo pressupõe a realização de um trabalho de rigor científico, tendo os sujeitos da pesquisa como centralidade para relatar suas vivências de trabalhadores envelhecidos e em velhice, sob a perspectiva de Beauvoir, (1990), Teixeira (2008) e Bosi (2005) entre outros.

Envelhecer não é sinônimo de doença, inatividade e contração geral no desenvolvimento, - apesar de certo discurso imbuído de senso comum onde crenças e atitudes negativas em relação ao conceito de velhice ainda tem forte teor de preconceito, variando de cultura para cultura, principalmente entre as sociedades ocidentais, ou mesmo em sociedades orientais contemporâneas.

A cada momento e contexto histórico, são construídos novos valores e conceitos veiculados impregnados de subjetividade, atitudes, estereótipos, e interesse social, econômico e político globalizados sobre os conceitos de envelhecimento e velhice (Neri, 2006; Bosi, 2005; Beauvoir, 1990).

A velhice é permeada por sabedoria, em muitos casos, por experiência de vida que muito contribui para formação humana dos mais novos. Envelhecer é um evento progressivo e multifatorial, e a velhice uma experiência potencialmente bem-sucedida, heterogênea e vivenciada em condições variada de vida (NERI, 2006; DEBERT, 1999). Pois, chegar à velhice é uma conquista da humanidade, bem-sucedida ou não.

E enquanto pesquisadora nesse *metiê*, ao estudar essa temática, temos oportunidade de planejar um modo de vida e hábitos da boa produção onde o conhecimento torna-se um modo de vida. À medida que trabalhamos para aperfeiçoar nosso ofício, a fim de concretizarmos nossas próprias potencialidades, construímos as qualidades do bom trabalho.

E como profissional assistente social por mais de uma década como junto a trabalhadores adoecidos, envelhecidos ou não, levou-nos a investigar durante o curso de mestrado disciplinar em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, o cotidiano dos idosos (as) acometidos por insuficiência renal crônica em estágio terminal da doença assistidos com transporte pelo Programa SOS Vida da Prefeitura de Manaus.

Esse estudo mostrou que, mesmo o Estado assegurando o procedimento de hemodiálise e o transporte, para esses usuários, não há perspectiva de cura da doença, restando a cada sujeito ou até mesmo ao Estado, apenas manter a vida enquanto aguarda o momento final do óbito.

Constatou-se que, a maioria dessas pessoas adoecidas, foram diagnosticadas já na fase terminal da doença, porque não faz parte de sua cotidianidade, o hábito de acionar os aparelhos do Estado voltado para a prevenção e promoção da saúde. Ou seja, não se prepararam para uma velhice ativa e saudável quando mais jovem, entre outros fatores.

Durante a conjuntura da Pandemia Covid-19 vivenciada no Amazonas desde a segunda quinzena de março de 2020 até a presente data, tem aprofundado nossa preocupação quanto a problemática social do envelhecimento, a condição de vida, trabalho e saúde de trabalhadores(as) e seu processo para uma velhice ativa e saudável, considerando que somente no SAMU/SOSVIDA o Covid-19 levou a óbito mais de 10 trabalhadores em 2020 e mais de 20 servidores no IFAM (instituto Federal de Educação Federal do Amazonas em janeiro de 2021).

No campo profissional enquanto Assistente Social no IFAM e SEMSA de Manaus, a problemática em questão tem imposto inúmeros desafios à prática profissional também de diferentes categorias de trabalhadores e trabalhadoras, à exemplo da educação e saúde, onde somente na Universidade Federal do Amazonas (UFAM); Instituto Federal de Educação Federal no Amazonas (IFAM) e SES e SEMSA no recorte temporal de março de 2020 a maio de 2021 contabiliza-se mais de 200 óbitos de trabalhadores.

Paes-Sousa et al (2020) indicam que a pandemia da COVID-19 tem levado quase todo o planeta a uma crise sanitária e humanitária, testando a espécie humana em várias dimensões. Ela representa tensões dilacerantes da organização social vivenciada na pós-modernidade: globalização, enfraquece um projeto político global, um processo de adoecimento em escala mundial expondo um mundo de crises cíclicas e carente de mudanças.

O trabalho e sua condição de vida, o envelhecimento humano e saúde do trabalhador em tempos de pandemia covid-19 foi discutido a partir da perspectiva da totalidade social, considerando que a mesma contempla, na análise teórico-metodológica, o movimento histórico das relações sociais de produção e reprodução capitalista; a centralidade do trabalho enquanto ato fundante do Ser social; a velhice, a saúde, e a condição de vida são produzidas socialmente, enquanto intrínsecas a ordem sociometabólica da reprodução do sistema do capital.

Neste processo, a problemática social do envelhecimento, da condição de adoecimento de trabalhadores homens e mulheres, envelhescentes e em velhice, estar associada aos determinantes e condicionantes sociais em saúde, enquanto facetas e expressões da questão social. Incorpora a totalidade social em detrimento e contraponto do pensamento abissal, base estrutural e subestrutural da sociedade e sistema capitalista de produção.

Nesse viés, as políticas sociais públicas, com destaque, para as de trabalho, saúde e velhice, aqui problematizadas, são enquanto expressões do atendimento às demandas e

necessidades sociais de trabalhadores (as) e, ao mesmo tempo, espaços de lutas e disputadas entre classes, mediação de conflitos; controle social, tutelas entre outros. Expressa determinado padrão de enfrentamento das expressões da questão social, e modelo de proteção social que se enraíza como hegemônico dentro do campo de correlação de forças.

Enquanto política pública de saúde, a de saúde do (a) trabalhador (a) é produto e expressão concreta das contradições das relações sociais de produção, em Max e no campo do conhecimento, não estando restrita ao âmbito técnico e ou político, tem componente ético-político assegurados, inclusive, nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Enquanto expressão concreta das contradições das relações sociais de produção, nos termos de Max, a questão do envelhecimento como questão social, neste estudo parte dos pressupostos analíticos de que o envelhecimento do(a) trabalhador(a) é uma das suas facetas.

Iamamoto (2011), Minayo (2006), Netto (2009), Paiva (2012, 2019), Teixeira (2008, 2017) entre outros, apontam que requer que ampliemos as análises do envelhecimento, saúde do trabalhador e sua condição de vida para uma velhice ativa e saudável, transpondo os territórios etário, do pensamento fragmentado e único, do econômico, da saúde curativa.

Enquanto campo de intervenção e de práticas na esfera da saúde pública, a saúde do trabalhador insere-se nos princípios do SUS, do acesso universal, da integralidade da atenção, em ações de prevenção e de promoção, descentralização e participação social. Compreende um corpo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, políticas, humanas –, multiprofissionais e interinstitucionais no âmbito da saúde coletiva (VASCONCELLOS, 2011).

E agora com a oportunidade de cursar o doutorado multidisciplinar procuramos eleger como prioridade e objeto de estudo refletirmos sobre a problemática social do envelhecimento de trabalhador(a), sua condição de vida, trabalho e de saúde e suas implicações para a vivência de uma velhice ativa e saudável em tempos de pandemia covid-19 no Amazonas, na ordem e no tempo do capital, nas formas de respostas do Estado e da sociedade brasileira, nas políticas públicas, com destaque, as do campo da saúde do trabalhador a partir dos anos de 1990, no contexto de reformas do Estado e, hoje, no contexto de redução das políticas sociais.

Mais especificamente, refletirmos sobre o trabalho, saúde e condições de vida desses(as) trabalhadores(as) e seu processo de envelhecimento para uma velhice ativa e saudável, identificando em suas trajetórias de vida, processos e práticas de cuidado em si, prevenindo-se para vivenciarem com plenitude essa fase da vida, mesmo considerando as limitações da pandemia do Covid-19.

A interfase questão social, velhice ativa e saudável e condições de vida levou-nos a refletirmos sobre os determinantes e condicionantes: que tem guiado o processo de tomada de

decisão desses trabalhadores e trabalhadoras na vivência e ou vivenciarem a cultura do cuidado no cotidiano de suas vidas em relação a sua saúde, prevenindo-se continuamente ao longo de sua vida até e na velhice? E de que forma a vivenciam no contexto pandêmico de há quase dois anos, e impactos no processo de tomada de decisão por estes sujeitos sociais?

Em relação aos (às) trabalhadores (as) na velhice ou não, caracterizar as condições de trabalho e saúde que contribuem para uma velhice ativa e saudável e, ou de adoecimento e fragilidade de sua saúde. Identificar as políticas e ações do Estado (nacional e estadual) efetivou de forma a inferir positivamente sobre o trabalho, a saúde, o processo de envelhecimento desses trabalhadores. E, em quase dois anos de pandemia Covid-19, como a mesma tem impactado esses trabalhadores(as) na tomada de decisão de cuidar-se e manter-se com saúde na velhice.

Defende-se a tese de que mesmo considerando os determinantes e condicionantes imposto pelo sistema de produção capitalista, na reprodução da velhice da classe trabalhadora, que tem seu tempo expropriado por este sistema, mas, incapaz de aliená-la de qualquer possibilidade de exercer controle sobre o seu tempo vital, se visualizado para além do viés epistemológico e adentrarmos na teia de relações nutridas na ontologia do ser social.

Mesmo diante de condições tão adversas, à exemplo da pandemia Covid-19, precariedade do sistema de saúde do Brasil e, em particular, no Amazonas, trabalhadores (as) resignificam-se, reinventam-se, cotidianamente, para além do campo biopsicossocial, revendo hábitos e cuidados imprescindíveis ao envelhecimento e velhice ativa e saudável.

O processo de estudo e pesquisa na elaboração da tese levou em conta que a construção do objeto científico que é instigante, árduo e desafiador, no sentido de que no seu percurso metodológico, envolve impasses, incertezas e descobertas nesse devir de ir e vir, reconstruindo sempre.

Esse caminhar na construção da tese envolveu processos específicos com movimentos distintos e interligados: pré-implementação ou pesquisa exploratória, implementação ou pesquisa de campo; pós implementação ou sistematização, interpretação e análise dos dados e construção da tese em si. Esse procedimento foi exercido de forma crítica, analisando nosso objeto/sujeito em suas múltiplas expressões.

Inicialmente, realizamos a revisão, análise e discussão tendo como técnica o fichamento e resumo, primando por uma visão de totalidade e particularidade dos autores refletindo e aprofundando o conhecimento das categorias fundamentais de deste estudo: trabalho, saúde, envelhescência e velhice. Realizamos a pesquisa documental a fim de colher informações existentes sobre o tema e categorias, coletando dados estatísticos do IBGE, PNAD, relatórios institucionais, IFAM, SES e SEMSA no Amazonas.

Em contexto pandêmico da Covid-19, todo processo de coleta de dados e pesquisa foram utilizados documentos online, em arquivos PDFs, publicados pelas instituições, diário de campo também eletrônico, registrando informações pertinentes à pesquisa. Utilizamos, ainda, técnica de Observação Indireta no campo de pesquisa e trabalho da pesquisadora.

Após aprovação do Exame de qualificação e submissão ao Comitê de Ética de pesquisa-CEP sob o nº 095274/2021 no mês de agosto de 2021, CAAE nº S1020421.8.00000.5020, recebendo o Parecer CEP sob o nº 04.968.862, posteriormente, validamos os instrumentais e aplicamos a pesquisa, colhendo depoimentos via entrevista online pelo google meet e e-mail, previamente agendadas para os informantes. Paralelamente, sistematizamos as informações e dados coletados, sua análise e interpretação à luz do referencial teórico adotado e finalizar a elaboração da tese e preparação de sua defesa.

A pesquisa é de natureza quantiquantitativa, tipo de estudo, estudo de caso, abordagem teórica crítica. O universo da pesquisa foi os trabalhadores ativos do IFAM, SES e SEMSA. A amostra não probabilística foi no total de 48 trabalhadores e trabalhadoras na aplicação de formulários e 16 pessoas para entrevistas no conjunto das três instituições (IFAM,SES/AM e SEMSA/Manaus.

A amostra não probabilística foram aplicados formulários a 16 trabalhador (as) de cada instituição por ente federativo na faixa etária de 30 a 70 anos de idade, selecionados segundo o critério de tempo, nível de ensino e sexo, sendo, ou seja, IFAM-16 trabalhador(as); SES/AM- 16 trabalhador(as);SEMSA/Manaus- 16 trabalhador(as) totalizando 48.

A amostra por Sexo e Faixa Etária nos formulários forão: dois (uma mulher/um homem) na faixa etária entre 30 a 40 anos; dois (uma mulher/um homem) na faixa etária entre 41 a 50 anos; dois (uma mulher/um homem) na faixa etária entre 51 a 60 anos; dois (uma mulher/um homem) na faixa etária entre 61 a 70 anos. Sendo: 08 Ensino Médio 08 Superior – IFAM; 08 Ensino Médio 08 Superior -SES /AM; 08 Ensino Médio 08 Superior – SEMSA/Manaus.

Posteriormente, foram convidados 08 (oito) trabalhadores (as) do IFAM; 08 (oito) da SES e 8 da SEMSA para participarem de entrevistas e com histórico de trabalho nestas instituições para narrativas de suas histórias de vida no trabalho e sua condição de vida, na faixa etária de 30 a 70 anos de idade, segundo o critério de tempo, nível de ensino e sexo, sendo: dois (uma mulher/um homem) na faixa etária entre 30 a 40 anos; dois (uma mulher/um homem) na faixa etária entre 41 a 50 anos; dois (uma mulher/um homem) na faixa etária entre 51 a 60 anos; dois (uma mulher/um homem) na faixa etária entre 61 a 70 anos.

No IFAM as amostras envolveram: ensino médio (técnicos administrativos); no ensino superior: docentes, serviços pedagógico, social, psicológico, nutrição, enfermagem e médico. Na SES/AM e SEMSA-MANAUS, respectivamente, foram: ensino médio (administrativos ,técnico de enfermagem e condutores); e no ensino superior: serviços médicos, enfermagem, social, psicológico, nutrição.

Neste estudo, a história e memória a ser revisitada é desses sujeitos trabalhadores (as) , aqui considerados como sujeitos da pesquisa. O encontro entre a temática e a história de vida desses sujeitos foi filtrada a partir de suas memórias preservando suas experiências passadas e presentes, constituindo-se em afirmação de suas identidades e modos de subjetivação; significa inscrever a história de vida como ferramenta de historicidade e de ressignificações.

Neste cenário, a memória e história de vida no trabalho e na velhice, apesar de parecerem paradigmas opostos, confrontar trabalhadores (as) envelhescentes e envelhecidos, identificando variáveis que os aproximam (trabalho e ou cuidados em si), contribuirá na formulação de políticas públicas voltadas para estes sujeitos e suas demandas: trabalho, cuidado da saúde e condição de vida.

História de vida, com Bosi (1987) é narrar história de vida; é dela se re-apropriar, refazendo os caminhos percorridos, ou seja, é mais do que "revivê-los". A história narrada não deve ser arquivada ou guardada numa gaveta como coisa, mas potencializá-la para transformar a realidade onde ela floresceu. Representa a possibilidade de ampliar e inventar novos modos de ser no mundo, a partir de uma realidade vivida e do encontro com o outro; trata-se de incorporar o vivido, o passado que se faz presente (BOSI, 1994).

A memória, rio onde navegam as histórias de vida narradas, é uma especial sinfonia para todos, apesar de ser precisa, imprecisa e inventiva., nunca enrijecida, sob pena de perder sua essência, os códigos que conformam seu funcionamento. Sua fluidez faz eco aos fluxos e ao imponderável da vida, ofuscando o que é convencional, individual ou socialmente. O significativo um fazer constante, como a coisa foi vivida, vivência pregressa, compõe com os fatos e elementos afetivos atuais (BOSI,1994).

A partir da memória e da história de vida, construímos e traçamos nossas análises envolvendo os sujeitos da pesquisa identificando sua Condição de Trabalho e Saúde para uma velhice ativa e saudável no contexto antes e durante a pandemia Covid-19 em Manaus, Amazonas. Suas narrativas e vivências visam, ainda, evidenciar suas consciências de si mesmo, sua trajetória de vida, sua singularidade, objetivos, experiência formadora, grupos de convívio, valores, comportamentos, atitudes, entre outros.

No capítulo 1 contextualizamos a estrutura e a conjuntura da qual as expressões da questão social emergem, situando o papel do Estado na resposta à demanda dos(as) trabalhadores(as) e a população em geral em suas demandas por políticas públicas e garantias de suas cidadanias ou não frente ao capitalismo vigente.

No capítulo 2 nos voltamos para apresentar e analisar a legislação pertinente ao direito do(a) trabalhador(a), bem como instituições pertinentes no trato da sua saúde. E devido o momento pandêmico da Covid 19 refletimos sobre a resposta do Estado frente ao seu enfrentamento e atenção aos afetados e deixa aberto a pesquisa empírica a ser realizada junto a amostra.

No capítulo 3 procuramos refletimos sobre a ontologia e o sentido do trabalho no capitalismo e mais especificamente nos trabalhadores da saúde e da educação de modo geral e depois dados empíricos. Apresentamos e analisamos, ainda as ações de segurança sanitária e medidas sanitárias durante a pandemia aos trabalhadores da educação e saúde e mais especificamente no lócus da pesquisa.

No capítulo 4 situamos o envelhescência e a velhice e sua influência ou não na saúde desses trabalhadores, suas condições de saúde, envelhescência ou velhice no percurso de pandemia Covid-19; sua práxis social sobre a prevenção, promoção e cuidados em si para vivenciar/ vivenciando uma velhice ativa e saudável.

E como conclusão tecemos algumas considerações sobre a problemática tratada neste estudo, apontando algumas prospecções para formulação de políticas públicas a esse segmento, bem como sugestão para, no futuro, estender o estudo a outras categorias de servidores também com significativo nível de tensão no ambiente laboral, e com possibilidade de impacta em sua saúde, à exemplo, dos policiais.

CAPÍTULO 1. QUESTÃO SOCIAL, ESTADO E CIDADANIA NO CAPITALISMO BRASILEIRO

A presente análise visa refletir sobre a complexidade da relação estabelecida entre questão social, Estado e cidadania na sociedade capitalista contemporânea, tendo como pano de fundo a garantia dos direitos a partir das políticas públicas enquanto instrumento mediador dessa relação, tendo como base o entendimento do conceito de políticas públicas enquanto direito de cidadania.

Procura-se fazer uma leitura da relação entre Estado, Questão Social e Cidadania, e do papel das políticas públicas enquanto mediação em uma sociedade regida por capital versus cidadania, identificando as contradições na construção e consolidação desses direitos, além da defesa e luta por uma nova fora de sociabilidade, centrada na negação da ordem capitalista como eixo estruturante desta sociabilidade.

Para tanto, estaremos subsidiando nossas discussões neste *metiê* em referências chaves como: Ianni (1965); Gramsci (1968); Foucault (1981;1990); Francisco de Oliveira (1972);Mandel (1977); Lenin (1977); Fiori (1997) ; Marx (1980,1985,1987,1998); Robert Castel (1998); Wanderley (2000); Yamamoto e Carvalho (2000); Neto (2001, 2004, 2012); Cattani (2004) Harvey(2008); Yazbek (2008); Faleiros (2014); Santos (2006, 2015); Yamamoto (2007, 2009, 2019); Stein (2009); Montano (2009); Mézaros (2010); Montaño (2012) entre outros.

Mészáros (2011) aponta que o capital se mostrou impermeável à reforma a seu aspecto destrutivo, nunca visto na história e em sua forma de “capital global que atingiu seu ‘zênite’ contraditório de maturação e saturação”. (p 100)

Da mesma forma, considerando a a conjuntura e cenário atual, bem como das últimas duas décadas de protestos protagonizados pelos trabalhadores em diferentes regiões, percebe-se que o cidadão brasileiro chegou ao seu ápice, da opressão, de cidadania negada, de corrupção nos diferentes escalões do governo, de arouxo salarial, desemprego, descontrole da inflação, do custo de vida, além da precária, insuficiente, e muitas vezes ausência de políticas públicas.

Em respostas às mobilizações sociais da população, o Estado alimenta, ainda, velhas práticas, datadas de 1830, repressão e caso de polícia, realidade esta que demonstra que pouca coisa mudou em relação ao quadro econômico, político e social, permanecendo a lógica de sociabilidade de um Estado comprometido com a lógica do capital.

Discutiremos as expressões da questão social, tal como ela se apresenta em um cenário muito adverso à garantia e defesa dos direitos conquistados e incorporados em nossa Constituição Federal de 1988 e a luta pela construção de uma nova sociabilidade, agora, fundada na liberdade, no respeito e na justiça social. Pautada no protagonista dos trabalhadores como sujeitos de suas histórias, enquanto intelectuais orgânicos (GRAMISCI, 1968).

Na mesma trilha e rastro, seguiremos discutindo a relação da questão social, estado, cidadania e as expressões da questão social, do Estado como mediador capital e trabalho e seu deslocamento de confronto de classe, as formas de estado e o *welfare state* e sua crise, o Estado brasileiro, com a constituição de 1988, adentrando na seguridade social, e demais direitos.

1.1. As expressões da questão social no capitalismo

Ao longo da história, diferentes análises têm sido dadas a questão social, tratando-a, na maioria das vezes, como resultado da relação entre capital e trabalho. Essa discussão não é tão antiga, inicia-se por volta da terceira década do século XIX, porém com seus rebatimentos chegando até a contemporaneidade,.

As manifestações da questão social, segundo Heller (1980), potencializam contradições de toda natureza, impulsionam *necessidades sociais radicais*, que nascem do trabalho, motivam umas práxis emancipada das travas da alienação, da sociabilidade reificada. O mundo do trabalho trás um cotidiano repleto de histórias, valores, crenças, determinações, liberdade de escolha e o livre arbítrio; elementos centrais na vida dos homens e das relações sociais e de produção.

Ianni (1992) adverte para análises incompletas que criminalizam a questão social, desconsiderando sua complexidade, seus aspectos econômicos, políticos e culturais. Netto (2001), destaca o interesse de pesquisadores estrangeiros no tema, “questão Social” cujas obras influem a literatura, pesquisadores e docentes brasileiros da área do Serviço Social. No mesmo caminho, Iamamoto (2004) adverte sobre limitar a questão social a desigualdade social entre pobres e ricos, ou a dificuldades do indivíduo. O desafio posto é “decifrar a gênese das desigualdades sociais” (p.59) na conjuntura em que foi gestado o “sistema sociometabólico” do capital” (MÉSZAROS,2011).

Netto (2012), discorre que o conceito de “questão social” apresenta-se carregada de influências históricas, políticas e culturais, embora não tenha relação com os desdobramentos de problemas sociais que a ordem burguesa herdou, ou com traços invariáveis da sociedade humana, mas tem relação exclusiva com a sociabilidade erguida sob o comando do capital. Castel (1998) a “questão social” é manifestação de um mesmo fenômeno em diferentes

momentos históricos. Apesar de apontar alguns dos desdobramentos da questão social, ele não a concebe com produto histórico e da sociabilidade do capital à sociedade, mas fenômeno da sociedade salarial.

Para Murillo (2004) a questão social tem vários significados: vazio entre o modelo contratualista do Direito aos modos do século XVIII; situação de desigualdade histórico-concreta. Para Donzelo(1994); fratura, abismo, entre os princípios proclamados pela Revolução Francesa e a realidade. Paradoxo lógico que oculta a abstração do Direito moderno, uma omissão da história efetiva.

Para Netto (2001), a expressão “questão social” surge para dar conta do fenômeno do pauperismo, denominação dada aos impactos sociais vivenciados na Europa Ocidental por conta da onda da industrialização ocorrida no século XVIII. A pauperização massiva da população trabalhadora constituiu o aspecto mais imediato da instauração do capitalismo em seu estágio industrial-concorrencial. O “pauperismo” era um novo fenômeno, antes até então vivido, que se não era inédito, era radicalmente nova, a dinâmica da pobreza que se generalizava.

Nesse processo, o Estado e a economia política burguesa insistiam em tratar a miséria dos trabalhadores ora como algo criminoso – um delito passível de prisão e internação forçada em casas de abrigo –, ora como natural – uma condição humana presente desde a Antiguidade. Rosanvallon (1995) explicita que o crescimento do desemprego e o aparecimento de novas formas de pobreza estariam indicando o surgimento da “nova questão social” e o esgotamento do modelo de proteção social baseado no risco coletivo devido à não adaptação dos velhos métodos de gestão social à nova realidade.

Netto (2001) aponta que a pobreza crescia na razão direta em que aumentavam a capacidade social de produzir riquezas. Se antes a pobreza estava ligada a um quadro geral de escassez, agora ela se mostrava conectada a um quadro geral tendente a reduzir com força a situação de escassez. Ao comentar as ideias de Castel (1998) para o qual a “questão social” estar relacionada a fatura e coesão da sociedade, Wanderley amplia esta concepção, inferindo que a coesão, no caso latino-americano foi imposta pelos colonizadores a partir do pacto colonial e, posteriormente, dirigido pelo pacto de dominação burguesa, apesar de não considerar esse processo de dominação como finito, acreditando na capacidade dos sujeitos para romper as amarras imposta pelo poder institucional a serviço da sociedade burguesa.

Enquanto Castel (1998) utiliza o conceito de “problematização” - e não questão social- como existência de um feixe unificado de questões, eivado em crises e integrando dados novos

mas vivo, ainda hoje. Para Wanderley (2000) a questão social fundante centra-se nas extremas desigualdades e injustiças que reinam na estrutura social dos países latino-americanos.

A questão social, nesta perspectiva, vem adquirindo novas modalidades, nos últimos tempos, por força das mudanças profundas que estão acontecendo nas relações entre capital e trabalho, nos processos produtivos, na gestão do Estado, nas políticas sociais, e pelo chamado "princípio da exclusão" dos processos produtivos, do trabalho assalariado, quanto da parte dos excluídos pela origem étnica, pela identidade cultural.

A questão social passa a ser parte constitutiva de determinados componentes da organização da sociedade- nação, estado; cidadania, trabalho, gênero- que, historicamente e estruturalmente, passam a ser considerados como críticos para a continuidade e mudança da sociedade. Abrange determinados elementos que historicizam a problemática geral, incluindo outros componentes essenciais entendidos como partes constituintes de seu significado como: tema indígena, tema de formação nacional, que vai se desdobrando e se problematizando nas temáticas como, negra, rural, operaria, mulher e etc.

Para Yamamoto e Carvalho (2012) a '*questão social*' não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e da repressão.

Yazbek (2018) infere que não existe nova questão social, pois a mesma é componente de "uma questão estruturante de relações sociais desiguais que configuram o sistema capitalista, e historicamente está vinculada a exploração do trabalho e ao embate político da classe trabalhadora pela apropriação da riqueza social, pela tomada de consciência sobre a desigualdade social e a busca por seu enfrentamento. Yamamoto (2009), aponta as sequelas da questão social se tornam objeto de uma intervenção contínua e sistemática por parte do Estado, expressa através de políticas sociais nos processos referentes à preservação e ao controle da força de trabalho, dando uma dimensão de nova questão social.

Netto (2001) chama atenção para os perigos teórico-metodológico do uso indiscriminado da expressão "questão social", tal equívoco, acabou por fornecer-lhe diversos conteúdos e atribuições muito diferentes, apesar de todos eles se referiam ao pauperismo absoluto dos trabalhadores assalariados. Considera que o tratamento teórico que deve ser atribuído a "questão social" deve pautar-se na análise sócio-histórico, concebendo-a enquanto totalidade processual e contraditória e movida pela luta de classes, e que negue a análise naturalizada fora das relações espaço-temporais.

Neto (2001) lembra que em Marx a “questão social” está elementarmente determinada pelo traço próprio e peculiar da relação capital/trabalho- a exploração. A exploração, todavia, apenas remete à determinação molecular da “questão social”, na sua integralidade, que implica a intercorrência mediada de componentes históricos, políticos, culturais etc.

Referindo-se a Marx, Neto infere que esse processo ocorre sem que possa ferir de morte os dispositivos exploradores do regime do capital, que toda luta contra as suas manifestações sociopolíticas e humanas (precisamente o que se designa por “questão social”) está condenada a enfrentar sintomas, consequências e efeitos. Iamamoto (2018) infere que a questão social é mais do que as expressões de pobreza, miséria, “exclusão”. O predomínio do capital fetiche conduz à banalização da vida humana, à descartabilidade e indiferença perante o outro, o que se encontra na raiz das novas configurações da questão social na era das fianças.

Stein (2009) infere que a preocupação com a pobreza e a desigualdade social tem produzido respostas políticas focalizadas a exemplo dos programas de transferências de renda, que tendem a transformar em armadilhas da pobreza porque não liberam os pobres de sua situação de privação, ao contrário, os mantêm aprisionados.

Montaño (2012), lembra que a concepção de pobreza (típica da Europa nos séculos XVI, a XIX tem uma forte inflexão sobre a concepção de pobreza e seu enfrentamento, justamente com a anulação da Lei dos Pobres, a partir de 1834, onde a "questão social" é separada dos seus fundamentos econômicos e políticos; a pobreza é atribuída a causas individuais e psicológicas, jamais a aspectos estruturais do sistema social; o *enfrentamento*, seja a pobreza considerada como carência ou déficit (apud DUAYER; MEDEIROS, 2003, p. 241; MARTINELLI, 1991, p. 33 e 55).

Nessa perspectiva, para Montaño (2012), a pobreza e a miséria, enquanto expressões da "questão social", são vistas, a partir das formulações keynesianas como um *problema de distribuição* do mercado, como um descompasso na relação oferta/demanda de bens e serviços.

O autor esclarece que nesta perspectiva, o problema de distribuição estaria vinculado a um déficit de demanda efetiva (por bens e serviços) no mercado, criado sobre oferta de força de trabalho não absorvida pela esfera produtiva.

Em síntese, a questão social passa ser compreendida como mendicância e vadiagem (onde a resposta é a criminalização da pobreza, enfrentada com repressão/reclusão), sempre remete à consideração de que as causas da "questão social" e da pobreza encontram-se no próprio indivíduo, e a uma intervenção psicologizante, moralizadora e contenedora desses indivíduos. Trata-se das manifestações da "questão social" no espaço de quem os padece, no interior dos limites do indivíduo, e não como questão do sistema social.

Nesse viés, surge o que os autores chamam de "capitalismo tardio" clássico (MANDEL, 1977), de "regime de acumulação fordista/keynesiano" (HARVEY, 2008), o "breve século XX" a fase de expansão produtivo-comercial, onde o Estado assume tarefas e funções essenciais para a nova fase de acumulação capitalista e inibição-institucionalização dos conflitos sociais da classe trabalhadora.

Para enfrentar o hiato, segundo Keynes(1985), o Estado deve passar a intervir em dois sentidos: respondendo a algumas necessidades (carências)/demandas dessa população carente; criando as condições para a produção e o consumo, incentivando a uma contenção do desemprego ou uma transferência de renda (seguridade social e políticas sociais), o que passou a denominar-se "círculo virtuoso" fordista-keynesiano, onde o cabe ao Estado absorver e organizar parte do excedente e a redistribuí-lo mediante políticas sociais.

O autor infere que as novas e velhas questões são as características que marcam a compreensão da "questão social" e suas formas de enfrentamento, caminhando entre: uma abordagem das manifestações da "questão social" como um produto (*transitório*) do sistema capitalista e não como meras consequências dos hábitos e comportamentos dos indivíduos que padecem as necessidades sociais.

Montaño (2012), esclarece que no atual contexto de crise capitalista (MANDEL, 1977 e MÉSZÁROS, 2011), a programática neoliberal (HARVEY, 2008) supõe a manutenção de um mínimo ação estatal na área social (HAYEK apud MONTAÑO, 2012, p. 81-82): “focalizado e precário, financiados em parte por doações da "sociedade civil" e com retiros das classes trabalhadoras (rendas obtidas a partir do arrocho salarial, das reformas previdenciárias, da "flexibilização" das leis trabalhistas”.

O pensamento neoliberal concebe o pauperismo, mais uma vez como um problema individual-pessoal e, portanto "devolve" à filantropia (individual ou organizacional) a responsabilidade pela intervenção social: surge o debate do "terceiro setor" (Montaño, 2002; 2012), da filantropia empresarial (ou "responsabilidade social"), do voluntariado.

A estratégia neoliberal orienta-se numa tripla ação: a ação estatal, as políticas sociais do Estado, orientadas para a população mais pobre (cidadão usuário); ações focalizadas, precarizadas, regionalizadas e passíveis de clientelismo; a ação mercantil, desenvolvida pela empresa capitalista, dirigida à população consumidora, com capacidade de compra (cidadão cliente), tornando os serviços sociais mercadorias lucrativas (MONTAÑO, 2012).

Os estudos de Max em relação ao caráter explorador do sistema sociometabólico do capital (MÉSZAROS, 2011, p.206) permitiram situar com radicalidade histórica a “questão social”, distinguindo-a das expressões sociais advindas da escassez nas sociedades que

precederam a ordem burguesa. A exploração não é um traço distintivo do regime do capital, mas da exploração que se efetiva no “marco de contradições e antagonismos insuprimível sem a supressão da riqueza social”.

Netto (2012), a caracterização da “questão social”, em suas manifestações já conhecidas e em suas expressões novas, deve considerar as particularidades histórico-culturais e nacionais, das profundas transformações societárias emergentes desde a década de 1970, que redesenharam amplamente o perfil do capitalismo contemporâneo, ou seja, a planetarização.

A reforma do capital fundada na “desregulamentação” e na “flexibilização” hipertrofia as atividades de natureza financeira, causando superacumulação a partir da especulação desenfreada e, cada vez mais, autonomizadas de controles estatal-nacionais e dotadas, graças às tecnologias da comunicação, de extraordinária mobilidade espaço temporal. Paralelamente, a produção segmentada, horizontalizada e descentralizada- “fábrica difusa” - propicia uma “mobilidade” (ou “desterritorialização”) dos pólos produtivos, que passaram a ser organizadas nas formas de “lábéis redes supranacionais” e, passíveis de rápida reconversão. (NETTO, 2012).

Essa faceta do sistema sociometabólico do capital, lembrando Mézaros (2011), a partir do momento que mantém elevada a lucratividade com um número mínimo de força viva de trabalho, joga para o outro lado da balança, ao mesmo tempo, um crescimento exponencial da força de trabalho excedentária em face desses interesses capitalista enquanto que os “economistas burgueses (que se recusam a admitir que se trata do exército industrial de reserva próprio do tardo-capitalismo) descubrem o “desemprego estrutural” (Netto, 2012, p. 210)

Ao referir-se ao Grande capital, Netto (2012) infere que este leva ao limite os históricos processos de concentração e centralização, ao mesmo tempo que dispõe de um potencial de poder superior ao de boa parte dos Estados nacionais ao operar o controle estratégico dos recursos necessários à produção de ponta. Todas essas transformações envolvem a totalidade social. Verifica-se os impactos também na estratificação social onde a estrutura de classes da sociedade burguesa vem se modificando a ponto de levar ao desaparecimento classes inteiras, a exemplo do campesinato tradicional.

Na contemporaneidade, a matriz e base das desigualdades sociais estão as políticas governamentais, que em regra, favorecem os setores da esfera financeira e do grande capital produtivo enquanto forças que formam a classe dominante do capital e que passam a se apropriar do Estado de modo que ele atenda aos seus interesses, assumindo (IAMAMOTO, 2019) os ônus das chamadas “exigências dos mercados”.

Conforme Iamamoto (2019) existe uma estreita relação entre a responsabilidade dos governos nos campos monetário, financeiro e fiscal e a liberdade dada aos movimentos do capital transnacional para atuar no país sem regulamentações e controles, transferindo lucros e salários oriundos da produção para se valorizar na esfera financeira. Isto ocorre em detrimento de políticas e serviços públicos universais, em favor de políticas sociais voltadas para a pobreza e políticas mercantilizadas, passando a constituir nichos.

Na esteira dos movimentos sociais, segundo a autora, os sujeitos sociais que formam a classe trabalhadora, os proletários, em Marx (1983), travam luta e resistência à vigorosa reação conservadora das forças regressistas na defesa de um projeto societário emancipado, comprometido com a socialização da riqueza produzida pelo trabalho, a universalização dos direitos, a preservação da natureza e dos recursos naturais.

Destaca a importância e sintonia das e nas mobilizações de trabalhadores e entidades combativas da sociedade civil, nas lutas, organizações e movimentos sociais em prol da defesa dos direitos, interesses e projetos societários das classes subalternas; na criação de forças de resistência à ditadura do grande capital, parafraseando Ianni (1992) e no apoio ao processo de construção democrática.

De acordo com Iamamoto (2019), entre as mulheres, nos ataques à classe trabalhadora, as mulheres e jovens negras(os) são as principais vítimas da cultura que fomenta o ódio contra as diferenças de cor/raça, sexualidades, territórios.

Registra-se, ainda, segundo a autora, também o crescimento exponencial da violência contra as mulheres, cujo maior índice, recai também sobre as vítimas do sexo feminino e negras, categorias estas resilientes, apesar das violações de seus direitos..

Sob a égide do sistema sociometabólico do capital, hoje, assistimos perplexo e ao mesmo tempo engrossando a esteira da resistência, a intensificação da criminalização das classes subalternas com destaque para os jovens, trabalhadores e movimentos sociais no campo e na cidade. Esse quadro exige práxis revolucionária legitimando formas e forças de resistência frente a um sistema explorador e diante de um Estado capturado pelo grupo econômico e político dominante.

Tal estratégia requer uma releitura e práxis dos ensinamentos de Gramsci (1968) na formação do intelectual orgânico da classe trabalhadora, inseparável da formação política e de processos de organização popular, decifrando a conjuntura vivenciada numa perspectiva de totalidade.

1.2. O estado como mediador capital e trabalho e seu deslocamento de confronto de classe nos tipos de estados

Neste momento buscamos refletir sobre o Estado enquanto mediador da relação capital e trabalho e seu deslocamento de confronto de classe nos tipos de estados e a forma como este tem atendido as demandas da classe trabalhadora com políticas públicas de saúde, nela, inserida a saúde do trabalhador e previdência de forma a contribuir para o envelhecimento ativo deste segmento populacional diante de contexto social, econômico e político permeados por disputa de poderes e interesses de classes.

O fio condutor que permeará nossas discussões quanto a concepção de Estado Capitalista está centrado na perspectiva marxista, entendendo o conceito dentro da totalidade da dinâmica social, onde emancipação política é parte inseparável da emancipação humana, uma vez que a constituição do Estado segmenta o âmbito político em relação à totalidade social.

Neste viés, conforme Marx (1985) o nível de determinação ontológica da sociedade e o Estado são compreendidos como uma universalização parcial e alienada do homem, pois há uma sobreposição das condições materiais enquanto nível de determinação mais essencial da sociedade sob a vida humana.

Tendo em vista a grandiosa literatura que tece seus arcaibouços teóricos na concepção marxista, não almejamos dar conta dos conceitos com vista a sua finitude, mas pelo contrário, trazer alguns elementos que possam contribuir para a compreensão da totalidade social onde o Estado Capitalista, dependendo dos elementos tensionais, responde as demandas da sociedade com um conjunto determinado de políticas públicas de forma a mediar a relação capital/trabalho. Iniciaremos nossa reflexão fazendo, primeiramente, breve exposições sobre o “sistema sociometabólico” do capital na contemporaneidade.

O capitalismo sempre foi e continua sendo contraditório. Não conhecemos outro modo de produção que tenha possibilitado a acumulação de tão grau elevado de riqueza material, inventos, obras e produtos (CATTANI,2004).

Mas que ao longo da história, foi, e ainda continua sendo, um processo ambíguo e contraditório, pois se de um lado gera toda essa riqueza, de outro, traz em seu bojo a distribuição desigual dessa riqueza, desemprego estrutural, o pauperismo da maioria da população, um processo alienante a que o povo é submetido, além de políticas públicas fragmentadas e insignificantes que pouco contribui para a promoção do ser humano enquanto sujeito histórico e cidadão (IDEM).

Assistimos ao longo dos séculos, o capitalismo mercantilista, o monopolista, e o financeiro. Cada um atendendo a uma determinada lógica desse capital. A partir dos anos 1980, na medida em que foi orientado pelos princípios neoliberais, ele segue um caminho que é socialmente desastroso – ampliando a exclusão e as desigualdades –, e que esse desastre pode ter grandes proporções. E que nos leva a acreditar que não tem mais saída ainda, não existindo qualquer possibilidade de construção de uma nova sociabilidade.

Desde seus primórdios, o capitalismo tem uma lógica de funcionamento bem específica: organizar o trabalho humano para produzir mercadorias que serão vendidas por preço superior ao seu custo. A extração de mais-valia é, igualmente, extração de mais-poder. Ao organizar a produção, o capitalista organiza, também, toda a sociedade, subjugando as diferentes lógicas sociais a uma lógica mercantil, produtivista e concorrencial, a partir da coerção e do disciplinamento da força de trabalho (CATTANI,2004).

O autor indica que, no ápice da hegemonia sobre práticas e ideias, o capitalismo é minado pela insatisfação dos subalternos (luta de classes) e pela sua própria lógica concorrencial (a luta entre os “irmãos inimigos”), obrigando-o a reinventar-se continuamente.

E a tarefa de acumular sempre e mais e sem limites, passa a ser uma lei econômica à qual estão submetidos tanto empresários quanto trabalhadores e a sociedade como um todo, enquanto consumidores de produtos que já são fabricados com datas limite de uso, de troca, descartáveis. Neste processo, a relação exploração-acumulação passa a ser válida para todos, porém flexionando as condições de exploração, forma de Estado e dinâmica da acumulação.

Mészáros (2002) chama nossa atenção para as ideologias impregnadas pelos intelectuais do capital quando eles tentam nos fazer acreditar, como dizem, que as contradições do capital e do trabalho não existem, ou que nunca serão reconhecidas e que jamais sofrerão a ação daqueles que mais sentem seus impactos devastadores. A financeirização do capital tem sido o eixo estruturante da configuração atual das relações sociais (IAMAMOTO, 2008)

Oliveira (2003; 2008) afirma que o início do século XXI, o Brasil é a simbiose entre o moderno e o arcaico, é o capitalismo malformado-ornitorrinco marcado por ineficiência sistêmica, que depende cada vez mais do setor primário-exportador e que se sustenta com a hegemonia às avessas.

E continua afirmando que o Modelo Liberal Periférico, vivenciado pelo país, se caracteriza na dimensão econômica, por “fraco desempenho; crescente vulnerabilidade externa estrutural; transformações estruturais que fragilizam e implicam volta ao passado; e ausência de mudanças ou de reformas que sejam eixos estruturantes do desenvolvimento de longo prazo”. (p.69)

Acrescenta, ainda, que nas dimensões sociais, ética, institucional e política desta trajetória é possível perceber: o invertebramento da sociedade; a deterioração do ethos; a degradação das instituições e do sistema político corrupto e clientelista. Em resumo, um país em desenvolvimento, porém, às avessas (p.69).

A dinâmica aos quais os países periféricos subdesenvolvidos ou em desenvolvimento é submetida em relação à forma, ao grau de intensidade e características básicas do modelo de desenvolvimento capitalista dar-se-á se apenas nas expressões materiais e na velocidade dos processos, ambas decorrentes das correlações de forças marcadas, tendo o Estado, papel de destaque, na sua forma Imperialista, impondo trocas desiguais entre países igualmente capitalistas, ou não (CATTANI,2004, p.98).

Na mesma trilha e vestígios, Mészáros (2002) concebe o capital como sendo um sistema poderoso e abrangente, tendo seu núcleo constitutivo formado pelo tripé capital, trabalho e Estado. Estas três dimensões fundamentais são materialmente constituídas e inter-relacionadas, sendo impossível superá-lo sem a eliminação do conjunto dos elementos que compreende esse sistema. Este, não tem limites para a sua expansão (ao contrário dos modos de organização societal anteriores, que buscavam em alguma medida o atendimento das necessidades sociais), o sistema de sociometabolismo do capital torna-se no limite, incontrolável.

Na relação Estado – Capital, apesar do primeiro representar governo do povo, e de que este deveria guiar suas ações e projeto de sociedade objetivando a segurança e o bem-estar do cidadão, tem se colocado a disposição do capital, reduzindo a níveis mínimos, sua atuação em prol do povo; característica básica de suas linhas de ações ao longo de nossa história. Tem executado o projeto de sociedade fundada na sociabilidade do Capital, na lógica da individualidade dos sujeitos sociais, da mercadorização dos serviços, da financeirização do Estado, de sua captura pela elite empresarial e pelos donos do capital.

Marx não elaborou uma teoria geral do Estado, mas uma análise crítica sobre o poder político, orientado pela e nas mãos da classe da burguesa. Apresenta a relação orgânica entre Estado e capital. Com base em concepção histórica e categorias sociais, entende que o Estado não criou a sociedade civil, mas se ergueu a partir dela, atendendo a interesses da classe burguesa.

Marx (1994, p.228) constrói sua concepção de Estado a partir da crítica à filosofia hegeliana, confrontando a mais legitimada expressão de Estado moderno da época, o Estado filosófico hegeliano debruçando-se sobre a concepção de alienação, problematizou a dualidade teórica entre sociedade civil e Estado. A sociedade civil é a base de toda a sociedade, completo

material onde se encontra todas as idealizações sociais e estrutura de sustentação e perpetuação do aparelho estatal.

Marx (2010, p.38) infere que o Estado não se constitui uma esfera social eterna, nem necessária. Desmonta quaisquer argumentos liberais, idealistas, ou funcional-positivistas, que defendem a universalidade e imparcialidade do Estado na relação aos interesses de classes. Indica que o Estado burguês tem como papel principal a regulação da relação capital trabalho, incluindo aí a sociedade civil-política burguesa bem como as relações de produção, atuando, prioritariamente, em instância em desfavor dos trabalhadores. É o Estado atuando na regulação, mediação da própria exploração do trabalho pelo capital.

No entendimento de Marx “a *emancipação política* garantida com a Revolução de 1789 não assegura, por si só, não concretiza a emancipação da humanidade. A condição para essa proximidade seria necessária extinguir o Estado enquanto esfera alienada das relações sociais, com isso, extinguiria o capital como força centrífuga que domina as relações humanas.

Hegel (2010, p.113) concebe o Estado como sujeito da história, dando à sociedade civil papel secundário. Marx demonstra que a história autenticamente humana terá concreticidade a partir da supressão do Estado e do modo de produção capitalista. As disputas entre os interesses particulares se materializam na anarquia dos mercados. A sociedade civil-política burguesa, erguida sobre a lógica da acumulação de capital, deixa à margem da sociedade os trabalhadores que foram expulsos do mercado de trabalho.

O Estado nasce, para Marx, enquanto um fator condicionante da alienação da sociedade, ou melhor, da alienação política. Em estados não democráticos o poder está nas mãos do próprio Estado, nas *leis*, a *Constituição*, sem que ele tenha realmente esse domínio. Ao passo que nos Estados democráticos, a Constituição, a lei, o próprio Estado é apenas uma autodeterminação e um conteúdo particular do povo, na medida em que esse conteúdo é constituição política.

Marx demonstra que as contradições e os fetiches da sociedade capitalista constituem a filosofia idealista e política, obscurecendo a realidade. E indica que era preciso vislumbrar o conteúdo essencial da sociedade burguesa. O corpo e substância do Estado é a concreticidade, base que determina o ser social. A família e a sociedade civil são a base do Estado, afastando qualquer ideia de apartamento ou abstração. O Estado é construído com base na realidade concreta dos seres sociais e não sobreposto a eles.

A “aceitação” dos trabalhadores das imposições do Estado e Capital quanto a todo seu sistema sociometabólico advém principalmente, da ideologia capitalista, enquanto, para Marx (1998) “peça-chave” na propagação de “ideias invertidas de ponta-cabeça” que garantisse a manutenção do status quo burguês.

Com a separação da propriedade privada da comunidade, levou o Estado a desenvolver uma existência particular, ou seja, manteve posição ao lado e ao mesmo tempo fora da sociedade civil. O Estado passa a constituir-se somente como uma forma particular de organização que a classe burguesa precisa manter seja interna ou externa com o objetivo de garantir, ao mesmo tempo, sua propriedade e seus interesses.

Lenin (2011, p.116) discute a concepção do Estado enquanto produto de contradições de classes inconciliáveis. É produto e manifestação do carácter inconciliável das contradições de classe. Surge precisamente onde, quando e na medida em que as contradições de classe objetivamente não podem ser conciliadas. E inversamente: a existência do Estado prova que as contradições de classe são inconciliáveis.

Cimadamore (2007, p.19) afirma que o Estado usa sua única estrutura hierárquica que possui e com capacidade para se opor às outras estruturas (mercado e estrutura internacional), para condicionar os agentes em diferentes níveis e caracterizam-se por princípios ordenadores anárquicos que fomentam a pobreza.

Neste viés, explicita que combinam estímulos que essas estruturas anárquicas oferecem (que premiam a maximização de ganhos, a busca de controle monopólico dos mercados, a acumulação ilimitada de poder e lucro, entre muitos outros efeitos da concorrência e socialização que promovem) e vigoram o objetivo de distribuição de renda, capacidades e direitos tendentes a limitar ou evitar a produção de pobreza.

Ao realizar a análise da relação Estado, Questão Social e pobreza, Murillo (200, p. 13) considera um segundo significado para a questão social sendo aquele que se refere aos *modos de se remediar* a brecha inevitável entre igualdade e propriedade, onde o Direito não alcançava resolver as diferenças, instalaram-se políticas que tenderam a “corrigir” a “questão social”.

No caso do Brasil, Iamamoto (2009) aponta as particularidades históricas das relações entre estado e a sociedade no país, afirmando que no Brasil, a expansão monopolista faz-se, mantendo, de um lado, a dominação imperialista e, do outro, a desigualdade interna do desenvolvimento da sociedade nacional. Reitera que o Estado é capturado historicamente pelo bloco do poder, por meio da violência ou cooptação de interesses.

Ianni (1965, p.55) percebe um “*divorcio crescente entre Estado e as classes subalternas*”, em que “o povo se sente estrangeiro em seu próprio país e emigra para dentro de si mesmo apesar das fórmulas político-jurídicas liberais estabelecidas nas Constituições Republicanas.

Aponta que foi decisivo o papel do Estado nos caminhos trilhados pela modernização “pelo alto” (p.55), onde as classes dominantes se antecipam as pressões populares, realizando

mudanças, porém, preservando a ordem, evitam ruptura radical com o passado, mantendo traços essenciais das relações sociais, dependência ampliada do capital internacional.

Gramsci (1968, p.56) destaca a essência política do Estado e sua estrutura e superestruturas complexas; é a fase em que as ideologias geradas anteriormente se transformam em "partido", entram em confrontação e lutam até que uma delas tenda a prevalecer, a se impor, a se irradiar por toda a área social, determinando, além dos fins econômicos e políticos, também a unidade intelectual e moral, pondo no plano "universal", a hegemonia de um grupo social sobre outros grupos subordinados.

O conceito de Estado ampliado desenvolvido por Gramsci (1987) indica a relação intrínseca entre sociedade civil e sociedade política e, como elucida Fontes (2010, p. 133) “[...] o conteúdo conceitual da sociedade civil, onde Gramsci procura dar conta dos fundamentos da produção social, da organização das vontades coletivas e da sua conversão em aceitação da dominação, através do Estado”. A mediação Estado – Sociedade civil advém da intermediação dos aparelhos privados de hegemonia que a compõem as ações e projetos do Estado, vinculados a preservação do antagonismo entre a classe burguesa e proletária.

O conceito de hegemonia Gramsci é central na luta pelo poder e conquista do Estado. Envolve objetivo, direção, embate de ideias, visão de mundo, conquista, luta, guerra de posição, ideologia e de projetos políticos em disputa. Não pode ser confundida com dominação. É construída a partir de um processo pedagógico e sua apreensão pelos sujeitos sociais pode ser sim ou não consciente.

Os aparelhos privados de hegemonia que compõem a sociedade civil, se cooptados pelo Estado, reproduzem e propagam a ideologia dominante. Mas a dialética da vida possibilita também a produção da contrahegemonia (IDEM).

Ao resgatarmos a concepção de Estado em Netto (1992), percebemos que o conceito é indissociável do desenvolvimento do capitalismo imperialista, cuja lógica, visava à urgência de viabilizar um objetivo primário: o acréscimo dos lucros capitalistas através de controles de mercado. Juntamente a esse cenário, outros elementos típicos da monopolização também fazem seu ingresso: a supercapitalização que se caracteriza pela dificuldade de valorização do montante de capital acumulado, e o parasitismo da vida social da burguesia. É nesse contexto, que o Estado passa a atuar como guardião das condições externas da produção capitalista, direcionando-se para garantir os superlucros dos monopólios.

O Estado, então, segundo Netto (1992), nesse período agiria no sentido de propiciar o conjunto de condições necessárias à acumulação e valorização do capital monopolista, assim, a preservação e controle contínuos da força de trabalho, ocupada e excedente torna-se função

estatal de primeira ordem. Como estratégia para ganhar legitimidade diante das correlações de forças que se estabelece na contradição entre capital e trabalho, o Estado passou a ser capturado pelo monopólio abre-se as demandas das classes subalternas, e passa a intervir nas sequelas da questão social, pondo-a como alvo de políticas sociais.

Para Mészáros (2010, p.16), o sistema de sociometabolismo do capital é mais poderoso e abrangente, tendo seu núcleo constitutivo formado pelo tripé capital, trabalho e Estado. Essas três dimensões fundamentais do sistema são materialmente constituídas e inter-relacionadas, e é impossível superar o capital sem a eliminação do conjunto dos elementos que compreende esse sistema. Não basta eliminar um ou mesmo dois de seus polos.

O desafio, segundo o autor, portanto, é superar o tripé em sua totalidade, nele incluído o seu pilar fundamental, dado pelo sistema hierarquizado de trabalho, com sua alienante divisão social, que subordina o trabalho ao capital, tendo como elo de complementação o Estado político.

Iamamoto (2012) explicita que não é por acaso que as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade advém do reconhecimento enquanto classe por parte do empresariado e do Estado. E diz que no campo da política social, o Estado expressa a condensação de forças sociais e, nesse sentido, as contradições das classes, não sendo instrumento exclusivo de realização dos interesses da burguesia, mesmo identificando-se como Estado burguês.

As políticas sociais traduzem uma tensão contraditória entre os imperativos da reprodução do capital e as necessidades da reprodução da força de trabalho, para o que os gastos públicos são fundamentais. Esse caráter contraditório do Estado e da política social, cujo chão é a sociedade de classes tem sido historicamente, o centro de debates, resistência, reivindicações e lutas da classe trabalhadora, com maior intensidade, na atualidade, frente às severas e profundas mazelas produzidas pelo sistemasociometabólico do capital (IDEM).

Diante da conjuntura capitalista exposto, Netto (2012) reafirma o posicionamento de inúmeros teóricos marxistas, de que, de fato, inexistem qualquer nova “questão social”. De que o desafio posto é, investigar, para além da permanência de manifestações “tradicionais” da “questão social”, é a emergência de novas expressões da “questão social” que, em sua ótica, não é suprimível sem a superação da ordem do capital, que por sua vez, continua a capturar o Estado em prol da manutenção de seus privilégios e interesses.

O autor destaca que a dinâmica societária específica do capital não só põe e repõe os corolários da exploração que a constitui medularmente; como indica, a cada novo estágio do seu desenvolvimento, instaura expressões sócio-políticas diferenciadas e mais complexas,

correspondentes à intensificação da exploração que é a sua razão de ser. A redução das taxas de lucro, condicionadas também pela ascensão do movimento operário, que nas três décadas gloriosas, alcançaram expressivas conquistas quando comparadas as décadas anteriores, a partir dos anos 70, o capital passa a responder as demandas com uma ofensiva política, no início, reprimindo, posteriormente, ideológica e econômica (IDEM).

1.3. Estado do Welfare State e sua crise no primeiro mundo

Adentraremos nas discussões contemporânea em torno da natureza e formas de manifestação e da crise do *welfare-state* e o tratamento dado a questão social. Netto (2012, p.26) destaca as crises cíclicas do capital e nessa esteira, a crise do modelo de bem estar social na Europa, *welfare-state*, apontando a conjuntura que evidencia seu desmoronamento, bem como a restauração do capital”, a partir da conjunção “globalização”/”neoliberalismo” onde o capital não tem nenhum “compromisso social”, mantendo-se firme para romper qualquer regulação política democrática, extramercado, da economia tem sido vitorioso.

A desestruturação do fundamento do *Welfare State* em vários países e a resultante macroscópico-social expos o verdadeiro sistema sociometabólico do capital representado por meio do capitalismo “globalizado”, “transnacional”, “pós-fordista” que mostrou a face mais profunda da “nova pobreza”, os “excluídos” entre outros, ou que muitos denominam, erroneamente, de nova “questão social” (IDEM).

Fiori (1997, p.39), ao analisar os caminhos diferentes pelos quais foram conduzidos os fundamentos e aplicações *Welfare State*, infere que este apresenta uma variedade imensa de trajetórias e formas no seu processo de construção e expansão, nos seus graus de profundidade e universalidade, inclusive, na sua forma de enfrentar a crise e transição dos anos 1980/90.

Em relação a questão conceptual do termo *Welfare State*, Fiori identifica três posições fundamentais: a primeira, privilegia a idéia de "proteção social", enquanto tal e isoladamente, e tende a sublinhar a evolução mais do que as descontinuidades na trajetória que vai das *Poor Laws* de 1536 a 1601 até o Plano Beveridge; a segunda, traz a idéia de "políticas sociais", usa o conceito como se fosse *Welfare*, considera uma continuidade e evolução destas políticas, pelo menos a partir da legislação securitária alemã (Marshall, 1964; Flora & Heideheimer, 1983).

Já a terceira premissa, sustentada por Esping-Andersen, 1990; Mishra, 1990; entre outros, percebem uma ruptura qualitativa entre as políticas sociais anteriores à Segunda Guerra Mundial e o que veio a ser, a partir do Plano Beveridge, o *welfare state* contemporâneo.

Conforme Fiori (1997, p.32), para Esping- Andersen, o *welfare state* não pode ser compreendido apenas em termos de direitos e garantias, deve-se observar a relação do Estado e seus serviços, com o mercado e a família em termos de provisão social.

Fiori, tomando por base os estudos de Mishra (idem) que vai além, não identifica um Estado de Bem-Estar Social até, pelo menos, 1950 e que este só adquire nova dimensão ao reconhecer os direitos dos cidadãos e não mais apenas com base na condição de trabalhador e dos seus beneficiários.

De acordo com Mishra (1990, p.116) da mesma forma que associa o novo padrão ou paradigma a mudanças que ocorrem simultaneamente no plano da regulamentação da economia de mercado e a afirmação hegemônica das políticas econômicas ativas de inspiração keynesiana, não vê como dissociar os serviços sociais universais, o objetivo de redistribuição e interação das rendas do objetivo maior do pleno emprego que norteou as políticas econômicas nacionais até os anos 80, no primeiro mundo.

Fiori (1997, p.35), reporta em Claus Off que agrega novas dimensões ao conceito e à prática do *welfare*, entendendo-o peça essencial de um contexto mais amplo que vigorou durante os trinta anos da chamada "era de ouro do capitalismo".

Fiori identifica, pelo menos, quatro grandes pilastras sobre as quais se assentaram a viabilidade e o sucesso dos *welfares* contemporâneos: a primeira constituída pelos fatores materiais ou econômicos que se manifestaram nas formas do paradigma fordista, do consenso do crescimento econômico e também do crescimento do pleno emprego, das políticas keynesianas.

Segundo o autor, a segunda, envolvia os acordos de *Bretton Woods*, que via espaço para uma conciliação entre o desenvolvimento dos *welfares* e a estabilidade da economia internacional; a terceira, constituída, inicialmente, pelo "clima" de solidariedade nacional; a quarta, constituída pelo avanço das democracias partidárias e de massa que, pelo menos nos países centrais permitiu que a concorrência eleitoral aumentasse o peso e a importância das reivindicações dos trabalhadores e dos demais setores sociais interessados no desenvolvimento dos sistemas de *welfare states*.

Fiori, infere que se evidenciou uma complexa rede de determinações econômicas, ideológicas e políticas que definem e diferenciam o Estado de Bem-Estar Social contemporâneo dos sistemas anteriores de organização das políticas sociais governamentais. Essa rede também explicitou melhor as diferenças que separam as várias experiências nacionais do *welfare state*, indicando que o modelo norte-americano tem muito pouco a ver com o modelo nórdico, e este

com o da Europa continental, e de todos eles com o Japão; isso, para não falar na diferença com o *welfare* construído em algumas periferias capitalistas, em particular, na América Latina.

Fiori infere que Esping-Andersen (1991), propôs uma nova nomenclatura para uma tipologia o denominou de "regimes de *welfare states*". Também identifica três grandes grupos, variando de "regimes", qualidade dos direitos sociais, grau em que o sistema promove ou reproduz a estratificação social e a forma como se relacionam em cada um dos casos, o Estado, o mercado e as famílias.

Os autores inferem que no "*welfare state* liberal", "a assistência é restrita aos comprovadamente pobres, reduzidas transferências universais ou planos modestos de previdência social, cujas regras para habilitação aos benefícios são estritas e muitas vezes associadas ao estigma" (Estados Unidos, Canadá e Austrália);

Nestes termos, os "*welfare states* conservadores e fortemente corporativistas", onde "predomina a preservação das diferenças de status; os direitos estão ligados à classe e aos status, a ênfase estatal na manutenção das diferenças de status (Áustria, França, Alemanha e Itália); os "regimes social-democratas", onde o universalismo e a desmercantilização atingem amplamente a classe média e "onde todos os segmentos sociais são incorporados a um sistema universal de seguros no qual todos são simultaneamente beneficiários, dependentes e, em princípio, pagadores" (limitado número de países escandinavos). Nenhum destes aplicam-se ao capitalismo periférico latino-americana.

Ao discorrerem sobre a configuração e a eficácia das políticas sociais brasileiras desenvolvidas sobretudo depois de 1930; Aureliano e Draibe, 1989; Kornis, 1994; Soares, 1995 entre outros, identifica grandes contribuições nas discussões em relação ao *Welfare state*, principalmente em relação ao padrão periférico de política social, sua organização burocrático-institucional e sua articulação com os sistemas sindicais e político-partidários, volume de gastos, cobertura, formas de financiamento e gestão etc.

Conforme Fiori, as discussões dos casos periféricos latinoamericanos são inevitavelmente deslocados para os matizes onde se combina em cada país o assistencialismo e as intervenções tópicas de tipo liberal com alguns sistemas universais de prestação de serviços de preservação ou mesmo complementação da renda.

Fiori, ao analisar os estudos de Laura Tavares envolvendo a tipologia construída pela CEPAL onde compara o seguro/seguridade em vinte países latino-americanos, classificando-os em três grandes grupos, segundo o grau de desenvolvimento: alto, intermediário ou baixo de seus sistemas. Porém, as variáveis: cobertura, contribuição *vis-à-vis* salários; gastos do conjunto do sistema; método de financiamento, deixaram de fora aspectos ligados à articulação dos

sistemas com as instituições políticas e corporativas dificultando a comparação mais acurada com os modelos centrais. Apesar de reconhecer que os três sistemas mantenham longínquo parentesco com a tríade de Andersen.

Maria Ozanira Silva (2000, p.29), ao fazer uma síntese dos estudos comparativos sobre o *Welfare State*, reafirma que as raízes e condições históricas distantes revelam variações substantivas e formais, tendências e padrões que se expressam nas complexas variações no que se refere ao movimento de inclusão x exclusão, seja nos aspectos redistributivos seja nas suas relações com o sistema político, citando os estudos de Aureliano & Draibe (1989).

Conforme as autoras, na base dessas variações, encontram-se as raízes e condições históricas distintas que permitem desenvolverem-se padrões mais progressistas; mais conservadores; mais universalistas, institucionalizados e estatizados; mais privatistas e residuais; mais generosos ou mais seletivos e assistencialistas, na cobertura, na diversificação dos benefícios e serviços distribuídos; mais autônomos ou mais atrelados em relação aos mecanismos e dinâmica político - partidária e eleitoral; clientelistas etc.

Silva (2000,p.33) destaca que, ressalvadas as variações históricas do *Welfare State*, alguns elementos de sua constituição podem ser configurados: a) Ação estatal na organização e implementação das políticas; b) Relação Estado/mercado marcada pela alteração do livre movimento e dos resultados socialmente adversos do mercado por parte do Estado; c) Noção de substituição da renda por perda temporária ou permanente; d) Referência menos ao trabalhador contributivo e mais ao cidadão (realça a noção de direito). A esses elementos pode ser acrescida a noção de um sistema público, nacionalmente articulado.

Ao referir-se às configurações mesmo que genéricas, do *welfare state* no Brasil, Silva (2000) indaga-se se realmente ele existiu no Brasil. Infere que há uma especificidade histórica, tanto no desenvolvimento do processo de reprodução da força de trabalho como do desenvolvimento da política social nas formações capitalistas ditas subdesenvolvidas, periféricas e dependentes.

Para a autora, essa especificidade se constitui de determinações estruturais e conjunturais, e suas transformações só são percebidas levando-se em conta os processos econômicos e políticos que explicam sua emergência e transformações. Questiona-se sobre como pensar o desenvolvimento de um *Welfare State* no capitalismo tardio periférico, marcado, em termos do seu desenvolvimento econômico, por um sistema produtivo.

Pierre Rosanvallon (1997, p. 44), ao identificar a crise do Estado Providência, *Welfare State*, classifica-a como uma nova questão social. Indica que a natureza da crise do Estado-providência tem fundo predominantemente, político e sócio-cultural que econômico. Suas

análises voltam-se para a situação particular da França em princípios dos anos 80. Reconhece na crise fiscal uma das formas de manifestação econômica da crise social, fruto do colapso do conjunto de compromissos sociais e políticos assumidos ao longo do século XX frente aos fundamentos econômicos intransponíveis.

Arreche (1995) caracteriza o *Welfare State* enquanto fenômeno do século XX, que fazia a provisão de serviços sociais, cobrindo as mais variadas formas de risco da vida individual e coletiva, e que se tornou um direito assegurado pelo Estado a camadas bastante expressivas da população dos países capitalistas desenvolvidos. Laurell (1995) sustenta que expansão dos benefícios sociais não estão relacionados simplesmente ao fator econômico, assim como a ampliação dos direitos dos cidadãos, mas, sobretudo, pela própria modernização da sociedade que exigia isso como forma de desenvolvimento do capitalismo.

Draibe (1990) utilizando-se da tipologia de Titmus e Igo Ascoli sobre o *Welfare State*, na busca por apreender as relações entre o perfil da proteção social e a dinâmica do sistema de interesse e do sistema político, classifica-o de Meritocrático, com matizes corporativistas e clientelistas, admitindo, um tipo específico de *Welfare State* no Brasil.

Para a autora, trata-se de um *Welfare State* que coloca a intervenção da política social apenas parcialmente para corrigir distorções do mercado, com tendência a um padrão de relacionamento ora ‘corporativo’ ora ‘clientelístico’, marcado por um sistema assistencial denso, sobreposto e paralelo a um núcleo securitário. Refere-se a grupos específicos, de caráter residual; em princípio, abrange maior parte da população, assalariada ou não, cujo critério é renda, com recorte para grupos de risco (criança, gestantes, nutrízes e idosos).

A falência do Estado de Bem-Estar Social, segundo a autora, se dá a partir da predominância da produção privada sobre a pública (educação, saúde, trabalho, previdência...), precarizando a do governo, cujo remédio amargo tem sido a implementação de um Estado, agora, sob as amarras do neoliberalismo, tendo como essência a defesa do Estado mínimo, normativo e administrador, que deixe livre o mercado, devendo sua intervenção, não ir além do mínimo necessário a garantia do sistema.

De acordo com Draibe, mesmo com as políticas de massas de cobertura relativamente ampla e de tendências universalizantes, apesar de tímidas, o padrão brasileiro de *Welfare State* do tipo Meritocrático, de matizes do corporativismo e do clientelismo, com um núcleo securitário e denso esquema assistencial, mas descontínuo e fragmentado, tendo por base uma perversa estrutura de emprego, salário e concentração de renda.

Conforme a autora, com a promulgação da Constituição de 1988, nota-se uma nítida reestruturação desse padrão, representando o deslocamento do modelo Meritocrático

Particularista em direção ao Modelo Institucional Distributivo. Mas tais tendências pouco repercutem em termos práticos, apresentando resultados considerados medíocres, sobretudo por se situarem num contexto de crescente incapacidade de investimento do Estado, numa conjuntura de profunda crise econômica e política.

1.3.1 O estado brasileiro e estado social a partir da Constituição de 1988

Segundo Boschetti (2013), com a promulgação da Constituição de 1988 é que as políticas de previdência, saúde e assistência social foram reorganizadas e re-estruturadas com novos princípios e diretrizes e passaram a compor o sistema de seguridade social brasileiro.

Destaca que, apesar de ter um caráter inovador e intencional compor um sistema amplo de proteção social, a seguridade social brasileira acabou se caracterizando como um sistema híbrido, conjugando direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência).

Aquelas diretrizes constitucionais, segundo a autora, como universalidade na cobertura, uniformidade e equivalência dos benefícios, seletividade e distributividade nos benefícios, irredutibilidade do valor dos benefícios, equidade no custeio, diversidade do financiamento e caráter democrático e descentralizado da administração (Art. 194), não foram totalmente materializadas e outras orientaram as políticas sociais de forma bastante diferenciada, de modo que não se instituiu um padrão de seguridade social homogêneo, integrado e articulado.

Esses princípios poderiam redirecionar as políticas de saúde, previdência e assistência social, no sentido de articulá-las e formar um sistema de seguridade social amplo, coerente e consistente, com predomínio da lógica social e não da lógica contratual do seguro. Isso, contudo, não ocorreu, em função de uma série de elementos conjunturais e estruturais (IDEM).

Explica que a onda neoliberal que assolou o país a partir da década de 1990 foi determinante para o desenvolvimento de uma política econômica voltada para a rentabilidade econômica em detrimento dos avanços sociais. Que, no caso brasileiro, a crise econômica foi conduzida por um Estado que não assumiu compromissos redistributivos e o “conceito retardatário, híbrido, distorcido ou inconcluso da seguridade social brasileira, junto a CF, pois “encontrou dificuldades antigas e novas ainda maiores para se consolidar” (BEHRING e BOSCHETTI, 2006, p. 158).

Boschetti (2013, 78) avalia que os direitos conquistados pela classe trabalhadora e inseridos na Carta constitucional foram submetidos ao ajuste fiscal, provocando um quadro de retrocesso social com aumento da extrema e da “nova” pobreza. Marx ([1846], 2006: 25) já

dizia. “as sociedades não geram todas os mesmos produtos”, ou seja, estes são resultado das relações sociais de produção, de reprodução, de trocas sociais e de organizações e instituições.

Boschetti, com a contribuição de Soares (2000) sobre os impactos da seguridade social em toda a América Latina, explica que ocorre um aumento de demanda por benefícios e serviços, o que se explica pela permanência de “Estado de mal-estar”, em função da não implantação ou mesmo destruição dos incipientes sistemas de seguridade social, que vivem um processo de contenção, limitação ou desintegração.

Conforme Boschetti (2013), no mesmo rumo apontado por Mota, Farias e Montanõ, no Brasil, estabeleceu-se um sistema de seguridade social que, teoricamente, manteve o princípio de universalidade e integralidade no âmbito da saúde com Sistema Único de Saúde (SUS), e que passou a reestruturar, a partir de 2004, a política de assistência social, com base no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), e que fortaleceu a lógica do seguro no âmbito da previdência, sobretudo com as reformas de 1998 e 2003.

Mota (2007, 122), nesse viés, lembra que na conjunção entre expansão pública e mercantilização faz parte das proposições neoliberais, postuladas como assecuratórias da equidade, cujo princípio é dar mais a quem tem menos. O que chama atenção da autora é a capacidade que tiveram as classes dominantes de capitalizar politicamente a assistência social, transformando-a no principal instrumento de enfrentamento da crescente pauperização relativa, ampliando o exército industrial de reserva no seio das classes trabalhadoras.

Um dos instrumentos de repolitização da política, como parte da pedagogia da hegemonia, consistiu em definir este segmento de classe como “excluídos” e os programas de assistência social como estratégia de inclusão. Não é por acaso que a Assistência Social adquire centralidade como mecanismo de enfrentamento das desigualdades sociais (IDEM).

Conforme a autora, testemunha-se a instalação de uma fase na qual a assistência social, mais do que uma política de proteção social, se constitui num mito social. Menos pela sua capacidade de intervenção direta e imediata, particularmente através dos programas de transferência de renda, que têm impactos objetivos no atendimento dos mínimos sociais de subsistência para a população pauperizada; e mais pela sua condição de ideologia e prática política, robustecidas no plano superestrutural pelo apagamento do lugar que a precarização do trabalho e o aumento da superpopulação relativa têm no processo de reprodução social.

E na impossibilidade de garantir o direito ao trabalho, seja pelas condições que ele assume contemporaneamente, seja pelo nível de desemprego, ou pelas orientações macroeconômicas vigentes, o Estado capitalista amplia o campo de ação da Assistência Social ao mesmo tempo em que limita o acesso à saúde e à previdência social públicas.

Conforme ainda Mota não se trata de uma visão estreita ou residual da política de Assistência Social – seja ela concebida como política setorial ou intersetorial – o que está em discussão é o estatuto que ela assume nessa conjuntura. Defende que não podemos mistificar a assistência social pelo fato de ela ser uma política não contributiva voltada aos que dela necessitam. Devemos ter como objeto de nossas análises a centralidade que ela ocupa, neste momento, no conjunto da Seguridade Social.

A seguridade social brasileira, Boschetti (2013), assim como Mota, avalia que ela não avançou no sentido de fortalecer a lógica social. Ao contrário, caminhou na direção do fortalecimento da lógica do contrato. Esta é uma “americanização perversa”, visto que o sistema público foi se “especializando” cada vez mais no (mau) atendimento dos muito pobres”, ao mesmo tempo em que “o mercado de serviços médicos, assim como o de previdência, conquista adeptos entre a classe média e o operariado” (VIANNA, 1998, p. 142)

Yazbek (2012, p.72) trata da concepção de pobreza que vem orientando minhas pesquisas e particularmente orienta estas reflexões. Assim, abordo a pobreza como uma das manifestações da questão social, e dessa forma como expressão direta das relações vigentes na sociedade, localizando a questão no âmbito de relações constitutivas de um padrão de desenvolvimento capitalista, extremamente desigual, em que convivem acumulação e miséria.

Os “pobres” são produtos dessas relações, que produzem e reproduzem a desigualdade no plano social, político, econômico e cultural, definindo para eles um lugar na sociedade. Um lugar onde são desqualificados por suas crenças, seu modo de se expressar e seu comportamento social, sinais de “qualidades negativas” e indesejáveis que lhes são conferidas por sua procedência de classe, por sua condição social.

Este lugar tem contornos ligados à própria trama social que gera a desigualdade e que se expressa não apenas em circunstâncias econômicas, sociais e políticas, mas também nos valores culturais das classes subalternas e de seus interlocutores na vida social. Assim sendo, “a pobreza, expressão direta das relações sociais, certamente não se reduz às privações materiais” (YAZBEK, 2009, p. 73-74).

É uma categoria multidimensional, e, portanto, não se caracteriza apenas pelo não acesso a bens, mas é categoria política que se traduz pela carência de direitos, de oportunidades, de informações, de possibilidades e de esperanças (MARTINS, 1991, P. 15).

A pobreza é uma categoria histórica e socialmente construída, como fenômeno que não pode ser tomado como natural; inclui a qualidade relativa da pobreza, que gira em torno da desigualdade social, assim como a outras condições reiteradoras da desigualdade (como gênero, etnia, procedência e outros aspectos). E, no Brasil, “a pobreza decorre em grande parte, de um

quadro de extrema desigualdade, marcado por profunda concentração de renda. Essa situação coloca o Brasil entre os países de maior concentração de renda do mundo” (Silva, 2010, p. 156).

Boschetti (2013) avalia que a imbricação histórica entre elementos próprios à assistência e elementos próprios ao seguro social poderia ter provocado a instituição de uma ousada seguridade social, de caráter universal, redistributiva, pública, com direitos amplos fundados na cidadania. Não foi, entretanto, o que ocorreu, e a seguridade social brasileira, ao incorporar uma tendência de separação entre a lógica do seguro (bismarckiana) e a lógica da assistência (beveridgiana), e não de reforço à clássica justaposição existente, acabou materializando políticas com características próprias e específicas que mais se excluem do que se complementam, fazendo com que, na prática, o conceito de seguridade fique no meio do caminho, entre o seguro e a assistência.

Ainda com base na autora, a não instituição de uma “sociedade salarial” no Brasil, que se caracterizaria pela generalização de empregos assalariados estáveis e garantidores de direitos, faz com que aproximadamente metade da população economicamente ativa permaneça fora do mercado formal de trabalho e, portanto, sem garantia de acesso aos direitos decorrentes do trabalho, tais como salário regular, seguro-desemprego e seguro acidente de trabalho, e também daqueles da seguridade social condicionados a um emprego ou a uma contribuição como autônomos (aposentadorias e pensões, 13o salário, salário-família e auxílio saúde).

De acordo com a PNAD/IBGE, em 2002, entre os 40,6 milhões de não contribuintes para a Seguridade Social, que não têm e não terão acesso aos direitos previdenciários, o correspondente a 20,4 milhões (50,12%) não possuía rendimentos ou recebia menos de um salário-mínimo. Esses dados expressam a dramática condição de desigualdade e pobreza, bem como o limite desse modelo de seguridade social, e a perversidade da estrutura econômico-social que produz e concentra riqueza, ao mesmo tempo em que exclui os trabalhadores pobres de seu acesso e os confina a relações de trabalho precárias, incertas, eventuais, de baixo rendimento e não garantidoras de direitos.

Yazbek (2012,155) ressalta que a categoria pobreza é uma forma de inserção na vida social, a uma condição de classe e, portanto, deve ser analisada enquanto categoria histórica e socialmente construída, como fenômeno que não pode ser tomado como natural.

Apesar de reconhecer as conquistas da Constituição no campo da seguridade social, Boschetti (2013) avalia ser impossível deixar de sinalizar seus limites estruturais na ordem capitalista. Esses se agravam em países com condições socioeconômicas como as do Brasil, de frágil assalariamento, baixos salários e desigualdades sociais agudas.

Boschetti (2013) cita como exemplo a situação do mercado de trabalho brasileiro, em que metade da população economicamente ativa possui relações informais de trabalho, faz com que a seguridade social, além de contribuir para a produção e reprodução da força de trabalho, deixe fora do acesso à previdência a população não contribuinte e, ainda, exclui do acesso aos direitos assistenciais aqueles que podem trabalhar. O programa de transferência de renda, que abrange trabalhadores adultos (bolsa-família), não possui caráter de direito e seus valores, condicionalidades e forma de gestão o colocam na órbita das políticas compensatórias.

Assim, Boschetti (2013), reafirma que a assistência social e a previdência, no âmbito da seguridade social, constituem um campo de proteção que não restringem e nem limitam a lógica de produção e reprodução do capitalismo. E que, no Brasil, sua lógica securitária determinante a aprisiona no rol das políticas, que agem mais na reiteração das desigualdades sociais que na sua redução. E mesmo essa parca conquista vem sofrendo duros golpes, que estão provocando seu desmonte, e não sua ampliação.

Ao analisar o denominado permanente e gradual desmonte da Seguridade Social hoje, sob as premissas neoliberais e da globalização, sustenta que praticamente todos os princípios constitucionais estão sendo desconsiderados profundamente: a universalidade dos direitos, a uniformidade e equivalência dos direitos, a diversidade de financiamento no sentido de transferir recursos do capital para o trabalho, e a gestão democrática e descentralizada. Avalia que todos esses princípios estão sendo gradualmente diluídos em sucessivas contrarreformas ou medidas tidas como de natureza técnica, mas que, na verdade, têm um nítido sentido político de desestruturação da seguridade social.

Na avaliação de Boschetti (2013), o princípio de seletividade e distributividade é o único que não está sendo diluído, ao contrário, está sendo colocado em prática com bastante rigor. Entretanto, desse desmonte segue diferentes caminhos e tendências: a desconfiguração dos direitos previstos constitucionalmente ; a fragilização dos espaços de participação e controle democrático previstos na Constituição e corte orçamentário para a seguridade social.

Quanto ao primeiro caminho, a autora infere que os direitos previstos na CF de 1988 não chegaram nem a ser uniformizados , quiçá, universalizados. Foram várias as reformas nesse sentido, a da previdência de 1998, 2002 (Governo FHC) e 2003 (Governo Lula), restringiram direitos, reforçaram a lógica do seguro, reduziram valor de benefícios, abriram caminho para a privatização e para a expansão dos planos privados, para os fundos de pensão, ampliaram o tempo de trabalho e contribuição para obter a aposentadoria (BOSCHETTI e SALVADOR, 2003). Observa que a mais recente tendência da previdência é a proposta de desvinculação dos

benefícios previdenciários do salário-mínimo, o que permitiria reduzir seus valores progressivamente.

No âmbito da política de saúde, os princípios do SUS, como descentralização e participação democrática, universalização e integralidade das ações, estão sendo diluídos pela manutenção cotidiana, apenas de uma cesta básica, que não assegura nem os atendimentos de urgência, mas se nota seu profundo desmonte quando avaliamos as denúncias de falta de medicamento, ausência de condições de trabalho, de orçamento e de capacidade de absorção das demandas, longas filas de espera por uma consulta ou internação. (BOSCHETTI, 2013).

A política de assistência social, por sua vez, não conseguiu superar a histórica focalização em segmentos ditos hoje “vulneráveis” ou nas chamadas “situações de risco”. O acesso e abrangência é restritiva e os benefícios, serviços e programas não atingem mais do que 25% da população que teria direito, com exceção do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e do Bolsa-Família, que vêm crescendo rapidamente nos últimos anos, revelando sua tendência de política de transferência de renda. O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) tem se caracterizado como gestão da escassez, considerando a política econômica que prioriza o pagamento dos juros da dívida a assistir seus cidadãos e vítima dessa própria política (IDEM).

Quanto ao segundo caminho, a fragilização dos espaços de participação e controle democrático previstos na Constituição, a exemplo dos Conselhos e Conferências, a autora infere que estes conselhos, enquanto instâncias deliberativas e participativas, não estão sendo consolidados: extinção do Conselho Nacional de Seguridade Social que tinha a função de articular as três políticas e atribuir unidade ao sistema; extinção dos Conselhos locais de Previdência Social; e, sobretudo, pelo movimento de institucionalização dos conselhos, quase como um setor do Estado, dificultam a consolidação dos conselhos como espaço autônomo de participação, controle democrático e fiscalização.

Quanto ao terceiro caminho e desmonte, e segundo a autora, a mais destrutiva forma de desmonte, é a via do orçamento. Onde as fontes de recurso não foram diversificadas, em desacordo com o previsto na CF, permanecendo a arrecadação predominantemente sobre folha de salários.

Boschetti (2013), aponta o que considera de usurpação de 20% dos recursos da seguridade social para o pagamento da dívida pública por meio da Desvinculação das Receitas da União. Ressalta que em relação ao financiamento, quem paga a conta da seguridade social é, majoritariamente, a contribuição dos empregadores e dos trabalhadores sobre folha de salário, o que, considerando o desmonte do emprego, torna o financiamento regressivo. Outro fator é que historicamente, a maior fatia de recurso do orçamento da seguridade social fica com

previdência social (média de 60%), seguida pela política de saúde (média de 14%), e, finalmente, a política de assistência, com média de aproximadamente 6%.

Outra tendência revelada na análise orçamentária pela autora é que as três políticas reconhecidas constitucionalmente como políticas da seguridade social absorvem em média 80% dos recursos, enquanto 20% são utilizados em outras políticas sociais. Isso tem demonstrado que a redução dos direitos, a restrição dos espaços democráticos de controle democrático e as contenções dos recursos têm íntima relação com a política econômica, que engole parte significativa do orçamento da seguridade social.

Boschetti (2013), destaca que os recursos que compõem as fontes de financiamento da Seguridade Social desempenham um papel relevante na sustentação da política econômica e social e, desde 1994, tem sido apropriação indevida desses recursos do Orçamento da Seguridade Social por meio da Desvinculação das Receitas da União, que são retidos pelo Orçamento Fiscal da União e canalizados para a esfera financeira e geração do superavit primário.

Tal estratégia tem significado “perversa alquimia” (BOSCHETTI e SALVADOR, 2006), que transforma recursos destinados aos direitos sociais em fonte de sustentação da política monetarista de juros altos, estímulo à ciranda financeira.

Conforme a autora, os caminhos do desmonte da seguridade social, apontados até aqui, desdobram-se em várias trilhas: a realocação das receitas do orçamento da seguridade social pelo Tesouro Nacional, por meio da DRU, que vem crescendo anualmente; pagamento dos encargos da dívida, os recursos desvinculados pela DRU são utilizados para cobrir aposentadorias do setor público, investimento em infraestrutura nos Estados e vale transporte e auxílio alimentação de servidores públicos; a baixa participação do orçamento fiscal no orçamento da seguridade social.; o mecanismo da isenção fiscal, que faz com que a seguridade social tenha enormes perdas de arrecadação; a sonegação fiscal; o favorecimento de planos privados de aposentadoria, que proliferaram após a contrarreforma da previdência social.

A autora alerta que outras medidas de desmonte estão acontecendo intempestivamente, a exemplo da reforma tributária, antecipada pela Emenda Constitucional n. 24, que abre a possibilidade para que as contribuições sobre folha de pagamento sejam substituídas por contribuições sobre o faturamento.

Ou seja, a única fonte da seguridade social que não está sujeita à DRU pode ser substituída por outras fontes como a Cofins, o que pode provocar mais redução do orçamento da seguridade social; a publicação da Medida Provisória n. 258 de 16 de agosto de 2005

(aprovada no Congresso), que provoca a fusão da Receita Federal e Previdenciária e concretiza o caixa único entre orçamento fiscal e da seguridade social.

Esse arranjo, leva à aprovação e execução do orçamento da seguridade social à autorização e liberação do Ministro da Fazenda, subordinando ainda mais a Seguridade Social à austera e regressiva política fiscal em curso.

No entanto, Braga (2012) lembra que o regime leva sempre a uma nova derrota ou a uma mudança de orientação quando os trabalhadores assumem o poder ou até mesmo um consentimento passivo dos trabalhadores. Neste cenário e conjuntura, continua a autor a que a pergunta fundamental passa a ser, então, se existe a possibilidade de uma saída diante da devastação ou da segregação do ser humano.

Faleiros (2014), infere a partir dos estudos de Mészáros (2011) que a determinação histórica material está imbricada na necessidade de sobrevivência do ser humano, inclusive como condição para dedicar-se à vida espiritual.

Que a base material não se reduz a uma visão mecânica da determinação, mas é construída pelos homens, conforme as reais potencialidades históricas, sem a linearidade ou a circularidade repetitiva. Trata-se de uma visão, radicalmente aberta, sendo, ao mesmo tempo, sujeita a determinações objetivas materialmente identificáveis e constituída pelo “lado ativo da complexa dialética da base social e da superestrutura” (MÉSZÁROS, 2011, p.32).

No entanto, ressalta Faleiros (2014,34), que no sistema capitalista esse fazer está implicado na reprodução do capital, hoje em nível global. Deste modo, a reação à barbárie capitalista implica uma ação consciente e abrangente a partir das próprias mediações da realidade. Mészáros (2002), sustenta a tese de “insustentabilidade” da ordem econômica atual no processo de contradições inerentes ao próprio capitalismo.

Com as contribuições de Lacerda (2014), Faleiros (2014), indica que a política social abre a possibilidade de humanizar a vida do trabalhador, cabendo-lhe “humanizar a vida e desenvolver experiências (políticas, artísticas, entre outras) que possibilitem a apreensão do real para além do singular e a percepção da luta de classes” (p.715), para tornar as práticas sociais emancipatórias.

É dentro deste espírito investigativo de perspectiva marxista que passaremos a analisar os determinantes, lógicos, os limites e possibilidades do denominado sistema de seguridade social brasileiro. com destaque, para os direitos sociais dos trabalhadores à luz do que foi substanciado por meio da promulgação da Carta Magna de 1988.

1.3.2. A seguridade social e os direitos sociais dos trabalhadores

A Seguridade Social, apresentada no texto Constitucional de 1988, é produto de lutas históricas da classe que vive do trabalho, reivindicando reestruturação das políticas públicas de amparo aos trabalhadores (as), com destaque, para o campo das políticas sociais (Saúde, Previdência e Assistência Social).

A essência do conceito inserido na Carta Magna é o eixo fundante é a solidariedade enquanto princípio balizador do sistema de Seguridade Social, garantido nela, consolidando as ações de saúde, assistência e previdência social, vislumbradas partir da defesa por uma sociedade livre, justa e solidária, da erradicação da pobreza, da marginalização, de reduzir as desigualdades sociais e promova o bem viver de todos.

O objetivo perpassava pela implementação de um sistema de seguridade social que garantisse a universalidade, a gratuidade na saúde e assistência sem mecanismo de focalização e esfacelamento da sociedade por categorias: idoso, criança, deficientes, vínculo formal, entre outros. Ou seja, políticas sociais que protegesse o (a) trabalhador (a) quando impactados pelas manifestações das expressões da questão social, frente ao conjunto de reformas e contrarreformas orquestrada pelo Estado e Capital.

Entre as mudanças apresentadas no texto constitucional, destaca-se: “[...] a ampliação e extensão dos direitos sociais; a concepção de seguridade social como forma mais abrangente de proteção” (DRABE,2003, p.7). E Machado (2019) aponta o momento significativo que consolidava “ um sentimento de identificação em relação ao sofrimento alheio; da responsabilidade recíproca” (p.1).

Longe de negar a substância que o texto constitucional de 88 quanto a forma com que o Estado conduzia as políticas sociais, sob a perspectiva do direito a partir do registro em carteira profissional, com a promulgação dela, evidenciamos, segundo Cavalcante,(2013) que poucos foram os avanços visando a efetivação da nova política de seguridade social.

Além de alterações nos princípios da questão social como: aumento da cobertura para segmentos até então desprotegidos; o fim do tratamento diferenciado entre trabalhadores urbanos e rurais, Boschetti (2003, p.13) avalia como uma verdadeira reforma social, pois ampliou especialmente o conceito de previdência social, acabando com a diferença e tratamento dado pela previdência social as trabalhadores urbanos e rural, vinculou o salário mínimo ao benefício previdenciário, assentados na integralidade dos proventos, progressividade das contribuições e aposentadorias por tempo de trabalho e idade, em consideração ao desgaste provocado pelas degradantes condições de vida e de trabalho.

No entanto, a Seguridade Social aprovada na Lei não foi implementada como previsto na Carta Maior (MACHADO,2018; CAVALCANTE, 2013; DRAIBI, 2003; LOBATO E FLEYRY,2009; SALVADOR, 2017; BOSCHETTI E TEIXEIRA, 2018), essa concepção não chegou nem a se por em pé, pois nos anos 80, década forte pelo processo de democratização no Brasil, num contexto global, o capital colocava em prática seu projeto neoliberal, sentindo sua força na conjuntura brasileira já nos anos 90, sobretudo, a partir da segunda metade da década final do século 20.

Mas, na verdade, a política de conciliação de classes, contudo, se revelou insustentável e se dobrou aos interesses do capital, sendo um dos maiores exemplos a entrega da previdência e da saúde ao mercado privado. Na previdência, as contrarreformas nos anos 1998, 2003 e 2015 fortaleceram os planos privados por capitalização.

Na saúde, a mercantilização destrói direta e indiretamente o SUS, por meio das Organizações Sociais da Saúde (OSs), criadas em 1998 e fortalecidas nos anos subsequentes, pela possibilidade de transformação dos Hospitais Universitários em Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) - instituída por Decreto no último dia do Governo Lula em 2010 e regulamentada pelo Governo Dilma em 2011, apesar das lutas sociais contrárias à sua criação -, e também por meio da regulamentação dos planos privados, que favorece o mercado em detrimento da universalização do SUS (BOSCHETTI; TEIXEIRA, 2018).

Ainda com base nas autoras, a, então, jovem Seguridade Social que completa 30 anos, núcleo central do Estado Social no capitalismo, nunca esteve imune aos ataques do capital, pela enorme soma do fundo público que mobiliza, seja em sua arrecadação compulsória, seja em seus investimentos sociais. As medidas adotadas pelos Governos Lula e Dilma caminharam na direção ao interesse do mercado gerando um paradoxo, pois não foram capazes nem de aplacar os objetivos do capital, nem foram suficientes para impedir o golpe parlamentar de 2016. Ao mesmo tempo que expõe mais profundamente os golpes sucessivos e avassaladores visando a destruição dos direitos conquistados pela classe trabalhadora no Brasil (IDEM).

Em contexto de crise mundial do capital, o governo tem sido implacável no sentido de demonstrar o bárbaro ataque aos direitos da seguridade social, por meio do estrangulamento de seu financiamento, este estudo mostra as implicações do ajuste fiscal permanente (BEHRING, 2017) na seguridade social, bem como seu aprofundamento recente com a aprovação do congelamento dos gastos públicos pela chamada “PEC do fim do mundo”, aprovada em 2016.

Salvador (2017) acrescenta que a apropriação de recursos vinculados ao Orçamento da Seguridade Social (OSS) tem sido fundamental para a viabilização do ajuste fiscal, implodindo a vinculação de recursos previstos originalmente na Constituição Federal de 1988.

Conforme Salvador, outro mecanismo de desmonte do financiamento da seguridade social são as renúncias tributárias, conhecidas como gastos tributários. Essas renúncias tributárias concedidas sobre as contribuições sociais, que deveriam ser exclusivas para o financiamento da previdência social, assistência social, saúde e seguro-desemprego são desviadas em prol do capital sob as mazelas e espoliação do trabalho.

No campo da Assistência Social, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que foi regulamentada como política pública de Seguridade Social, pela Lei 8.742 de 07 de setembro de 1993 – LOAS, mas a primeira Política Nacional de Assistência Social e Norma Operacional Básica – NOB 2, somente foi aprovada dez anos depois, por meio da Resolução nº 207/1998 do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS/MPAS,

Em 2003, a IV Conferência Nacional de Assistência Social aprovou o, a implantação do Sistema Único da Assistência Social – SUAS, enquanto principal estratégia para regulamentar a gestão da assistência social como política pública no Brasil, culminando na promulgação da segunda Política Nacional de Assistência - PNAS, aprovada por meio da Resolução CNAS nº 145/ 2004, trazendo um ano depois, a Norma Operacional Básica – NOB/SUAS/ 2005, aprovada via Resolução CNAS nº 130/ 2005. A lei nº 12.435/2011 regulamenta o SUAS e altera a LOAS quanto a forma de organização da Assistência Social.

Ao mesmo tempo que a Constituição Federal concebe a proteção social a partir do paradigma da não contribuição à previdência social, voltando-se para o princípio de preservação da vida, da dignidade de pessoa humana, enquanto direito do cidadão e dever do Estado, não tem sido capaz, por si só, de eliminar a pobreza e as mazelas trazidas pelas políticas econômicas e governamentais que priorizam os lucros do capital sob a vida de quem vive do trabalho, provendo somente os mínimos sociais, com base na focalização dos sujeitos a serem atendidos.

Apesar de prever ser implementada por meio de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade visando garantir o atendimento às necessidades básicas; prever à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, nota-se a presença do projeto doutrinário neoliberal, dividindo os sujeitos sociais por categoria: proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice, entre outros.

Reforçando o encontro entre o Estado e o projeto neoliberal, a PNAS prevê o amparo somente às crianças e aos adolescentes carentes; atua na promoção da integração ao mercado de trabalho; a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua

integração à vida comunitária; e na garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e aqueles idosos que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.

Outra novidade no campo de atuação da PNAS é a vigilância socioassistencial promovida a partir da análise territorial, na capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos; da defesa de direitos que garantam o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais.

Constitui o público usuário da política de Assistência Social expresso na PNAS (2004) os cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos (famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social).

O rol de grupos e indivíduos apontados como usuário e público-alvo da PNAS são os desfiliaados no entendimento de Antunes (2002), apesar de serem considerados sujeitos de direitos, cidadãos brasileiros, em sua maioria, não tem acesso formal ao mercado de trabalho e sua situação está agravada pelas reiteradas vulnerabilidades. Essa condição impede que eles sejam inseridos na proteção social contributiva, conforme historicamente tem sido tratada a questão da seguridade no Brasil, configurando as novas manifestações da “questão social”.

Considerando o exposto, e do reconhecimento da curva acentuada dos índices de desemprego, de trabalhadores na informalidade, no trabalho precário, Antunes (2020), deixa evidente que a PNAS enquanto proteção social não contributiva é insuficiente, por si só, para garantir todos seus objetivos previstos na norma constitucional, mas atuar, de forma muito superficial nas manifestações da questão social que a cada dia revela-se cada vez mais profundas.

Motta (2013) chama atenção para o processo de despolitização sofrido em relação as manifestações da questão social que impactam nas condições de vida e direitos dos trabalhadores. Explica que as tensões sociais provocadas pelo não atendimento das demandas sociais coletivas passam a ser minimizadas através do atendimento a questões pontual.

A atual conjuntura onde está inserido o trabalho expõe a precarização do trabalho e desmonte dos direitos da classe que vive do trabalho, desenhado pelos ex-trabalhadores

assalariados que agora são pequenos empreendedores ou trabalhadores por conta própria que até conseguem comprar alguns dos serviços disponíveis no mercado (MOTA, 2009; BEHERING , 2009).

Pereira (2009), ao realizar uma análise dos impactos da PNAS frente a melhoria das condições de vida do(a) trabalhador (a), reconhece sua incapacidade de conseguir superar a histórica focalização em segmentos ditos como vulneráveis e situação de risco , ou seja a abrangência desta política é restritiva e os benéficos atingiram 25% da população que deveria atingir , no entanto, requer destaque o BPC (Benefício de Prestação Continuada) e o Bolsa Família, que vem crescendo e se revelando como uma política de transferência de renda.

Com a pandemia, foram inevitáveis os bloqueios total ou parcial como forma de retardar a disseminação da doença adotados por muitos países, chegando a afetar em torno de 2,7 bilhões de trabalhadores, representando cerca de 81% da força de trabalho mundial (OIT, 2020).

Veloso (2021) infere que, no Brasil, os efeitos da pandemia foram particularmente significativos, não somente em função da queda sem precedentes da população ocupada e da população economicamente ativa, mas também pelo fato de que, diferentemente de recessões anteriores, desta vez os trabalhadores informais foram mais atingidos que os formais. Embora a redução do emprego formal em 2020 tenha sido expressiva (-4,2%), a queda no emprego informal foi proporcionalmente três vezes maior (-12,6%).

No Brasil, Fábio Coltro (2020) realiza outra análise em relação aos números do desemprego, infere que convivemos com a vil realidade da precarização do trabalho desde muito antes. Que, em 2019, 40% da classe trabalhadora encontrava-se na informalidade e mais de 5 milhões de trabalhadores e trabalhadoras experimentavam as condições da chamada uberização do trabalho, proporcionada pelos aplicativos e plataformas digitais. Ainda assim, acreditavam serem privilegiados por essa nova “servidão” (p.1).

Boschetti e Behring, (2021, Costa (2021), Coltro (2020), Antunes (2020), Alves (2020), Texeixeira (2021), Mota (2021) apesar de reconhecerem o impacto da pandemia Covid-19 na vida daqueles que vivem do trabalho, dando curto-circuito no processo de produção e reprodução do capital, ao provocar a suspensão forçada da produção, distribuição e troca mundial de mercadorias, lembra a atualidade da análise da lógica do capital e sua lei geral de acumulação e de que esse processo não está desvinculado da crise sistêmica e estrutural do capital, e de que ela expressa, essencialmente, a contradição insolúvel do capitalismo, assentada na produção social e apropriação privada da riqueza, sustentada na exploração da força de

trabalho e apropriação do trabalho excedente pelos capitalistas (BOSCHETTI; BEHRING, 2021, p.67)

De acordo com os autores, a condição do trabalho no Brasil determina o acesso a duas das principais políticas sociais que compõem a seguridade social enquanto único meio de garantir o acesso a benefícios monetários mensais: a Previdência Social por ser vinculada ao trabalho formalizado ou a contribuição facultativa mensal pelos (as) trabalhadores.

Nesse viés, a assistência social, outro braço do tripé da seguridade, é canalizada para pessoas pobres sem condições de trabalhar por idade ou incapacidade por meio do Benefício de Prestação Continuada (BPC), que, segundo os relatórios da previdência social, já atingiu cerca de 4,7 milhões de idosos e pessoas com deficiência em 2019. Já o Programa Bolsa Família, voltado para famílias miseráveis sem trabalho, atingiu em torno de 14,2 milhões de famílias no mesmo ano, ou seja, atinge quase um em cada cinco brasileiros (as), conforme, Boschetti e Behring, (2021) , Mota (2021), Teixeira (2020).

As autoras explicam que enquanto a reprodução da força de trabalho sem emprego só está assegurada pelos direitos trabalhistas como seguro-desemprego ou pelos direitos previdenciários, como aposentadorias, pensões e auxílios (doença, reclusão) para aqueles (as) que contribuíram; a assistência social atua sobre aqueles que não cumprem as regras contributivas dos seguros sociais.

Tomando como referência os dados de 2019, publicados pelo IBGE, eram em torno de 38,7 milhões de pessoas ocupadas, mas que não são consideradas desempregadas por este instituto, e que não contribuíram para a Previdência Social e que dificilmente terão possibilidade de acessar os direitos trabalhistas e previdenciários. Mas, se consideradas pobres, miseráveis ou incapazes pelos critérios assistenciais, os acessos aos bens sociais virão por meio dos programas de transferências de renda (BOSCHETTI E BEHRING,2021; COSTA, 2021; COLTRO, 2020 ; ANTUNES, 2020; ALVES; 2020; TEXEIXEIRA, 2021; MOTA ,2021)

No caso desta parcela da classe trabalhadora não conseguirem ser “incluídas” pelos severos critérios assistenciais, serão obrigados a se disponibilizar “livres como pássaros”, parafraseando Marx (1867) para “negociar” no mercado as formas mais bárbaras de exploração, sem nenhum tipo de proteção social mediada pelo Estado. Mas não são “invisíveis”, como se ouviu durante a pandemia. Eles representam uma imensa parcela da classe trabalhadora que constitui o que Marx (1867) identificou como a superpopulação flutuante e estagnada, necessária para a reprodução do capital, afirmaram Boschetti e Behring, (2021)

A pandemia, com base nas autoras, revelou ao país e ao mundo o que o país insistia em ocultar: o desmonte da seguridade social e dos direitos trabalhistas pelos sucessivos ajustes

fiscais que deixaram o Brasil imensamente vulnerável diante da devastação do acelerado processo de contágio. (BOSCHETTI E BEHRING, 2021; COSTA, 2021; COLTRO, 2020; ANTUNES, 2020; ALVES; 2020; TEXEIXEIRA, 2021; MOTA ,2021)

Essa afirmação implica dizer que , se por um lado, o Sistema Único de Saúde (SUS), legalmente universal e descentralizado, mas que já agonizava com falta de recursos , entrou em colapso diante das novas, desconhecidas e imensuráveis demandas da Covid-19; por outro lado, a intensa precarização das relações e condições de trabalho faz emergir um universo de trabalhadores e trabalhadoras, aproximadamente, 100 milhões de pessoas ou quase 50% da população, que se viram, da noite para o dia, sem trabalho, sem nenhum tipo de remuneração, sem benefícios assistenciais e sem condições de seguir buscando nas ruas algum tipo de atividade precarizada. (IDEM)

Considerando a atuação do Governo Federal na gestão desta grave crise de saúde pública, Boschetti e Behring, (2021, p.76) entendem que, ao retardar e resistir a exercer sua reponsabilidade pública e assegurar os recursos públicos e as medidas econômicas, sociais e sanitárias necessárias ao enfrentamento da pandemia e, dos casos que se multiplicaram violentamente, o governo federal negacionista, ultraneoliberal e neofascista favoreceu também a multiplicação e a agudização das desigualdades estruturais.

Reafirmam que os mais atingidos pela pandemia foram a parcela mais pobre da classe trabalhadora, moradora das favelas e periferias sem condições adequadas de saneamento e meios de prevenção, com dificuldades de acesso ao SUS saturado, sendo a maioria de pessoas pobres e desempregadas.

Nessa trilha, tomando por base o denominado “orçamento de guerra” (EC nº 106/2020) reconhecem que as tímidas, reticentes e retardatárias medidas federais seguiram o marco doutrinário da mesma política ultraneoliberal já em curso, ou seja, poucos recursos para a saúde e para o auxílio emergencial e trilhões para bancos e empresários.

Os autores salientam que enquanto o “orçamento de guerra” voltasse para o capital, a classe trabalhadora sem rendimento, o governo federal propôs o auxílio emergencial no valor de míseros R\$ 200,00, mas que o valor aprovado pelo Congresso Nacional foi de R\$ 600,00, além da suspensão dos contratos de trabalho com redução salarial e outras facilidade para empregadores interromperem os contratos de trabalho.

Conforme os autores, dos 108 milhões de trabalhadores (as) que solicitaram o auxílio emergencial, somente 68 milhões receberam, chegando a 44% dos domicílios brasileiros. Em contraposição, somente 4,2 milhões solicitaram seguro-desemprego até agosto de 2020,

evidenciando uma redução cada vez maior dos direitos trabalhistas e a ampliação do benefício assistencial na reprodução da força de trabalho.

Numa sociedade monetizada, marcada pela lógica do valor — o que envolve produção e reprodução —, quem não tem renda alguma se aproxima da morte e da brutalidade provocada cotidianamente pelo pauperismo. Este debate envolve como prover as necessidades mais elementares para as majorias que hoje — no Brasil e no mundo — não encontram emprego ou, quando o encontram, se deparam com uma imensa precarização, baixos salários, superexploração. Os programas de “transferência de renda” que se espraiam nos países capitalistas desde a crise da década de 70, longe estão de serem políticas de esquerda, mas têm sido sucessivamente utilizados por partidos de direita e da social-democracia, com diferentes tonalidades e abrangência, diante da incapacidade de o capitalismo assegurar pleno emprego (Boschetti e Behring, 2021p.78-79)

Reconhecem, no entanto, que para os desprovidos de todas as condições de reprodução social no capitalismo, esses programas que transferem recursos públicos sob a denominação de “transferência de renda”, “renda básica” ou “renda mínima” atuam somente na questão de vida ou de morte, ainda mais em países como o Brasil, marcado pela informalidade, baixos e instáveis salários e precarização agressiva.

Boschetti e Behring, (2021) destacam em suas análises, a bárbara condição de mais de 100 milhões de homens e mulheres se tornou explosiva na pandemia. E neste caso, se a “transferência de renda” é funcional à reprodução do capitalismo, não se pode negar que é igualmente necessária para reprodução da classe trabalhadora e não uma “transferência de renda”, não nos termos e parâmetros panópticos e draconianos das propostas neoliberais.

A defesa tática da transferência de renda deve, portanto, incorporar a ideia de uma renda de, no mínimo, R\$ 600,00, financiada pelo imposto sobre grandes fortunas, por uma gestão soberana da dívida pública auditando e, quiçá, fechando a gambiarra de recursos para o pagamento de juros, encargos e amortizações da mesma, entre outras possibilidades. (BOSCHETTI E BEHRING, 2021)

O que se vislumbra é um processo acelerado e ampliado de assistencialização/assistencialismo voltado para o pauperismo absoluto, o que difere imensamente do direito à assistência social. Este último pode e deve compor uma política de seguridade social, fundada em trabalho estável com direitos, previdência e saúde públicas e universais. (BOSCHETTI E BEHRING, 2021; COSTA, 2021; COLTRO, 2020 ; ANTUNES, 2020; ALVES; 2020; TEXEIXEIRA, 2021; MOTA ,2021)

Nesse sentido, com base ainda nas autoras, como direito social, programas de “renda básica universal” podem complementar ou substituir temporariamente a perda de direitos do trabalho, mas jamais terão a capacidade de reduzir desigualdades no acesso à riqueza socialmente produzida. Sua expansão expõe, na verdade, a incapacidade do capitalismo de superar suas crises.

Os autores defendem que as ações do governo federal na sua gestão e da pandemia tem caminhado no sentido de garantir proteção ao capital, e não à classe trabalhadora. O objetivo tem sido evitar que as “classes perigosas” se rebellem, no mesmo passo em que realizam a gestão de um curto-circuito econômico no processo de reprodução.

No campo da previdência social, à exemplo da saúde e assistência, como já exposto acima, Boschetti,(2003, 2011, 2021); Cohn(1995); Faleiros (2000; Mota (2011); Pereira (2000, 2001); Teixeira (2001), os ataques aos direitos não fugiram a regra, as décadas de 1990 e 2000 foram marcadas por retrocesso orquestrada pelos projetos e propostas constitucionais contrarreformistas, com base em um pseudo déficit previdenciário e desconsiderando as reais necessidades dos/as trabalhadores/as no interesse do capital.

Com gênese, ainda no governo de Fernando Collor, onde foram iniciadas as discussões reformistas, apontando para mudanças nas regras das aposentadorias, porém, incorporadas somente no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) por meio do Projeto de Emenda Constitucional (PEC) nº 20, que alterou o Regime Geral da Previdência Social (RGPS).

Essa Emenda Constitucional também substituiu o tempo de serviço por tempo de contribuição, aumentou a idade mínima, instituiu o teto máximo dos benefícios, pôs fim à aposentadoria especial, estabeleceu o regime contributivo para servidores públicos e o regime de previdência complementar.

No governo de FHC, esses elementos foram os mais perversos para a população brasileira (BOSCHETTI, 2003, 2011, 2021; COHN,1995; FALEIROS 2000; MOTA, 2011; PEREIRA,2000,2001; SILVA, 2012; SILVA,2019; TEIXEIRA, 2001) os da reforma atingiram frontalmente os/as trabalhadores/as, em particular, aqueles/as do setor privado que tinham vínculo com a CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas), que viram descer pelo ralo seus direitos conquistados historicamente e já incorporados na Constituição de 1988 em prol dos interesses do mercado e do capital.

No governo Lula passamos por outra contrarreforma na previdência concretizada por meio da PEC nº 40, que modificou o Regime Próprio da Previdência Social (RPPS) dos/as servidores/as públicos/as, dando continuidade as anteriores, seguindo o receituário do e interesses do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial (BOSCHETTI, 2003,

2011, 2021; COHN,1995; FALEIROS 2000; MOTA, 2011; PEREIRA,2000,2001; SILVA, 2012; SILVA,2019; TEIXEIRA, 2001).

Nessa reforma, o Estado atuou em desfavor do servidor, esquivou, enquanto empregador, de algumas de suas responsabilidades ao modificar as cláusulas do contrato de trabalho dos/as servidores/as públicos/as em aspectos como a aposentadoria integral por tempo de serviço, fazendo com que passassem a buscar associação a planos de previdência privada complementar, a qual se refere ao pagamento pelos (as) trabalhador/a de um aditivo para futura aposentadoria.

A reforma visou anular as regras basilares constituídas, reduzindo ainda mais a qualidade de vida dos servidores públicos e dos futuros aposentados, deixando-os expostos ao jogo cruel do mercado privado de serviços e fundos previdenciários., desmotivando e desmantelando o serviço público e alargando e aprofundando o processo de terceirização na administração pública.

O sistema previdenciário vigente (Boschetti, 2003, 2011, 2021; Cohn,1995; Faleiros 2000; Mota, 2011; Pereira,2000,2001; Silva, 2012; Silva, 2019; Teixeira, 2001) estava fundado em três regimes: Regime Geral de Previdência Social (RGPS), voltado para trabalhadores e trabalhadoras da iniciativa privada; Regimes Próprios de Previdência Social (RPPS), com foco em todos os servidores públicos estatutários da União, Estados e Municípios.

Estes dois regimes mantinham comunicação entre eles, - modelo de repartição simples- cujos recursos arrecadados por meio das contribuições voltam-se para a quitação dos benefícios dos atuais servidores aposentados. O terceiro, o regime previdenciário, complementar, comprado no mercado, onde os consumidores negociam previamente o valor que irão pagar e o valor de quanto irão receber quando se aposentarem. A diferença existente entre os sistemas é que se no Regime Geral é definido um teto para os benefícios, nos Regimes Próprios dos servidores públicos os benefícios equivalem à percepção do valor integral de sua última remuneração na ativa, sem limite de teto. (BOSCHETTI, 2003, 2011, 2021; COHN,1995; FALEIROS 2000; MOTA, 2011; PEREIRA,2000,2001; SILVA, 2012; SILVA,2019; TEIXEIRA, 2001)

Em suma, a Emenda Constitucional nº 20 alterou o teto das aposentadorias e pensões e o tempo de permanência no serviço público, estabeleceu a contribuição dos inativos fundada também o pseudo déficit público previdenciário e em desfavor do(a) trabalhador(a) privilegiando o capital e o mercado, transformando cidadãos em consumidores de bens e serviços na saúde e previdência (MOTA, 2011).

Para Marques (2017), o Estado, pressionado pelas chamadas políticas de ajuste estrutural, que direcionam o fundo público para os seus interesses, seja pela mercantilização da previdência social transformando benéficos “em mercadorias privilegiadas” do capital financeiro, vendidos como benefícios de contribuição definida, reduz os investimentos nas políticas públicas em prol do mercado e capital, ampliando os investimentos para para os serviços e amortização da dívida. (p.5)

A autora explica que as constantes reformas da previdência implementada pelo Estado a revelia do (a) trabalhador a partir de 1998, e outras que virão, ao enfocarem a questão apenas pelo ângulo de um presumível déficit contábil da previdência estão deslocando o debate daquele que é o cerne da questão: a consolidação da seguridade social como núcleo central de um Estado social universal, justo e equânime. Reformar a previdência pelo ângulo do corte e redução dos direitos é, no mínimo, render-se à lógica securitária atual e restritiva, que subordina o social ao econômico e aos ditames do mercado. (BOSCHETTI, 2003)

Na mesma linha de argumentos e estudos de Boschetti, (2003, 2011, 2021); Behring (2008); Cohn (,1995); Faleiros (2000); Mota, (2011); Pereira, (2000,2001); Silva, (2012); Teixeira, (2001), Silva, (2019) pontuam que, sob os rios caudalosos da forte crise econômica brasileira, o governo Temer encaminhou, ao final de 2016, proposta de contrarreforma da previdência social atendendo aos interesses do capital financeiro, interessado em reduzir os recursos do orçamento da União para as políticas sociais e ampliar os recursos para remuneração dos juros e encargos da dívida pública.(p.215)

Silva (2019) com base nos relatórios do DIEESE (2016), explica que a proposição da contrarreforma da Previdência se articula com a Proposta de Emenda Constitucional n. 95/2016 que instituiu o “Novo Regime Fiscal”, originado pelas críticas liberais e conservadoras ao modelo social da Constituição Federal de 1988, e com a ampliação da desvinculação de recursos constitucionais garantidos para os investimentos sociais, como já explicitamos ao longo deste texto.

A reforma inédita, a Emenda Constitucional n. 95/2016 traz em seu bojo o aprofundamento da regressão de direitos sociais até então, colocadas em práticas pelas reformas anteriores, além de congelar os investimentos sociais por 20 anos, limita seus reajustes a variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), desconsiderando o cenário de crescimento de 9% da população, a crescente curva de desempregados, o aumento significativo dos idosos, impactando diretamente no aumento de demandas crescentes ao sistema de seguridade social (SALVADOR, 2016 apud SILVA, 2019).

A Emenda ao congela para os próximos 20 anos, o teto dos gastos públicos primários do governo, mas não limita, contraditoriamente, as despesas financeiras voltadas para o pagamento dos encargos e serviços da dívida. Esta afetará o direito de milhões de brasileiros a uma aposentadoria digna e aos benefícios assistenciais, como tem ocorrido em todas as reformas realizadas desde a década dos anos 1990, ampliando o abismo entre seguridade social e o fortalecimento da visão de seguro, em prol do fortalecimento do capital financeiro na área de previdência complementar. (IDEM)

A justificativa do Governo Federal para defender a reforma se ancora na tese de que a Previdência Social brasileira se tornou insustentável financeiramente, de acordo com Silva (2019), apresentando sucessivos déficits orçamentários, sendo necessárias medidas para garantir sua sustentabilidade através do “aperfeiçoamento de suas regras”, considerando a “crise de financiamento” as mudanças demográficas na população brasileira, No Brasil, são 5,7 milhões de aposentados (28,14% do total) entre os 20,3 milhões de aposentados que continuam exercendo atividades laborais (FAZIO, 2016 apud SILVA,2019, P.220).

Em relação a Assistência Social, reduz profundamente a rede de proteção social constituída nas últimas décadas (DIEESE, 2017, p. 2 apud SILVA,2019). O governo federal insiste no mesmo discurso, de déficit público sem fazer referência aos gastos com juros sobre a dívida pública. Mas, na realidade, esse déficit não existe, pelo contrário, sobram recursos que são desviados para a aplicação em outras finalidades do governo, à exemplo do próprio pagamento de juros sobre a dívida pública.

A Proposta de Emenda Constitucional n. 287/2016, em sua versão original, previa o endurecimento das regras de acesso aos benefícios da Previdência e da Assistência Social. Caso essas alterações fossem implementadas, promoveriam o rebaixamento no valor médio dos benefícios, minimizando o alcance e a importância da Previdência pública, que é constituída pelo Regime Geral da Previdência Social (RGPS) e os Regimes Próprios de Previdência Social (RPPSs), e da Assistência Social. A reforma retira da Previdência Social que deveria garantir renda para os trabalhadores e busca transferir a poupança previdenciária para o setor privado (DIEESE, 2017; FAZIO, 2016. APU SILVA,2019).

A reforma da previdência em andamento no governo Termer, foi aprovada em 22/10/2019 no Governo de Jair Messias Bolsonaro, com várias alterações, mas com o mesmo vigor de regressão de direitos sociais e ataque a classe trabalhadora, porém sem atingir os militares e o judiciário, com igual impacto.

Segundo o PNAD/IBGE/2017, até 2019 a previdência social representava para a economia brasileira, uma relevante estratégia de redução da desigualdade regional e social,

pois, em 87,9% dos municípios brasileiros, a renda dos beneficiários representa a principal movimentação da economia local.

Recorrendo ao Boletim Estatístico da Previdência Social (dez/2018), o CFESS (2019) aponta os dados sobre o acesso de trabalhadores à previdência social a qual se dá, em sua maioria, por trabalhadores/as com remuneração de até 2 salários-mínimos. Logo, a parcela de mais baixa renda da classe trabalhadora é quem mais vai sofrer com os impactos da seletividade de acesso imposta por mais essa contrarreforma previdenciária, pois terão que trabalhar por mais tempo e, ainda, receber menor valor em benefícios.

Algumas das mudanças trazidas pela PEC nº6/2019 são: elevação da idade mínima para se aposentar da mulher, desconsiderando suas duplas ou triplas jornadas, associando trabalho, tarefas do lar e cuidado de filhos/as; aumento de tempo de contribuição para os homens se aposentarem, também com idade em fase idosa; aumento do tempo de contribuição somada à idade mínima avançada para ter direito a aposentadoria com valor integral; redução no valor do cálculo do salário benefício, redução no valor de aposentadoria por incapacidade, se não for caracterizado acidente de trabalho, doença profissional ou no trabalho e pedágio de 50% a 100% sobre o tempo de contribuição faltante para a aposentadoria.

Ao analisar o retrocesso e impacto da aprovação da PEC nº6/2019 na vida daqueles que vivem do trabalho, o CFESS destaca que algumas atividades laborais – que desgastam mais intensamente o corpo humano ou são realizadas com alta rotatividade nos empregos – diminuem a expectativa de vida do(a) trabalhador(a) e/ou acirram processo de adoecimento. É pouca a perspectiva de que esse segmento da população ingresse no mercado de trabalho com registro em carteira, auferindo rendas incertas e, por vezes, inferiores a um salário mínimo e com provável impossibilidade de acesso à proteção social da previdência social.

Outro lado da reforma destacada pelo CFSS é a aprovação em 2017 da lei das terceirizações incentivando a contratação em caráter precário e temporário, rebatendo diretamente nos períodos de recolhimentos/ contribuições previdenciárias e dificulta ainda mais o acesso aos benefícios previdenciários em idade avançada. Acrescenta, ainda, a discriminação, para acesso ao mercado de trabalho formal, de mulheres, de pessoas idosas, de pessoas com deficiência e negras, principalmente se somada à baixa escolaridade.

O governo Bolsonaro continua a defender o suposto déficit público da previdência social como justificativa para a reforma da previdência em seu governo, apoiado no discurso de “equilíbrio atuarial e “cortes de privilégios. Contudo, suas medidas favorecem o empresariado e os bancos e maximizam a responsabilidade individual dos(as) trabalhadore(as) de garantir sua sobrevivência no Brasil, custe o que custar, até a sua vida.

E, ainda, o falacioso discurso de déficit da previdência social, o governo e o Congresso Nacional exigem mais dos/as trabalhadores() brasileiros(as), com desmonte dos seus direitos sociais e, ao mesmo tempo, perdoa dívidas de diversos empregadores, na casa de bilhões de reais, como de bancos privados que possuem anualmente as maiores taxas de lucros nos país. Isso acontece diante dessa realidade de aprofundamento das desigualdades sociais, de acirramento da exploração do homem e subjugação da vida ao capital,

É necessário que a classe que vive do tabalho, diante das diversidades e tentativas de destruição de direitos sociais historicamente conquistados, se mobilizem em favor de projetos e interesses de sua classe, construindo estratégia, em diferentes espaços ocupacionais contrapondo-se a “expressões de barbárie” impulsionada pelo governo e capital.

Capítulo 2. SUS E A SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

A promulgação da Constituição Federal de 1988 trouxe significativa mudança para a população brasileira, com destaque, no campo das políticas públicas de saúde, assistência e previdência, até então, excludente para a maioria dos trabalhadores, principalmente, no campo da previdência e fundada na contribuição a partir do registro do emprego em carteira profissional, situação esta, de exceção, em um país onde o índice alto de desemprego é considerado o câncer que corroi esse segmento da população.

Neste capítulo, faremos um pequeno resgate da implementação do SUS a partir da Constituição de 1988, seu percurso, caminhos e descaminhos ao longo das últimas décadas para garantir a saúde da população de forma articulada, descentralizada e universal. No campo da vigilância sanitária, analisamos a conjuntura histórica e normativa no mesmo período da implementação do campo da saúde do trabalhador dentro do SUS, trilhando e avaliando a atuação da RESNAST e dos CERESTS, inclusive no Amazonas. Mas que, diante do contexto Pandêmico mundial da Covid-19, o Estado brasileiro não tem cumprido seu papel no gerenciando esta crise de saúde pública sem precedentes.

Mais específico e já adentrando nos resultados da pesquisa, estaremos discutindo a saúde do trabalhador no contexto pandêmico no Amazonas, o papel dos CERESTS neste processo, as políticas públicas de saúde, assistência e trabalho no contexto pandêmico, o processo de cuidados e prevenção frente à pandemia do covid19 pelos trabalhadores da saúde e educação em Manaus, apontando seus descaminhos e seu impacto na saúde do trabalhador, seu processo de envelhecimento, velhice e o cuidado em si como pré-requisito a uma vivência da velhice com melhores condições de vida.

2.1. Legislação e medidas protetivas à saúde do trabalhador

A promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080 e 8.142 de 1990), muitas foram as iniciativas no sentido de traçar uma política nacional, porém, os reais resultados foram insuficientes enquanto plano de ação consistente do Estado brasileiro, principalmente, no que se refere a intersetorialidade, apesar de existir, na prática, não se constituiu uma vigilância sanitária dos processos de trabalho, persistindo as inconsistências, entre outros, na construção de bancos de dados e análises consistentes, sistêmicos e confiáveis das informações (VASCONCELLOS; MACHADO, 2011).

Apesar de serem conhecidos o diagnóstico dos obstáculos para a implementação da política de saúde dos trabalhadores, as soluções propostas seguem caminhos erráticos e periféricos, não sendo priorizada nenhuma destas soluções na agenda de projetos para o país. Isso implica em admitirmos que o campo da saúde do trabalhador vive um permanente desafio para o seu desenvolvimento técnico operacional por dentro das práticas de saúde em geral.

Historicamente, é notória a marginalidade dada à formulação das políticas públicas de saúde na área de saúde do trabalhador, se perpetuando numa equívoca fragmentação da área, intra e extrasetorialmente ao setor saúde. Assiste-se a uma cultura de fragmentos, com destaque, na questão assistencial, atravessando todos os níveis da atenção, formação e educação permanente dos profissionais de saúde; na questão das vigilâncias e no tratamento das informações, nos debates intergestores e da gestão participativa, e, ainda, na condução de políticas locais e programáticas (VASCONCELLOS E MACHADO,2011).

De acordo com os autores, uma política de Estado que seja centrada nas relações saúde-trabalho, operacionalizada na dimensão dos processos produtivos, do desenvolvimento e de sua sustentabilidade, implica concebê-la na transversalidade da categoria trabalho, na transetorialidade articulando estruturas do Estado e a necessária transposição dos limites da gestão do SUS, em direção a uma transição para o 'trans'.

A transição para a transetorialidade, de acordo com os autores, com base na transposição da gestão, possui como exigência entendermos que as políticas, os planos e as ações decorrentes da saúde fazem parte da estrutura sistêmica do Estado e devem ser inseridas em todas as esferas e centro de decisão das políticas, sob a condução do SUS, apropriando-se da capilaridade estrutural do sistema enquanto instâncias efetivas de política de saúde voltada a este seguimento da sociedade brasileira. O principal dilema tem sido o enfraquecimento da política nacional, reproduzida pelo sistema de saúde brasileiro, retirando a centralidade da categoria trabalho dos determinantes sociais dos agravos da população em geral.

Ao analisar as ações de VISAT, Pereira (2015) pontua que um dos seus principais papéis tem sido a intervenção do Estado, seja na propriedade, no processo de trabalho ou nos ambientes de trabalho, de forma a atender às demandas sociais de saúde, individuais ou coletivas.

No entanto, a atuação do SUS, como instrumento legal para assegurar o direito à saúde dos trabalhadores, supera esta simples intervenção em prol de condições adequadas no ambiente de trabalho. Ao mesmo tempo, as ações de VISAT são complexas e requerem o envolvimento dos diversos setores da administração pública, bem como diversificada área do conhecimento,

como pré-condição para entender todo o processo de adoecimento do trabalhador, desde a promoção até a reabilitação (PEREIRA,2015).

É urgente que o campo de produção de conhecimentos em saúde assuma o desafio de dar relevância à categoria trabalho como central em saúde pública, considerando que a maioria dos estudos científicos envolvendo o campo da saúde do trabalhador tem se voltado para identificar as enfermidades relacionadas ao trabalho (MENDES, 2003; MINAYO-GOMEZ & THEDIM-COSTA, 2003; FREITAS, 2005; SANTANA, 2006 apud VASCONCELLOS E MACHADO, 2011), e não específico ao trabalho como determinante social relevante.

Neste estudo, a saúde do trabalhador é produto e expressão concreta das contradições das relações sociais de produção, nos termos de Max e no campo do conhecimento, e não está restrita ao âmbito técnico e ou político, possui um componente ético-político assegurados, inclusive, nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Enquanto campo de intervenção e de práticas na esfera da saúde pública, a saúde do trabalhador tem como fundamento os princípios do SUS, do acesso universal, da integralidade da atenção, com ênfase em ações de prevenção e de promoção, descentralização e participação social. Compreende um corpo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, políticas, humanas –, multiprofissionais e interinstitucionais no âmbito da saúde coletiva (VASCONCELLOS, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000) explica que a saúde do trabalhador e um ambiente de trabalho saudável são valiosos bens individuais, comunitários e dos países. Que a saúde ocupacional é uma importante estratégia não somente para garantir a saúde dos trabalhadores, mas também para contribuir positivamente para a produtividade, qualidade dos produtos, motivação e satisfação do trabalho e, portanto, para a melhoria geral na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade como um todo.

Ampliando a concepção, Vasconcellos & Machado (2011) inferem que o conceito de saúde do trabalhador transcende o direito trabalhista, previdenciário e os demais direitos limitantes por efeitos específicos de contratos. Envolve o direito à saúde em seu aspecto mais amplo e inseparável da cidadania plena.

Reiteram que ação de saúde e ação política são inseparáveis, neste processo, os trabalhadores são sujeitos e protagonistas da ação político-institucional, inclusive na construção de conhecimentos e dos instrumentos de intervenção. Caminha em direção ao cenário do desenvolvimento sustentável, cuja base estrutural para a concretização da política tem como palco o SUS, em uma perspectiva efetivamente sistêmica que vai além do setor saúde.

É inseparável o campo da saúde do trabalhador da ação política, dos trabalhadores enquanto sujeitos e protagonistas da ação político-institucional, na construção de conhecimentos e de instrumentos de intervenção. E, ainda, segundo os autores o conceito transcende vários campos de conhecimento em direção e cenário do desenvolvimento sustentável, enquanto base estrutural para construção de uma política onde o palco venha a ser o SUS, num sistema para além do setor saúde.

São considerados trabalhadores e ou trabalhadoras neste estudo todos os homens e todas as mulheres que desenvolvam atividades laborais na área urbana ou rural, seja formal e ou informalmente no mercado de trabalho, ou mesmo com ou sem vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativado, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado, inclusive os desempregados, indo de encontro aos preceitos do SUS quando a definição e objeto da saúde.

Contrariamente aos marcos da saúde ocupacional, onde os trabalhadores são percebidos enquanto pacientes e/ou como objetos da intervenção profissional, no campo da saúde do trabalhador, estes, constituem-se em sujeitos políticos coletivos, com conhecimento e saber provindos da experiência de vida e agentes essenciais de ações transformadoras, saberes e práticas, imprescindíveis, à saúde durante toda as fases de desenvolvimento e vivência com qualidade na vida.

A Saúde do Trabalhador desde sua concepção até o desfecho da realização de seus objetivos no campo da execução das políticas públicas em saúde tem uma profunda e visceral ligação com o pensamento de Karl Marx (VASCONCELOS, 2007). Além de intervir diretamente nas condições de agravos a saúde do(a) trabalhador(a) decorrentes do processo de trabalho, atua instrumentalizando-os na efetivação por melhores condições de trabalho.

A intrínseca relação da área da saúde do trabalhador enquanto campo de conhecimento com a tradição marxista continuam a contradizer qualquer ideia ligada a superação do marxismo, à exemplo: “fim do trabalho”, “marxismo está morto”, “adeus ao proletariado”, levantado como bandeira na década de 1980 e 1990 tanto pela direita quanto pela esquerda dita pós-moderna (LEHER, 2007 apud VASCONCELOS, 2010).

Na perspectiva Gramsciana, a saúde do trabalhador é expressão da luta histórica do segmento trabalhador na relação capital x trabalho, produto de luta, complexa, diferenciada, contraditória, arena privilegiada onde os distintos sujeitos locais (trabalhadores, técnicos, gestores, empresários, sindicatos) se organizam, articulam as suas alianças, confrontam os seus projetos ético-políticos e disputam o predomínio hegemônico (OLIVER, 2010).

Vasconcelos (2017) aponta que no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o campo da saúde do trabalhador (ST) é uma das áreas de atuação de maiores desafios para sua efetiva implantação, pois tem suas raízes nas relações sociais de produção, palco dos conflitos de classe e da hegemonia do poder político-econômico na condução das políticas públicas.

Com o Estado alinhado a ideologia liberal internacional do capitalismo de mercado globalizado, o Brasil encontra resistência para implementar determinadas áreas na saúde, à exemplo da ST, que não se contrapõe à ordem política e econômica vigente.

Contudo, a ordem jurídica do Estado brasileiro inscreveu o SUS enquanto política inclusiva, universalista e participativa, inserindo em seu âmbito de responsabilidade a área da ST. Quando centramos nosso olhar sobre a contradição de o SUS ser uma política de bem-estar social abrigada em um Estado de ‘bem-estar do mercado’ visamos colocar a ST no centro de um debate político- -normativo e epistemológico fundamentado no grande impacto do adoecimento e morte no trabalho que a saúde pública ainda não dimensionou acuradamente e não enfrenta cotidianamente. (VASCONCELOS, 2017)

Nesse processo, o trabalho é concebido como eixo organizador da vida social, espaço de dominação e resistência dos (as) trabalhadores (as) e determinante das condições de vida e saúde das pessoas. (BRASIL,2018)

De outra forma, o conceito de saúde do trabalhador é carregado de historicidade, criticidade. Isso significa pensá-lo a partir de dois referenciais fundamentais: a análise do processo de trabalho, a partir da acepção marxiana, e o trabalhador como ser social de intervenção desse processo em torno da luta pelo direito à saúde e condições de trabalho que não o agrida. (OLIVER, 2010)

As intervenções têm como objetivo contribuir para a transformação dos processos produtivos, tornando-os fonte de saúde, e não de adoecimento e morte, visam garantir a atenção integral à saúde dos(as) trabalhadores(as), enquanto sujeitos inseridos nos processos produtivos (BRASIL, 2018), ficando os temas relacionados a saúde do trabalhador inseridos no amplo espectro de teorias e práticas do campo da saúde coletiva, nos marcos institucionais do SUS, com ênfase à participação dos trabalhadores e trabalhadoras enquanto sujeitos coletivos.

Frias (1999) identifica a gênese da preocupação com a saúde do trabalhador se inscreve, ainda, na antiguidade greco-romana, onde trabalho já era concebido como um dos fatores gerador e modificador das condições de viver, adoecer e morrer dos homens. Em estudos sobre a essa problemática, segundo o autor, Hipócrates, Plínio, Galeno enumeravam alguns fatores determinantes na produção da doença, a exemplo do próprio ambiente de trabalho, a sazonalidade, o tipo de trabalho e a posição social, entre outros.

No mesmo caminho de análise, Pereira (2015), infere que as ações no campo da saúde do trabalhador, na antiguidade, ao contrário do que defendia grande parte da sociedade, inclusive do próprio setor regulado, o termo “saúde do trabalhador” em *lato sensu*, é encontrado na literatura como já sendo mencionado pelo médico e filósofo grego Hipócrates (460-377 AC) e relacionado ao meio ambiente de trabalho com as moléstias adquiridas pelos trabalhadores.

Camisassa (2016) cita o naturalista romano, Plínio, “o Velho” (23-79 d.C.), na sua obra, “De Historia Naturalis”, descreveu as condições de saúde dos trabalhadores em exposição ao chumbo e poeiras, indicando como eram confeccionados, de forma improvisada pelos próprios trabalhadores, os primeiros equipamentos de proteção “panos ou membranas de bexiga de animais” usados para proteger o rosto como mecanismo e ou meio de atenuar a inalação de poeiras nocivas que ocasionavam agravos de saúde relacionadas as moléstias do pulmão entre mineiros e, envenenamento devido ao manuseio de compostos de enxofre e zinco.

Frias (1999) e Pereira (2015) identificaram na obra “*De Re Metallica*”, de Georg Bauer (Georgius Agricola) 1556, inferências às doenças pulmonares entre os mineiros relacionada à silicose (“asma dos mineiros”; agravos estes identificados também na obra de Paracelso (1567), na região da Boêmia, por conta de intoxicação pelo mercúrio. Na obra “*De Morbis Artificum Diatriba*” do médico Bernardino Ramazzini, descreve doenças com histórico de ocorrência em, pelo menos, mais de cinquenta profissões na região de Modena na Itália. Morgani com sua obra “Tratado de Patologia” (1761) problematizou o problema da *ocupação*, fazendo referência ao câncer escrotal nos trabalhadores que limpavam chaminés.

A partir de sua obra, Ramazzini, foi concebido como pai da Medicina do Trabalho, nela, antecipa conceitos básicos da Medicina Social, justificando o estudo das relações entre o estado de saúde de uma determinada população e suas condições de vida, relação esta que estavam, segundo o autor, na dependência da situação social.

Na europa, segundo Frias (1999), a visão de Ramazzini é de a vida social e tudo que a ela se referisse, envolvendo as condições de trabalho e de saúde, deveriam estar a serviço do Estado, configurando-se aí, de acordo com o autor, um dos elementos doutrinários de um sistema, ao que se denominou posteriormente de mercantilismo ou cameralismo.

De acordo com Camisassa (2016) em meados do século XVI, o pesquisador alemão George Bauer na obra “*De Re Metallica*”, descreve problemas relacionados à extração de minerais e à fundição da prata e do ouro onde indicava a doença denominada de “asma dos mineiros”, mais tarde identificada como silicose (doença pulmonar causada pela inalação de poeira de sílica, por anos seguidos). Durante a Revolução industrial, apesar de constitui-se em processo de grandes transformações econômicas, tecnológicas e sociais, que teve início na

Europa Ocidental no século XVIII, mais precisamente, na Inglaterra, isso não significou melhores condições de trabalho e saúde para os operários, muito pelo contrário, ao lado do progresso e desenvolvimento industrial, presenciava-se o crescimento desordenado das doenças e mortes entre os trabalhadores assalariados, utilização em massa do trabalho de mulheres e crianças que eram submetidas a jornadas exaustivas de trabalho, associadas às precárias condições de trabalho.

Ainda segundo o autor foi nessa época que surgiram os primeiros movimentos operários contra as péssimas condições de trabalho e ambientes insalubres. Nesses movimentos, os trabalhadores passaram a se organizar em sindicatos para melhor defenderem os seus interesses. Mas, apesar de vários riscos de inúmeras atividades serem conhecidos, até então pouco ou quase nada era feito para combatê-los ou reduzi-los. Algumas legislações de proteção ao trabalho foram impulsionadas somente após muitos conflitos e revoltas, começaram a surgir as primeiras leis de proteção ao trabalho, inicialmente das mulheres e crianças (IDEM).

A autora infere que um dos marcos da legislação internacional relativa à proteção do trabalho foi a aprovação, pelo parlamento britânico, a partir de 1802, de várias leis conhecidas como Leis das Fábricas (*Factory Law* ou *Factory Acts*) com o objetivo de proteção do trabalho de mulheres e crianças. Abrangia, inicialmente, as indústrias têxteis, somente em 1878 passou a valer para todas as indústrias, no entanto, apesar do avanço na proteção do trabalho, o Ato de 1802 não regulamentou a inspeção sanitária, ocorrendo somente em 1833.

A publicação do *Factories Law de 1844* traz a inclusão de requisitos expressos de proteção do trabalho das mulheres e a obrigatoriedade de comunicação e investigação de acidentes fatais e de proteção de máquinas (CAMISASSA, 2016).

Na Europa, com destaque, na Alemanha, França e na Inglaterra, difundiu-se a doutrina da Medicina de Estado, baseada em ideólogos como Petty que entendia como sinônimo de opulência e poder, o fato de uma população ser saudável. A concepção da época trazia a preocupação com a urbanização crescente, questões de alimento para o povo, saneamento, e as grandes epidemias. Enquanto a Europa assistia ao nascimento da medicina coletiva, urbana, e social, a Revolução Industrial modifica todo um sistema econômico mundial, e com reflexos sociais e para a saúde das populações europeias (FOUCAULT, 1987; ROSEN, 1994 apud FRIAS, 1999).

Outros desdobramentos como o êxodo rural ocasionado pela Revolução Industrial, as questões urbanas de saneamento e de miséria se juntaram a outro grande problema: as péssimas condições de trabalho (e ambiente) alterando o perfil de adoecimento dos trabalhadores que passaram a sofrer acidentes e desenvolver doenças nas áreas fabris, como por exemplo, o tifo

européu (na época chamado *febre das fábricas*). Outro trabalho foi o de C. Turner Thackrar, médico inglês, em sua obra de 1831e "*Os efeitos das artes, ofícios e profissões e dos estados civis e hábitos de vida sobre a saúde e a longevidade*", que denunciou as péssimas condições de vida e de trabalho na cidade de Leeds, Inglaterra (IDEM).

N século XIX a preocupação da sociedade e do mercado era com a força de trabalho e com as perdas econômicas que suscitou a intervenção dos governos dentro das fábricas, estando inserido nestas, a inserção de médicos em fábricas, do surgimento da medicina do trabalho e das primeiras leis de saúde pública na questão saúde dos trabalhadores. Predominava o conhecimento da "*medicina científica*", unicausal, centrado na teoria microbiana, e conceitos da Medicina Social, no reconhecimento de aspectos como habitação, saneamento, trabalho entre outros, como co-fatores determinantes na gênese do processo de doença (IDEM).

O mundo assiste no século XX a profundas mudanças. O ideário marxista, o socialismo e comunismo, se contrapondo ao capitalismo e a Primeira Guerra Mundial. Tais fatos, segundo Hobsbawun (1995) apud Frias (1999), determinaram profundas mudanças no panorama político-social de todo o mundo, principalmente no mundo do trabalho proveniente da relação capital-trabalho, do movimento sindical emergente passou a expressar o controle social que a força de trabalho necessitava.

As novas tecnologias, ao incorporaram novos processos de trabalho, geravam riscos que culminavam em acidentes de trabalho e doenças profissionais. Esses fatos levam Frias a avaliar que no fim do século passado e o início deste, as grandes invenções, e a incorporação deste novo acervo científico e tecnológico não aconteceu sem danos. Explica que a própria dinâmica da relação capital-trabalho se modificou, embora mantendo o binômio final: explorador e explorado, capitalista e operário. Trazia uma Medicina do Trabalho com uma ótica da medicina do corpo, individual e biológica, estruturada sob a figura do médico do trabalho como agente, e que, através de instrumentos empíricos, atuava sobre seu objeto, o homem trabalhador, na abordagem clínico-terapêutica, em que, no máximo, se analisava o microambiente de trabalho e a ação patogênica de certos agentes (DIAS, 1994; TAMBELLINI, 1993 apud FRIAS, 1999).

Com o advento da transnacionalização da economia, vem também a necessidade de medidas e parâmetros comuns, como regulamentação e organização do processo de trabalho, que uniformizassem os países produtores de bens industrializados sendo criada a Organização Internacional do Trabalho em 1919, reconhecendo a existência de doenças profissionais e junto com ela surge a organização científica do trabalho, o *taylorismo e o fordismo*, convertendo o

trabalhador de sujeito em objeto, apoiado em teorias modernas de Administração, pelo paradigma da produtividade e da conquista do mercado.

Paralelo, abre-se novos campos do saber (química aplicada, engenharia, ciências sociais, psicanálise, desenvolvimento dos primeiros conceitos de Higiene Industrial, de Ergonomia e fortalecia-se a Engenharia de Segurança do Trabalho). No campo da Saúde Pública, é criada a escola de John Hopkins, a de Pittsburgh, com ênfase na Medicina Preventiva atrelada aos estudos de Leavell & Clark. Tais fatores e conjuntura, constrói um novo modelo baseado na interdisciplinaridade e na multiprofissionalidade, onde a Saúde Ocupacional, agora, sob a égide da Saúde Pública passa a ter uma perspectiva bem mais ampla que o modelo original de Medicina do Trabalho.

Mas, a medicina tradicional, segundo o autor, que divide e fragmenta o homem não desapareceu, apenas, sofreu mudanças no curso da história, considerando fatores econômicos, sociais, e políticos, ampliando-se, somando-se o acervo de seus conhecimentos ao saber incorporado de outras disciplinas e de outras profissões.

Pereira (2015), afirma que, apesar do problema envolvendo as condições de saúde do trabalhador vir sendo discutido há séculos, políticas mesmo que assegurassem proteção a estes trabalhadores eram inexistentes. Aponta que algumas mudanças mais claras, que se relacionassem a consolidação de alguns direitos nesta área, deram-se somente no final do século XVIII por ocasião do início da Revolução Industrial na Europa, por ocasião da formação e gênese da classe operária.

Hoefel et al (2005) aponta que na primeira metade do século XX, as grandes mudanças nos processos produtivos decorrentes das duas grandes guerras mundiais, e o enorme esforço de reconstrução no pós-guerra são fundamentais para a emergência dos novos problemas e necessidades de saúde relacionadas ao trabalho. Profissionais de outras áreas passam a compor a equipe médica, centrando suas discussões e intervenções na higiene, ergonomia e segurança do trabalho, colocando os alicerces da prática da Saúde Ocupacional.

No pós guerra, sob a égide do *welfare state*, a melhoria das condições de vida das pessoas em decorrência das políticas públicas no *estado de bem-estar social*, além da reorganização dos movimentos sociais, em particular, na Europa, favoreceram a emergência para novos questionamentos relacionados as condições de trabalho e reivindicações de mudanças que, de alguma forma, pudessem garantir saúde e melhoria no ambiente e na qualidade de vida dos trabalhadores (HOEFEL et al, 2005).

Ainda ao nível internacional, no século XX, são criados vários organismos cujo objetivo é a proteção do trabalho: 1914- Criação do *National Institute of Occupational Safety*

and Health (NIOSH) um órgão de pesquisa em Segurança e Saúde no Trabalho e ainda hoje praticamente todos os países utilizam a metodologia de avaliação da exposição ocupacional estabelecida por este órgão; 1919- Criação da OIT (Organização Internacional do Trabalho) (CAMISASSA, 2016).

Em 1938 foi criado a *American Conference of Governmental Industrial Hygienists* (ACGIH)- Associação dos Higienistas do Governo Americano e que desenvolve pesquisas sobre os Limites de Exposição Ocupacional para os agentes físicos, químicos e biológicos e Índices Biológicos de Exposição; 1966- Criação da FUNDACENTRO Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho, voltada para o estudo e pesquisa dos problemas relativos à segurança, higiene e medicina do trabalho- Em 1974 passou a ser vinculada ao Ministério do Trabalho. Criada inicialmente como Fundação Centro Nacional de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho (CAMISASSA, 2016).

Enquanto no início do século XIX, a Inglaterra já se preocupava com a proteção dos trabalhadores das indústrias têxteis, ainda que de forma tímida, se comparada a referência atual, somente no final daquele século, por volta de 1870 é que se tem notícia da instalação da primeira indústria têxtil no Brasil, no estado de Minas Gerais e somente vinte anos depois surgia é aprovado o primeiros dispositivos legais relativos à proteção do trabalho, mais precisamente em 1891, com a publicação do Decreto 1.313 voltada para a proteção do trabalho de menores, sendo que os trabalhadores adultos não foram considerados por este decreto. (CAMISASSA, 2016)

É bem verdade que, no Brasil, até as Constituições de 1824- período imperial - e Constituição de 1891- período Republicano - não registravam nenhum dispositivo voltado para a proteção ao trabalho, ou mesmo qualquer determinação relacionada ao campo do trabalho, considerando que até 1888, o país possuía base escravagista enquanto principal alicerce do desenvolvimento econômico (IDEM).

Data de 1904, segundo Pereira (2015), os primeiros projetos voltados para implantação de legislação no âmbito do amparo social a classe trabalhadora, mas somente em 1919 é promulgado o projeto de lei que se fundamentava na teoria do risco profissional, elaborado por Adolfo Gordo, em conjunto com o Departamento Estadual do Trabalho de São Paulo (DET), onde o risco foi conceituado como sendo inerente a atividade exercida no trabalho, apesar de prevalecer a concepção de aceitabilidade da exposição dos trabalhadores a certos riscos, não por impossibilidade técnica, mas por outros determinantes.

A proteção do trabalho no Brasil, do ponto de vista constitucional, começou a dar seus primeiros passos no governo de Getúlio Vargas, com a Constituição de 1934. Pois, o Estado

brasileiro encontrava grande resistência para a elaboração de medidas necessárias para a proteção dos trabalhadores, sobretudo a barreira econômica, motivo pelo qual qualquer política no campo da saúde do trabalhador nas Constituições Federais de 1946 e 1967 foram tímidas, restritas à higiene e segurança do trabalho como um dos direitos sociais, sem maiores detalhes. Omite-se qualquer ação quanto a saúde do trabalhador, empurrando-a para as demais legislações suplementares a regulamentação da saúde dos trabalhadores, deixando a categoria sob o poder econômico e do sistema sociometabólico do capital (MÉSZAROS,2002).

Segundo Pereira (2015); Munakata (1982, apud MAENO 2005), duas questões estava em jogo: a precariedade da situação dos trabalhadores, que poderia estimular ainda mais os movimentos operários; a desvantagem no quesito competitividade dos países que adotassem uma legislação trabalhista em relação aos que não o fizessem. Mas, apesar, da lentidão, no geral, o Brasil acompanhou esta tendência mundial, com destaque, após a promulgação da Constituição federal de 1988 como componentes da seguridade social.

A área de Saúde do Trabalhador, por suas características estruturais e de inter-relação, alicerça-se numa dinâmica que envolve diversos atores sociais, especialmente do movimento organizado dos trabalhadores e das instituições que tratam das especificidades da questão. O período que antecedeu o processo constituinte de 1986-1988, no contexto do Movimento pela Reforma Sanitária, foi marcado por uma intensa mobilização desses atores, cuja expressão maior foi a realização, em 1986, da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (OLIVEIRA ET AL, 1997; OLIVEIRA et al, 1997).

Em relação a legislação, Pereira (2015) destaca o Decreto Lei nº 3.724/1919 que possuía como diretriz o princípio da uniausalidade, e de aspecto liberalista onde o acidente de trabalho estava restrito a atividade laboral, não se discutia ou intervia nas relações de trabalho. O Decreto Lei nº 24.637/1934, repetia o mesmo princípio, da uniausalidade, mas concebia os sindicatos com instituições assistencialistas, e não reivindicatórios; o Ministério de Trabalho, Indústria e Comércio com competência para estabelecer listagem das doenças equivalentes a acidentes.

O Decreto Lei nº 7.036/1944 amplia a teoria do risco profissional para o risco da autoridade, subordinação do empregado subordinado ao patrão, e os acidentes, presumidamente, ser de ordem direta ou indireta responsabilidade do empregador, trazendo para a agenda pública governamental a discussão da estatização dos seguros de acidentes de trabalho; a obrigação do empregador pelo custeio da máxima segurança e condição de higiene no trabalho, impondo penalidades em caso de descumprimento. Tem-se o início da preocupação com a prevenção da saúde do trabalhador, estabelecida formalmente, e não limitar a medicina

legal, e o tratamento das moléstias com base em abordagem sob o viés social, aproximando-se do trabalhador individual de forma integrada com outras áreas do conhecimento (PEREIRA,2015).

E, ainda, aliamento dessa concepção e a profundas mudanças nas indústrias, a criação de novas tecnologias e novos riscos evidencia-se cada vez mais a necessidade de se intervir nos fatores que oferecem riscos aos trabalhadores, advindo o conceito de saúde ocupacional e a responsabilização do Estado a sua operacionalização, dando aos anos 1970 o olhar sob a estrutura social, ao trabalho e as instituições públicas de saúde pela medicina social ; ou seja, surge nova dimensão do ser humano e sua inserção no processo produtivo como um todo, na organização e na divisão do trabalho, além das características específicas de cada extrato social (LECIONA MAENO (2005 APUD PEREIRA, 2015).

Na mesma linha de análise de Santana & Silva (2009), Pereira (2015), Gomez et. al, (2018) indicam que o campo da Saúde do Trabalhador (ST) no Brasil é resultante de um patrimônio acumulado no âmbito da Saúde Coletiva, com raízes no movimento da Medicina Social latino-americana e influenciado significativamente pela experiência operária italiana. Para eles, o avanço científico da Medicina Preventiva, da Medicina Social e da Saúde Pública, durante os anos 1960/70, ampliou o quadro interpretativo do processo saúde-doença, inclusive em sua articulação com o trabalho. Percebe-se uma referência central para o estudo dos condicionantes saúde-doença passou a ser o processo de trabalho, conceito recuperado, nos anos 1970, e emanados a partir das ideias marxiana, particularmente no Capítulo VI de *O Capital*.

Gomez (2018) identifica a apropriação do conceito de “processo de trabalho” enquanto instrumento de análise que permite redefinir concepções ainda hegemônicas com viés reducionista e fragmentado entre causa e efeito, de perspectiva uni ou multicausal, omitindo ou excluindo a dimensão social e histórica do trabalho e do binômio saúde/doença. Pois, o indivíduo e ambiente são apreendidos na sua exterioridade, ignorando-se sua historicidade, além do próprio contexto em que estão submergidas as relações de produção materializadas em condições específicas de trabalho, geradoras ou não de agravos à saúde.

Nesta perspectiva, no Brasil, a concepção de saúde do trabalhador se constitui enquanto campo de práticas e de conhecimentos estratégicos interdisciplinares - técnicos, sociais, políticos, humanos, multiprofissionais e interinstitucionais, de cujos objetivos passou a ser a análise e intervenção nas relações de trabalho que possam impactar ou gerar quaisquer situações de doenças e agravos para o trabalhador. Seus marcos referenciais passam a constituir-

se na Saúde Coletiva, cujo olhar, passa a deter-se no tripé: promoção, prevenção e vigilância (GOMEZ ET. AL, 2018).

No Brasil, foi visível a perda econômica incomum em comparação aos cinquenta anos anteriores onde tivemos boas médias de crescimento econômico. Enquanto nos anos 1970, o crescimento do PIB brasileiro ficou em torno de 7%, nos anos 1980, o PIB médio recuou para 2%. Daí, termos vivenciado a elevação do déficit público gerada pelo aprofundamento da dívida externa e no fim dessa década, a hiperinflação (BRASIL,2001)

Paralelamente, segundo a Organização Internacional do Trabalho – OIT, e não diferente, o caos se propagava, pois, vivenciávamos no Brasil, no campo do trabalho, elevadíssimos índices de acidentes de trabalho e doenças relacionadas direta ou indiretamente ao trabalho (BRASIL, 2001).

Neste cenário, a população brasileira, por meio dos movimentos sociais passa a contestar a ordem estabelecida pela ditadura militar, na perspectiva da transformação da relação entre Estado e sociedade. Almeja-se a um Estado enquanto espaço de luta política pela incorporação dos direitos dos dominados, na perspectiva da construção de contra hegemonia, que planeje e execute políticas públicas voltadas para o atendimento das demandas sociais dos trabalhadores organizados. Um Estado, que no campo da Saúde Pública incorpore a gestão e o controle social compartilhado como previsto pelo SUS. (BRASIL,2001)

É nesse contexto que estão inseridos os Programas de saúde do trabalhador -PST enquanto ações que buscam retirar das empresas a tutela da saúde dos trabalhadores, dando-lhes o direito de exercer controle sobre a própria saúde, possibilitando a inserção da classe trabalhadora nos serviços de saúde enquanto produtores, ações estas que até o final dos anos 1970 e início dos 1980 não era vivenciada na assistência dada pelas empresas e pela Previdência Social através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (DIAS,1994 LACAZ,2007)

Sob forte influência das premissas emanadas pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Organização Mundial da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 1983 publicou o Programa de *Salud de los Trabajadores*, e, ao mesmo tempo, patrocina um seminário voltado para a temática saúde do trabalhador, realizado, em 1984, em Campinas, onde discutiu-se a necessidade de resignificar o conceito de saúde ocupacional ampliando-o para saúde dos trabalhadores de forma que o mesmo abrangesse todas discussões, ações e tratativas envolvendo quaisquer problemáticas no campo da saúde-trabalho, agora, sob o viés biopsicossocial, nesse entendimento, intrínseco aos fatores, inclusive, econômicos e culturais.

Uma importante iniciativa em 1984 provinda da assessoria técnica do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho – DIESAT, junto ao Sindicato dos Trabalhadores Químicos e Petroquímicos do ABCD que convida o sindicato para que apresentasse à Secretaria de Estado da Saúde (SES) o Programa de Saúde do Trabalhador Químico do ABC, e que, mais tarde, foi expandido para a SES de São Paulo e outros Estados. Destaca-se que nesses Programas de Saúde do Trabalhador (PST) contávamos com diferentes níveis de participação dos trabalhadores, inclusive a frente das ações de vigilância em algumas empresas (GOMEZ ET AL., 2018).

No bojo da contemporaneidade do Movimento da Reforma Sanitária, a nova concepção quanto a análise, estudo e intervenção no campo da saúde do trabalhador tomou maior prospecção a partir da realização em 1985 da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Neste mesmo ano também foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador centrada na divulgação de experiências quanto a implantação da Rede de Serviços de saúde do trabalhador.

Essa rede, anterior à promulgação do SUS, já incorporava princípios e diretrizes como universalidade, integralidade e controle social, que, quase uma década depois, foram consagrados na Constituição de 1988. Foi bem significativo para o campo da saúde do trabalhador a implementação da nova metodologia, onde criou-se as classificações de risco, até então, fundamentalmente, associadas às propriedades materiais e mensuráveis quantitativamente dos objetos, meios e ambientes de trabalho, passam a compor os componentes mais qualitativos derivados da organização do trabalho (SANTANA & SANTOS, 2009; GOMEZ ET. AL, (2018).

A saúde do trabalhador enquanto expressão concreta das contradições das relações sociais de produção, tal qual é concebida hoje no campo do conhecimento de premissa crítica, não tem uma direção unicamente técnica, mas são agregados componentes ético-político com fulcro nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Estes princípios norteiam não somente as ações de saúde, mas instrumentalizam os trabalhadores na efetivação por melhores condições de trabalho e vida (OLIVER,2010).

Vasconcellos (2011) no mesmo rastro da maioria dos estudiosos, ao fazer um resgate histórico quanto aos primórdios da instituição do campo da saúde do trabalhador no Brasil também identifica sua gênese inscrita na conjuntura política de organização e de lutas pela redemocratização do país, com destaque, a partir da década de 1980, diferentes atores sociais, inseridos em espaços e lugares sociais diversos questionavam as concepções e políticas públicas de saúde vigentes.

Como desdobramentos trazidos pela I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, foi definida as competências do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação à saúde do trabalhador; a Lei Orgânica de Saúde; a criação dos Programas de Saúde do Trabalhador e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, com graus diversos de participação de representantes dos trabalhadores na formulação e no desenvolvimento das ações (VASCONCELLOS, 2011).

De igual modo, mas não de forma independente, o Movimento da Saúde do (a) Trabalhador (a) desenvolveu-se no Brasil, ainda na década de 80, no bojo do processo de redemocratização do País e da luta pela Reforma Sanitária, que culminou na instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal (CF) de 1988, pois, até então, as referências técnico-científicas e político-institucionais sobre as questões da relação saúde-trabalho foram historicamente ancoradas, exclusivamente, na Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional (OLIVER,2010).

No mesmo caminho, Vasconcellos & Machado (2011), a discussão em torno da saúde do trabalhador emerge do ponto de vista acadêmico, político e institucional na saúde coletiva, frente as concepções hegemônicas e visão monocausal da relação trabalho-saúde da medicina do trabalho (MT) e da saúde ocupacional (SO). Constitui-se e desenvolve-se a partir do tripé epidemiologia, administração e planejamento em saúde e ciências sociais em saúde, agregando , também, disciplinas auxiliares como demografia, estatística, ecologia, geografia, antropologia, economia, sociologia, história e ciências políticas, toxicologia, engenharia de produção e ergonomia, entre outras.

Seguindo tendência internacional, a saúde do trabalhador, ao superar a visão da saúde ocupacional, se situa na perspectiva da ‘saúde como direito’, conforme plasmada no SUS, de universalização dos direitos fundamentais, transcendendo o até então marco do direito previdenciário-trabalhista, passando a ter como objeto, o processo de saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho, dando ênfase ao lado humano do trabalho e sua capacidade protetora contra agravos à saúde de trabalhadores e trabalhadoras. (Mendes & Dias, 1991; LACAZ, 2007 APUD VASCONCELOS,2011).

No âmbito do conhecimento científico, o campo da saúde do trabalhador abrange a compreensão dos vários níveis de complexidade das relações entre o trabalho e a saúde bem como o processo de trabalho, apropriados dos conceitos marxistas que analisam a relação capital x trabalho como cenário primeiro da explicação e da confrontação de classe, cenários explicativos da gênese dos agravos à saúde em coletivos diferenciados de trabalhadores e

trabalhadoras (Laurell & Noriega, 1989; Mendes & Dias, 1991; Lacaz, 1996; Minayo-Gomez & Thedim-Costa, 1997; Vasconcellos, 2011).

Vasconcellos (2011), no entanto, a análise dos processos de trabalho, estão condicionadas ao tratamento interdisciplinar da situação problema posta, requerido para estabelecer e articular dois planos: um contemplando o âmbito social, econômico, político e cultural, definidor das relações nos espaços de trabalho e das condições de reprodução dos trabalhadores e trabalhadoras; e determinadas características dos processos de trabalho com potencial de repercussão na saúde, nelas incluídas a subjetividade dos trabalhadores (Minayo-Gomez & Thedim-Costa, 1997 apud Vasconcellos, 2011).

Por ocasião da realização da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador no Brasil em 1986, os trabalhadores, usuários, instituições e demais seguimentos tiveram a oportunidade de discutir e realizar interlocução com os próprios trabalhadores enquanto donos de um conhecimento construído a partir da própria práxis com os sujeitos sociais numa ação transformadora, tomando destaque, enquanto experiência e nova premissa metodológica. Destaca-se que tal parâmetro metodológico já era implementado na Itália nos finais dos anos 1970 nos eventos cujo objetivo estava centrado na mudança e o controle das condições de trabalho nas unidades produtivas (SANTANA & SANTOS, 2009; GOMEZ ET. AL, (2018).

Santana & Santos (2009), Gomez et. al, (2018) explicam que olhar a problemática e campo da saúde do trabalhador sob o enfoque da interdisciplinaridade possibilita estabelecer e articular dois planos de análise: o social, econômico, político e cultural enquanto definidor das relações particulares travadas nos espaços de trabalho e do perfil de reprodução social dos diferentes grupos humanos; bem como determinadas características dos processos de trabalho com potencial de repercussão na saúde (LALONDE, 1996 APUD VASCONCELLOS, 2011).

Em 1990 é promulgada a Lei nº 8.080/ 90 que cria e institucionaliza o SUS, regulamentando Arts. da CF/88 que dispõe, entre outros, sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Reitera a saúde como direito do cidadão e dever do Estado provê-la. Dá ênfase ao seu compromisso com a vida e com a saúde dos (as) trabalhadores (as), tomando como referência a sua inserção no processo produtivo/processo de trabalho, desde o início da vida laborativa, independentemente do tipo de atividade de trabalho, incluindo os períodos de inatividade, desemprego, aposentadoria e velhice, esta concepção implica diretamente sobre as práticas de saúde (BRASIL, 2018).

São campos de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme o Art. 6º da lei nº 8.080/90, entre outros, a execução de ações: de vigilância sanitária; de vigilância

epidemiológica; de saúde do trabalhador; e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. O inciso 1º do Art.6º define que a vigilância sanitária será implementada por meio de um conjunto de ações com capacidade não somente de eliminar, diminuir e ou prevenir riscos à saúde, mas também de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens, bem como da prestação de serviços de interesse da saúde.

A vigilância sanitária abrange, também, o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. A vigilância epidemiológica é o conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (inciso § 2º).

Recorrendo a concepção clássica de Bourdieu (1996) para explicar as tensões dentro do que tem sido compreendido como campo da saúde do trabalhador sob a perspectiva da Lei nº 8.080/90, Vasconcellos (2011) define como campo um conjunto de forças cujas necessidades se impõem aos agentes que nesse campo se encontram envolvidos, similar a uma arena de lutas, onde os agentes se enfrentam, com meios e fins diferenciados, segundo sua posição na estrutura de forças, contribuindo para a conservação ou transformação da estrutura.

Isso quer dizer que, na atual conjuntura, seria correto trata-lo como ‘campo de relações saúde-trabalho’, entendendo que, dentro dele, estaria a saúde do trabalhador enquanto proposta da saúde coletiva. Esse campo constitui-se por um coletivo desigual, estruturalmente determinado por conflitos e embates de concepções e práticas condicionadas pelos recursos que agentes e instituições possuem.

Vasconcellos (2011) explica que esses embates, na prática, são perceptíveis nas ações de vigilância a partir da criação do SUS, constituindo-se, dentro dos marcos concebidos por Bourdieu, enquanto uma construção coletiva cria habitus, entendidos enquanto conjunto socializado de práticas e de práticas teóricas, que se transformam em um corpo estruturante e estruturado, gerado a partir de disposições adquiridas, individual e coletivamente e que se internalizam por meio de esquemas mentais e corporais influenciadores das percepções, da compreensão das coisas e das ações.

A CF/88, e Lei nº 8.080/90 possibilitava ao trabalhador e trabalhadora a segurança em sua saúde enquanto direito de cidadania. Mas, ao contrário de um pretense período glorioso quanto a garantia de políticas sociais aos trabalhadores sob os pilares constitucional, passamos a vivenciar um Estado mais fortemente afiado e comprometido com o projeto do capital, com

adoção de políticas austeras que, ao contrário de garantir, no mínimo, o estabelecido na CF/88, passou a reduzir direitos sociais.

Tal processo e dinâmica não é privilégio do Estado Brasileiro, faz parte de um contexto mediado por países capitalistas centrais e que, no Brasil, evidenciou-se com maior impacto no campo da saúde, intensificando o que Motta (2005) denomina de “fábrica de consenso” e “cidadão consumidor”, fortalecendo-se, amplamente, mecanismos de mercantilização/privatização dos serviços sociais, antes, papel do Estado.

Os regressos e conflitos no campo da saúde não são novos, estão inscritos no próprio processo dialético que perpassa pelo movimento histórico do desenvolvimento da sociedade capitalista. Mas que a partir de 1980 tem se intensificado sob o domínio do capitalismo financeiro, desmitificado em estudos como o de Iamamoto (2010) “Capital e Fetiche” desmitificando e retirando o véu da nova razão do mundo – a razão e paradigma neoliberal – e sua ação maléfica as já parcas políticas sociais disponibilizadas pelo Estado aos cidadãos (DARDOT E LAVAL, 2016).

O Estado, não só se omitiu da economia como também se tornou o braço mais pesado do capital e contra o trabalhador; intensificando a racionalização e modernização das empresas e administração pública de forma a acomodar e atender ao paradigma neoliberal. Mendes (2016) e Behring (2018) sob a forte interferência e supremacia do capital financeiro, o Estado brasileiro passou a ampliar os já fartos incentivos financeiro à iniciativa privada, assumindo os riscos à saúde universal e a vida como mercadoria.

Ao Estado transferir recurso público para a iniciativa privada escamoteados na forma de incentivo fiscal e financeiro sob o discurso de gerar empregos, aquecer a economia, na realidade, enfraquece sua capacidade de arrecadação, trazendo fortes impactos no financiamento das políticas públicas para a do próprio SUS. Segundo Behring (2018), a nova pele do cordeiro representado pelo neoliberalismo há, pelo menos, nas duas últimas décadas, de domínio das democracias liberais dos países de capitalismo central substituíram uma política social reformista que até então as caracterizavam, por outra muito cruel e de corte nitidamente contrarreformista.

Nesta conjuntura, a pequena recuperação da taxa de lucro na economia norte-americana, vivenciada após a década de 1980, foi resultado de um crescimento fictícios desses lucros e das políticas econômicas e receituários neoliberais que perpassam obrigatoriamente pela redução de direitos sociais, a exemplo dos ataques a seguridade social, com maior impacto, para o campo da saúde (KLIMAN, 2012; CHESNAIS, 2016).

No campo normativo, Vasconcelos (2010), notamos um certo tecnicismo histórico da área da saúde do trabalhador em torno de normas e portarias interministeriais. Mesmo tendo auferido espaço, ainda que estreito, na arena política do primeiro governo de coalizão de Luiz Inácio Lula da Silva, sob a suposta gestão democrático-popular, ou seja, ambígua, ao mesmo tempo conservadora e progressista.

Priori et al. (2013) inferem que os problemas identificados nas políticas de saúde governamental relacionados ao financiamento da saúde perpassa, ainda, pela falta de compromisso em consolidar as pactuações federativas celebradas na Comissão Intergestores Triparte de forma que estas possam ser submetidas a aprovação do Conselho Nacional de Saúde; além do que a própria publicação pelo Ministério da Saúde tem restringido nuclearmente o alcance do art. 198, §3º, II da Constituição, tal como consignado pelo Acórdão 2888/2015, também do TCU.

Priori et al.(2013) e Pinto (2017) destacam que o piso federal em ações e serviços públicos de saúde, até então fixado inicialmente pelo art. 55 do ADCT em 30% (trinta por cento) do Orçamento da Seguridade Social, sofre uma inflexão a partir da aprovação das Emendas 29/2000, 86/2015 e 95/2016, responsáveis pela redução de quase 25% (vinte e cinco por cento) da participação proporcional da União no custeio do SUS em relação ao volume global de recursos públicos injetado por estes entes federativos.

Pinto (2017) aponta um dilema no processo de garantia da saúde ao trabalhador pelo Estado, cuja matriz estar na inefetividade do direito à saúde no Brasil. É um problema de natureza estrutural e vinculado ao quadro histórico de descumprimento e fragilização das garantias procedimentais que o amparam desde a promulgação da CF/88.

Pinto (2017) observa que os direitos assegurados no art. 199, §1º da CF/88, enfrentam uma série de medidas que tendem à inverter a dimensão do que vem ser universal em prol do complementar na assistência à saúde a ser prestada pelo Estado. Avalia que essa fragilidade é resultado de uma série de atos e omissões que tem impactado, dentre outras consequências, na acintosa ausência das responsabilidades federativas de cada um dos entes políticos, encaminhando os litígios que tem onerado e desesperados os trabalhadores para Poder Judiciário, que são obrigados a judicializar a sua demanda de saúde, ou melhor, seu direito fundamental à saúde.

Bercovici e, Massonetto (2006) levantam outra questão quanto a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 523, intentada pela maioria dos governos estaduais contra a ausência de repartição federativa, nos moldes do art. 159 da Constituição de

1988, da parcela de contribuições sociais que deixaram de ser destinadas à seguridade social por força da DRU.

Apesar de Vasconcellos (2011) reconhecer como avanço as grandes diretrizes da política nacional e marcos regulatórios e atribuições estabelecidos pelo Estado com participação de segmentos dos trabalhadores e trabalhadoras, destaca que as mesmas foram construídos sem que o Estado tenha realizado um diagnóstico de base sobre a situação de saúde destes trabalhadores e trabalhadoras brasileiros de forma a fundamentar quais queres planos de ação viáveis ou mesmo pautados num quadro real de necessidades.

A autora ressalta que faltou construir políticas integradas, intersetoriais e capazes de orientar linhas de ação e formas de implementação das ações de saúde do trabalhador e trabalhadora; concretamente, avalia que tem poucas avaliações efetivas e adequadas das ações se comparadas as necessidades reais da saúde dos trabalhadores; que, apesar de haver um entrosamento entre os formuladores de políticas, gestores, profissionais de saúde, representantes dos trabalhadores e pesquisadores na área de saúde do trabalhador, é notório a falta de rumos e demanda qualificada por parte dos responsáveis pelas políticas e gestores.

Afirma que há uma incapacidade da saúde pública de resolver muitos problemas, mas que essa incapacidade não reside na capacidade para revelá-los, mas, na pouca vontade política de escrutiná-los e tratá-los. Avalia que, entre os intelectuais da área, a produção dos saberes e práticas é bastante fragmentada, carente de fundamentos consensualizados e articulados com a realidade dos trabalhadores. Frequentemente, os marcos teóricos dos estudos flutuam entre os princípios da saúde coletiva e as práticas da medicina do trabalho e da saúde ocupacional.

Considerando uma análise entre os avanços e limites no campo da saúde do trabalhador problematizadas por Vasconcellos (2011), o mesmo avalia que a saúde do trabalhador “é uma meta, um horizonte, uma vontade que entrelaça trabalhadores, profissionais de serviços, técnicos e pesquisadores sob premissas nem sempre explicitadas e consensualizadas” (MINAYO-GOMEZ & THEDIM-COSTA, 1997: 24 APUD VASCONCELLOS, 2011).

Dias et al. (2010) avaliam como bastante positivo o entendimento da atenção integral à saúde dos trabalhadores é a transversalidade das ações, intrassetoriais, no âmbito do próprio SUS, em articulação com outras instituições e aparelhos sociais com intervenção na área, seja na esfera do Trabalho, da Previdência Social, do Meio Ambiente, da Educação, da Justiça do Trabalho, do Ministério Público, ou entre qualquer outra área, em estreita parceria com as organizações dos trabalhadores.

Ao analisarem os Programas de Saúde do Trabalhador do ABC paulista, no início dos anos 1990, Gomez et al. (2018) inferem que as experiências dos PST foram replicadas em vários

estados e municípios no país, mas em cada região dessa, o programa foi implementado seguindo dinâmica diferenciada, impactado por limitação de recurso, entraves administrativos e burocráticos, dificuldades e desafios a serem superados, alguns deles permanecem, ainda, hoje (GOMEZ ET. AL, 2018).

Entre as dificuldades e desafios presentes neste programa estão: ausência de uma cultura da Saúde do Trabalhador no âmbito da saúde pública; dificuldade de utilização de recursos, mesmo com rubrica própria; corpo técnico insuficiente com formação específica de atuação; conflitos de competência com outras áreas do aparelho de Estado; resistência das vigilâncias tradicionais (epidemiológica e, principalmente, sanitária) a incorporar o binômio saúde/ trabalho em suas práticas; a percepção da população trabalhadora com viés assistencial e auto excludente como protagonista de suas práticas; a ausência de metodologias de abordagem condizentes com a concepção da área de saúde de trabalhador; a inconsistência e heterogeneidade de entendimento, quando não a ausência, nos dispositivos normativos nas três esferas de governo. (IDEM)

E as dificuldades e desafios continuaram ao longo dos anos 1990, agravando-se e emergindo novos desafios, a exemplo do processo de municipalização das Ações da saúde do Trabalhador, ratificada em 1994 por ocasião da realização da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - II CNST, onde determinou-se constitucionalmente a municipalização do programa, já inserido na IX Conferência Nacional de Saúde, que estabelecia um novo modelo de gestão do SUS (GOMEZ ET. AL, 2018).

Leão & Vasconcelos (2011) explicam que a proposta de se construir uma rede de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) adveio em função da revisão crítica da atuação dos centros de referência e programas de saúde do trabalhador que deixavam de estabelecer vínculos mais sólidos com as estruturas orgânicas de saúde, mantendo-se isolados e marginalizados, levando alguns destes centros desaparecerem no decorrer das décadas de 1980/90 após sua criação. Havia falta de interação entre os próprios centros, apesar de serem considerados estratégicos para a consolidação da área de saúde do trabalhador no SUS, mas, não foi suficiente para evitar seu esgotamento em relação a sua capacidade de resolutividade e contribuir para novos avanços.

Conforme esses autores, a grandiosidade institucional, somada a falta de recursos, inclusive pela ausência de financiamento das ações, levou a coordenação nacional de saúde do trabalhador no período entre os anos 1999 e 2002 a refletir e avaliar a estrutura formada pelos centros como um todo, visando garantir a inserção de suas práticas, tanto assistenciais como as de vigilância.

Em 2000, os técnicos da Coordenação de Saúde do Trabalhador (Cosat), da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (MS) realizam um encontro para discutir a criação da Rede de Saúde do Trabalhador. Ao mesmo tempo, outra proposta de rede era gestada por assessores da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do mesmo Ministério da Saúde. Enquanto a primeira proposta de rede se perdeu, a segunda, mesmo em meio a conflitos no âmbito do MS, é criada em 2002.

Porém, Oliver (2010) pontua que ao longo da década de 1990, dada a fragilidade orgânica do Ministério da Saúde no campo da saúde do trabalhador, o próprio Ministério do Trabalho e Emprego retoma a iniciativa de baixar portarias normativas na área. Que, do ponto de vista operacional, as ações em saúde do trabalhador passaram a ser conduzidas pela área técnica de saúde do trabalhador do Ministério da Saúde — Cosat.

Ao inferir sobre os descaminhos estruturais, no âmbito do Ministério da Saúde entre 1998/2000, o autor destaca a indecisão quanto a alocação da área de forma definitiva, bem como sua fragmentação: Vigilância Sanitária, Assistência à Saúde, até se instalar na Secretaria de Políticas de Saúde — SPS. Somente em 2003, por ocasião do primeiro governo Lula, a mesma é unificada sob a rubrica de Área Técnica de Saúde do Trabalhador — Cosat, vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde — SAS. Evidencia um elevado lapso temporal entre uma determinação legal (Constituição Federal de 1988) e a incorporação hierárquica institucional da mesma na estrutura do setor de saúde.

Historicamente, as ações de saúde do trabalhador foram desenvolvidas em meio ao movimento político-ideológico conhecido como “Programas de Saúde dos Trabalhadores” (PSTs), com base em experiências dos Estados São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia, Rio Grande do Sul nos anos 80. No final dos anos 1990 e a década atual, o Ministério da Saúde deu ênfase ao processo de capacitação técnica nas ações de Vigilância e Atenção Básica da Saúde e na elaboração de protocolos, normas e diretrizes: Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (Nost/1997); lista de doenças relacionadas ao trabalho e o *Manual de procedimentos* para orientar as ações de saúde do trabalhador na rede de serviços de saúde (2001); M P n. 316/2006, trata das doenças ocupacionais pelo INSS; criação de indicadores de saúde do trabalhador para os sistemas de informação em saúde; proposta de “Política Nacional de Saúde do Trabalhador”, colocada em consulta pública, denominada Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador por meio da Portaria Interministerial n. 800/2005 (BRASIL, 2010).

Ao analisar os documentos técnicos concebidos em torno do campo de saúde do trabalhador, Matos (2003 apud Oliver (2010) avaliam como retrocesso conceitual a ressurreição

da expressão “segurança do trabalho”, representando, ainda, *que*, até então, a conquista da hegemonia do marxismo no debate da saúde coletiva perdeu expressivo espaço. Pois, se, antes, a área da saúde do trabalhador transitava no âmbito da saúde pública e coletiva de forma periférica, marginal, contra-hegemônica, indefinição institucional, desfiliação recorrente e “enraizamento institucional tardio”, na conjuntura neoliberal, é fonte de constante tensão, transitando entre o direito à saúde e os receituários neoliberal direcionado a saúde pública.

Sob os preceitos neoliberais e objetivo de articular ações de saúde do trabalhador no contexto do SUS, conferindo organicidade aos serviços existentes no país, buscando dar visibilidade à área na estrutura do SUS, é criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), por meio da Portaria GM/MS nº 1.679, de 19/09/2002, cuja proposta representava o desejo de apenas um grupo, o da SAS no MS.

Em 2005, a Renast passa pela primeira revisão e ampliação, por meio da Portaria GM/MS nº 2.437, de 07/12/2005. Em 2009, por meio da Portaria nº 2.728, de 11/11/2009, é submetida a segunda revisão para adequá-la ao Pacto Pela Vida e em Defesa do SUS.

Dias et al. (2010), pontuam que a organização da atenção integral à saúde do trabalhador deve seguir a diretriz que coloca a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado na rede de atenção, a Portaria nº 2.728/2009, vem impor aos Cerest a atribuição de ofertar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais no Brasil.

São pontuadas, ainda, alguns avanços nas ações de Saúde do Trabalhador: participação paritária das entidades sindicais e organizações populares na gestão da ST; implantação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e das Comissões Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) vinculadas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). Gomez et. al., inferem que, a rigor, essa proposta jamais foi implementada, salvo situações isoladas onde pouquíssimos Cerest exercem sua gestão em articulação com conselhos gestores com alguma participação sindical e popular.

Gomez et. al. (2018), inferem que, nos primeiros Programas de Saúde do Trabalhador, bem como os então denominados Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST, implementados anteriormente ao advento do SUS, possuía como característica básica, a prevalência da dimensão assistencial, considerando que o foco principal das ações e estratégias estava centrada no diagnóstico, orientação e acompanhamento das patologias decorrentes do trabalho na perspectiva de criar condições para que a rede pública viesse a se constituir em instância efetiva para assistência à saúde dos trabalhadores.

Em relação à criação da CIST, os autores explicam que obedecia aos artigos 12 e 13 da Lei Orgânica de Saúde, Lei nº 8.080/90. E que a CIST nacional se consolidou e participou de forma proativa no delineamento de uma política de ST na segunda metade dos anos 90. Entre os avanços quanto a participação decisiva da CIST foi a publicação da Instrução Normativa da Vigilância em Saúde do Trabalhador - Visat no SUS, embora fosse assinada somente três anos depois de formulada (1988) somada ao fato de até hoje, cerca de quase vinte anos após sua promulgação, não ter conseguido se concretizar como um instrumento normativo-metodológico de ação cotidiana das práticas dos Cerest.

O termo Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST) é recorrente nas Portarias e Manuais de gerenciamento da Renast, apesar de sua concepção e forma de atuação não estão claramente delineadas na mesma. Essa estratégia atualmente adotada pelo MS, apesar de ainda incipiente de construção e publicação de protocolos de notificação visando a vigilância, auxiliaria na superação de algumas dificuldades observadas (LACAZ & SANTOS, 2010).

São ações direta, ainda, da atuação da CIST a aprovação em 1998 da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador - NOST/SUS, enquanto instrumento orientador significativo da gestão, mas a mesma foi precocemente revogado. Seguiu-se a publicação da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, em 1999, por força de um dispositivo da Lei Orgânica de Saúde, em seu artigo 6º (parágrafo 3º, inciso VII). (IDEM)

A participação da CIST estendeu-se, segundo os autores, a aprovação da obrigatoriedade do preenchimento de Autorizações de Internação Hospitalar nos casos compatíveis com acidente de trabalho; a aprovação em 2005 da Política de Saúde Ocupacional para o Trabalhador do SUS, inserida na NOB/RH-SUS - Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (IDEM).

A Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST) está organizada como rede nacional de informação e práticas de saúde: ações assistenciais, de vigilância e promoção da saúde, nas linhas de cuidado da atenção básica, da média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, sob o controle social, nos três níveis de gestão do SUS. Visa a Foi construída enquanto principal estratégia adotada pela área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (COSAT), a partir de janeiro de 2003 (DIAS & HOEFEL, 2005).

Na proposta original da RENAST, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) deixam de ser porta de entrada e assumem o papel de suporte técnico, pólo irradiador da cultura da centralidade do trabalho e produção social das doenças, e lócus de pactuação das

ações de saúde, intra e intersetorialmente, no seu território de abrangência (DIAS & HOEFEL,2005).

Dias et al. (2010) avaliam com significativo para apreensão mais global da realidade em momentos de grandes mudanças da Renast, e resgatam a o propósito, do Grupo de Trabalho (GT) de Saúde do Trabalhador da no momento da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) que em 2007 organizou o I Simpósio Brasileiro de Saúde do Trabalhador (Simbrast), visando discutir e favorecer a análise de conjuntura da época, bem como a situação e a construção coletiva de alternativas para aperfeiçoamento do processo proposto pelo MS em relação a revisão da Renast (DIAS ET AL. (2010).

Daí, Vasconcellos & Machado (2011) entenderem não ser possível pensar uma PNST sem ampliar o olhar sobre o horizonte das relações saúde-trabalho e sem ter como esteio da sua operacionalização um SUS efetivamente sistêmico, interferindo nas múltiplas faces das políticas públicas de interesse da saúde. Significa conceber na PNST a saúde com todos os seus determinantes e condicionantes, orientando e redimensionando as políticas e ações específicas nos diferentes centros de poderes que se fizer necessário.

Uma PNST com capacidade para determinar rumos distintos ao campo não se viabiliza sem uma profunda revisão do papel do SUS, cujo modelo de foco assistencial na saúde do trabalhador afasta-se do centro nervoso em que se produzem os agravos à saúde (VASCONCELLOS E MACHADO,2011).

Embora tenham ocorrido alguns avanços no campo da saúde do trabalhador, especialmente no da produção de conhecimentos, no geral, o gargalo prevaleceu, ou seja, o Estado foi incapaz de superar a fragmentação estrutural de suas ações no campo da saúde do trabalhador, fonte constante de críticas nas últimas décadas (OLIVEIRA & VASCONCELLOS, 1992; BRASIL, 1993; DIAS, 1994; MINAYO-GOMEZ & THEDIM-COSTA, 1997; SILVA Et Al., 2001; CORRÊA Et Al, 2004; CUT, 2002).

Continua também as fragilidades históricas quando se avalia o nível de articulação entre as estruturas do aparelho de Estado – Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT)/Ministério da Saúde; Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (Cesteh/Ensp/Fiocruz); Superintendências Regionais de Trabalho e Emprego (SRTE); Fundação Jorge Duprat de Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro); Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); universidades; Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador/Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Renast/Cerest). Da mesma forma, atribuições superpõem-se, dispersam-se recursos e somam-se as omissões. Essa

estruturação reflete o quanto o Estado brasileiro, no nível da macropolítica, deixou ‘correr solto’ o enigma da saúde do trabalhador (VASCONCELLOS E MACHADO,2011).

No campo da saúde do trabalhador, ao longo do período em que a lei n. 8.080/90 que está em vigor, os autores pontuam que poucas são as inovações que possam indicar mudanças substanciais da PNST, uma vez que mantêm-se como características: a formulação normativa pluri-institucional e desarticulada; a execução de ações também pluri-institucionais e desarticuladas; a exclusão de grandes contingentes de trabalhadores do alcance da política tradicional; a manutenção de informações oficiais sem caráter epidemiológico; a formação de quadros com base no recorte medicocêntrico; e, entre outras variáveis, a manutenção do sujeito trabalhador como corpo-objeto.

Para Vasconcelos & Machado (2011), as tímidas tentativas de entrada do SUS no campo das relações saúde-trabalho como instância responsável e agregadora, ao não ostentar de forma incisiva a chancela de uma política de saúde pública do Estado brasileiro, acrescentaram questões que mais ocasionaram problemas para a sua implementação do que solucionaram antigos problemas. Apresentam como exemplo o fato de agregaram-se situações de conflito na esfera da vigilância em saúde do trabalhador, especialmente com o Ministério do Trabalho, em decorrência de vários fatores, mas principalmente pela omissão da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a que os gestores do SUS se reportam para justificar sua não operacionalização.

Aprofundaram-se, ainda, os nichos de saúde do trabalhador, com a implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), cuja esperada intenção de dar organicidade à área no SUS vai desvirtuando seu rumo e mantendo o campo na marginalidade institucional, como conjunto de polos assistenciais paralelos à rede instalada. (VASCONCELLOS E MACHADO,2011).

Mesmo considerando os avanços sobre o controle de algumas enfermidades relacionadas ao trabalho, os autores entendem que a desvinculação de uma vigilância em saúde, na linha de uma efetiva política de Estado, impede que ocorram transformações mais perenes do processo saúde-trabalho-doença. Ou melhor, a estrutura do campo da saúde do trabalhador e o processo dinâmico de suas ações no universo das práticas de saúde ainda exibem uma face incipiente, do ponto de vista de uma política pública articulada e bem elaborada que a complexidade e a relevância do campo exigem, comprovando o histórico descompasso entre o formulado constitucionalmente e o instituído como política de Estado.

Os autores chamam atenção para o fato de que, em um contexto político-econômico globalizado, intensamente dinâmico e sujeito a oscilações conjunturais que subordinam o Brasil

a regras de mercado cada vez mais hegemônicas nas relações internacionais, a ótica da saúde do trabalhador tende a perder terreno como política de saúde. Nesse cenário, para se pensar uma PNST a partir do SUS, é preciso avançar para estratégias mais condizentes com preocupações hoje plenamente assumidas pelo mercado – como é o caso do desenvolvimento sustentável.

Um balanço dos primeiros 20 anos da Saúde do Trabalhador no SUS apontou que o desafio imposto, e que efetivamente não foi ainda superado, é o padrão identitário calcado na rubrica orçamentária comum aos Cerest de todo o Brasil, que, independentemente, de suas localizações e das demandas impostas pelo perfil sócio-econômico-produtivo. Prevaleceu o viés orçamentário de caráter mais pragmático, cujo percurso ao longo dos 15 anos, desde sua implantação, acabou por facilitar o surgimento de soluções de continuidade que, ainda, hoje, desafiam os profissionais dos Cerest a utilizarem os recursos rubricados de Saúde do Trabalhador. (GOMEZ ET AL., (2018).

A Renast tem se caracterizado pela procura constante de cursos de pós-graduação e também pelos cursos básicos de formação para a Visat, junto aos Cerest das mais distintas regiões do Brasil, impondo como desafio o compromisso em manter a aferição da qualidade de algumas modalidades de formação, especialmente não presenciais, quanto à dissociação da teoria da prática participativa plural de intervenção sobre o mundo do trabalho (GOMEZ ET. AL, 2018).

Os autores avaliam que, considerando a estrutura continental do Brasil, sua diversidade cultural, a ocupação econômica dos territórios e a imensa variabilidade de seus equipamentos de saúde agregam desafios na esfera do que já é efetivamente considerado como avanço para a área de Saúde do Trabalhador. Destacam os êxitos emblemáticos conseguidos nos últimos anos em determinados territórios por Cerest que atuam em estreita articulação interinstitucional.

Destacam o papel que tem desempenhado o Ministério Público do Trabalho (MPT) ao longo dos últimos anos. Que este órgão é promotor de articulações intersetoriais, tendo os Cerest como foco essencial para a formulação de demandas e a adoção de medidas necessárias para enfrentar problemas em diversos setores produtivos.

Especificamente sobre à Renast, Gomez et. al, (2018) avaliam que exista uma rotatividade de profissionais dos Cerest, e que provoca descontinuidade de ações em alguns casos, além de pregarem uma formação crítica, permanecem na área às visões tecnicistas e reducionistas. Mas, merecem destaques os programas estratégicos de formação -ação realizados em alguns estados, em consonância com as diretrizes de vigilância para categorias de trabalhadores consideradas prioritárias; os cursos de formação de Multiplicadores de Visat, com

apoio do Ministério da Saúde e da Fiocruz; os cursos de pós-graduação lato e stricto sensu, de caráter multiprofissional; além de iniciativas distintas e efetivas de formação continuada.

Nesse sentido, foi também necessário redefinir o papel e a estrutura dos CEREST, cuja distribuição deveria atender aos critérios de regionalização adotados em cada unidade da federação. Nesse viés, aprimorou-se o processo de financiamento de suas ações, na composição e na capacitação de suas equipes na elaboração e na disponibilidade de guias e instrumentos de trabalho, sendo urgente superar as dificuldades e os dilemas que se colocam pela coexistência dos três modelos básicos de CERES.

Entre o conjunto normativo que tem alicerçado as ações no campo da saúde do trabalhador dentro do SUS estão inúmeros regramentos, os quais passaremos a espor abaixo alguns deles.

A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST, instituída por meio do Decreto nº 7.602, datado de 6/12/2011, no primeiro governo de Dilma Rousseff tem por objetivos a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho. Tem como princípios a universalidade, prevenção, precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação; diálogo social; e integralidade.

O alcance dos objetivos da PNSST estão vinculados a articulação das ações de governo no campo das relações de trabalho, produção, consumo, ambiente e saúde e participação voluntária das organizações representativas da categoria de trabalhadores(as).

As ações da PNSST devem constar do Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho e desenvolver-se segundo as diretrizes: inclusão de todos trabalhadores brasileiros no sistema nacional de promoção e proteção da saúde; harmonização da legislação e a articulação das ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, reabilitação e reparação da saúde do trabalhador; adoção de medidas especiais para atividades laborais de alto risco; estruturação de rede integrada de informações em saúde do trabalhador; promoção da implantação de sistemas e programas de gestão da segurança e saúde nos locais de trabalho; reestruturação da formação em saúde do trabalhador e em segurança no trabalho e o estímulo à capacitação e à educação continuada de trabalhadores; e promoção de agenda integrada de estudos e pesquisas em segurança e saúde no trabalho (BRASIL,2011).

São responsáveis pela implementação e execução da PNSST os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social, sem prejuízo da participação de outros órgãos e instituições que atuem na área.

Até a promulgação do Decreto nº 9.944/2019, revogando esta parte da norma, no governo de Jair Messias Bolsonaro, a gestão da PNSST cabia à Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho – CTSST, constituída paritariamente por representantes do governo, trabalhadores e empregadores, e instituída por meio de ato conjunto dos Ministros de Estado do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social. A gestão executiva da Política ficava a cargo do Comitê Executivo constituído pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social.

A promulgação do Decreto nº 9.944/2019, fez parte de um conjunto de medidas anunciadas pelo governo Bolsonaro para atualizar as regras trabalhistas, não foi bem recebido pela sociedade sendo objeto de denuncia, inclusive, de parlamentares na câmara dos deputados federal, à exemplo do Projeto de Decreto Legislativo (PDL) 570/19 que susta parte do mesmo que instituiu o Conselho Nacional do Trabalho (CNT) e a Comissão Tripartite Paritária Permanente (CTPP).

O deputado Bohn Gass (PT-RS) e outros da bancada do PT, o Decreto 9.944/19 esvaziou todas as instâncias construídas ao longo das últimas décadas para regulamentar as relações capital-trabalho, além de extrapolar o poder regulamentar do Executivo, pois retirou o caráter deliberativo da comissão, limitando-a apenas a elaboradora de estudos sobre segurança e saúde no trabalho. Cria-se a CTPP em substituição a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho (CTSST), até então, criava e revisava Normas Regulamentadoras (NRs) (Agência Câmara de Notícias m 25/09/2019).

Na contramão do bem estar do trabalhador e do desenvolvimento econômico, o decreto 9.944/2019 extingue o Fórum Nacional do Trabalho (FNT), espaço estratégico de diálogo entre Governo, centrais sindicais e empresários para elaboração de pautas comuns no combate ao desemprego e melhoria das condições de trabalho (Cugler, 2019).

A Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, trazendo como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

São objeto da ação do Estado previsto na PNSTT todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico,

aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política. São estratégias da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: I - integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde.

A PNSTT articula-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. Rege-se, ainda, de forma complementar, pelos elementos informativos constantes do Anexo I da Portaria e princípios e diretrizes: universalidade, integralidade, participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, descentralização, hierarquização, equidade e precaução.

O Art. 6º da PNSTT prevê que suas ações deve considerar a articulação entre: as ações individuais, de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores; as ações de planejamento e avaliação com as práticas de saúde; e o conhecimento técnico e os saberes, experiências e subjetividade dos trabalhadores e destes com as respectivas práticas institucionais, o que implica em mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a complexidade das relações trabalho-saúde.

A PNSTT, além de contemplar todos os trabalhadores, deve prioriza pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade (relações de trabalho informais; atividades de maior risco para a saúde, trabalho infantil e outros) , na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção (Art. 7º). Nesse sentido, os grupos e pessoas vulneráveis devem ser identificados e definidos a partir da análise da situação de saúde local e regional e da discussão com a comunidade, trabalhadores e outros atores sociais de interesse à saúde dos trabalhadores, considerando-se suas especificidades e singularidades culturais e sociais.

Ao analisar às funções de vigilância e atenção em saúde do trabalhador a ser subsidiada pela rede SUS, sobretudo no âmbito dos CEREST's vem sendo pautada com base no discurso de conciliação entre os interesses de classe. Tal característica foi constatada também nos estudos de Lacaz & Gomes, (2005); Gomez, (2013) Silveira & Merlo (2017).

Quanto as práticas profissionais e formas de organização provindas das políticas em saúde do trabalhador no conteúdo, preservando a participação e a voz dos trabalhadores a partir de sua história e experiência tem sido amparada mais na concepção de luta de classes que na

noção de interesse de classe. A noção de interesses, até então relacionada ao desejo do sujeito que pode ser apropriado para uma conciliação, não se aplica, necessariamente, a classe trabalhadora (LACAZ, 2013; SATO, LACAZ E BERNARDO, 2006; SILVEIRA & MERLO, 2017).

A notificação compulsória e investigação obrigatória foi estabelecida como estratégia para todo território nacional dos acidentes de trabalho graves e com óbito e das intoxicações por agrotóxicos, considerando critérios de magnitude e gravidade. Entre as estratégias para implementação das ações da PNSTT destacamos a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no contexto da Rede de Atenção à Saúde.

De acordo com a PNSTT, a análise da situação de saúde dos trabalhadores e trabalhadoras perpassa pela necessidade do monitoramento contínuo de indicadores e das situações de risco, visando subsidiar o planejamento das ações e das intervenções em saúde do trabalhador, de forma mais abrangente, no território nacional, no Estado, região, Município e nas áreas de abrangência das equipes de atenção à saúde. Os discursos que compreendem a mediação de interesses entre capital e trabalho são promovidos também pelos atuais modelos de gestão e viabilizam a desestabilização e o enfraquecimento dos coletivos de trabalho, com a consequente diluição e desvalorização da experiência e do saber dos trabalhadores (Costa, Lacaz, Filho, & Vilela ; 2013; Silveira & Merlo, 2017).

De acordo com Silveira & Merlo (2017) as narrativas advindas do sistema privado de produção vão de encontro tanto com a racionalidade neoliberal como a da Teoria do Capital Humano, capturando estrategicamente o Estado e serviços públicos de saúde, com destaque, nos serviços de saúde do trabalhador, apesar da PNSTT contemplar os conceitos de trabalho como determinante do processo saúde-doença.

Cabe aos CEREST, no âmbito da RENAST conforme prevê a PNSTT: I - desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência; II - dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; e III - atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando pólo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica.

§ De acordo com o 1º As ações a serem desenvolvidas pelos CEREST serão planejadas de forma integrada pelas equipes de saúde do trabalhador no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), sob a coordenação dos gestores; o § 2º Para as situações em que o Município não tenha condições técnicas e operacionais, ou para aquelas definidas como de maior complexidade, caberá às SES a execução direta de ações de vigilância e assistência, podendo fazê-lo, em caráter complementar ou suplementar, através dos CEREST.

O Art. 15 da PNSTT impõe as equipes técnicas de saúde do trabalhador, nas três esferas de gestão que apoiam os CEREST que as mesmas devem garantir sua capacidade de prover o apoio institucional e o apoio matricial para o desenvolvimento e incorporação das ações de saúde do trabalhador no SUS.

Quanto aos procedimentos em relação a avaliação e ao monitoramento das ações voltadas a saúde de trabalhadores e trabalhadoras, a PNSTT prevê que as metas e os indicadores devem estar contidos nos instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS: Planos de Saúde, Programações Anuais de Saúde, e Relatórios Anuais de Gestão.

Nesse sentido, o planejamento estratégico deve contemplar ações, metas e indicadores de promoção, vigilância e atenção em saúde do trabalhador, nos moldes de uma atuação permanentemente articulada e sistêmica. Nele, contemplar as necessidades de saúde do trabalhador, mediante a utilização dos instrumentos de pactuação do SUS.

Ao analisar a substância da PNSTT, Silveira & Merlo (2017) explicam que nela foram incorporados um conjunto de conceitos divergentes. Sua viabilidade na prática profissional nos serviços de saúde de trabalhador pressupõe certa disputa simbólica e um campo de possibilidade para práticas promotoras de saúde.

Recorrendo a Sartre (2002), que fundamentar-se no materialismo histórico e dialético, as autoras reiteram a concepção de luta de classes e dos processos de luta afirmando a centralidade do trabalho como gerador de valor, inspirando o entendimento sobre a importância do papel do conceito de trabalho no âmbito da disputa simbólica, concepção esta que, pelo menos no campo formal, traz substância ao conteúdo da PNSTT e a condição de classe de trabalhadores e trabalhadoras, público alvo da política.

Oliveira e Vasconcellos (2000) ao analisarem a evolução da área de saúde do trabalhador no Brasil, em particular, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador apontam para uma ausência enquanto política pública integrada e integralizadora. Pois, enquanto política de Estado foi adequada aos novos tempos da globalização, deve ser mais fortemente demarcada e

potencialmente viável no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como um de seus pressupostos a ruptura dos guetos institucionais dentro da máquina estatal.

A PNSTT contempla as propostas das entidades representativas da sociedade civil e profissionais de saúde, almejadas desde a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, procurando responder às pressões para superar a fragmentação das ações interministeriais no âmbito do trabalho, da saúde e da previdência, e apesar de suas limitações e inconsistências representa uma abertura para articulações efetivas no futuro ; expressa de forma bastante consistente e pormenorizada o patrimônio reflexivo e de práticas acumulado ao longo das últimas décadas por setores acadêmicos, movimentos de trabalhadores e profissionais que atuam nos serviços (GÒMEZ,2013).

Nesse sentido, de transversalidade, Silveira & Merlo (2017), a PNST e PNSTT, cumpre o seu papel de regular, controlar e normatizar enquanto atende à população segundo seus interesses. E, ainda, propõem a regulação dos riscos a que certa população se submete em determinado ambiente. Envolve, no conceito de risco, os elementos do ambiente de trabalho que podem causar agravos aos trabalhadores expressa, da participação dos próprios trabalhadores no controle dos riscos, experiência concreta dos trabalhadores no ambiente de trabalho (SILVEIRA & MERLO, 2017).

Gòmez (2013) avalia que um grande desafio, para profissionais e gestores que atuam na área, é a própria implementação da citada Política pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) que compõem a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), particularmente quanto ao fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) no seu território de abrangência. Esse é um dos objetivos prioritários da PNSTT.

Avalia como bastante limitadas às possibilidades de atuação de boa parte do quadro técnico atual nas ações da Visat, à exemplo dos inventários sobre a execução de ações da Renast, realizados com objetivo de identificar lacunas e potencialidades e redefinição de estratégias de apoio para o fortalecimento dessa Rede. Defende a mudança na cultura assistencial que se efetivará no conjunto de diretrizes e estratégias requeridas para desenvolvimento dessas ações em 100% dos Cerest (Gòmez,2013).

O autor avalia que inexiste um diagnóstico preciso do quadro nacional, construído de forma participativa por gestores e técnicos e que pudesse servir de referência para a elaboração de propostas e o estabelecimento de prioridades, metas e meios para atingi-las, sendo estas as falhas na gestão, no monitoramento e numa avaliação que respondesse às observações que fosse de encontro aos anseios frequentemente de técnicos dos Cerest na maior parte dos encontros

nacionais ou regionais, ressentidos pela pouca contribuição que trazem para sua prática cotidiana, mesmo aquelas organizadas pelas instâncias do controle social.

GÓMEZ (2013) chama atenção para a necessidade de enfrentar os desafios para aprimorar a formação de profissionais daqueles que não têm prática de atuar dentro de uma lógica de complexidade das ações requerida pela Visat. Da necessidade de se adotar um programa de formação-ação, tendo como referências as diretrizes de vigilância e as prioridades de diversos níveis, prevendo-se formas de acompanhamento, monitoramento e avaliação ao longo do desenvolvimento das ações e da formação continuada.

Quanto as políticas e ações, Costa, Lacaz, Filho e Vilela (2013) apud Silveira & Merlo (2017) inferem que podem ser um modo de resistência e de luta através dos quais novas configurações do processo de trabalho podem ocorrer, quanto, propostas tímidas de iniciativas do Estado na regulação do conflito entre capital e trabalho.

Gomez (2013) faz inúmeras críticas ao que ele denomina de distanciamento entre academia e serviços tanto na produção de conhecimentos, como de subsídios operacionais que possam contribuir para que a Renast possa ter melhores resultados, maior eficiência e eficácia na sua missão, sendo este um problema crônico que afeta também outros setores do estado brasileiro, principalmente, da saúde que se encontram longe de conformar um estado moderno comprometido com os cidadãos (MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005)

Gòmes (2013) reconhece que a promulgação da PNSST representou um passo importante para a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras. No entanto, são inúmeros os desafios na implementação das diretrizes, problemas de gestão na execução de ações efetivas. E a superação dos mesmos perpassa por uma construção coletiva, envolvendo todos os atores no estabelecimento de pactos entre instituições públicas, centros acadêmicos e instâncias organizativas da sociedade civil de tornar realidade prática uma política que construímos.

Os conceitos de trabalho e processo de trabalho viabilizam o movimento compreensivo sobre as práticas profissionais orientadas pelas políticas em saúde do trabalhador, pois, articula-as aos processos saúde e doença. O conhecimento proporcionado aos trabalhadores pela compreensão deles sobre suas próprias práticas se constitui enquanto é compartilhado, e assim, deverá oportunizar movimentos de solidariedade. Deste modo, a promoção e a prevenção da saúde tanto na atenção e na vigilância quanto no matriciamento poderão instituir-se, bem como, a participação efetiva dos trabalhadores, tal como versam as políticas de saúde e em particular as que discutimos (COSTA, LACAZ, FILHO E VILELA, 2013 ; SILVEIRA E MERLO, 2017).

Ao analisar o SUS enquanto Palco Sistêmico de uma PNST, os autores entendem que a possibilidade de efetivação de uma PNST depende, essencialmente, de uma profunda revisão do significado político-estrutural do SUS enquanto instância articuladora e sistêmica do aparelho de Estado brasileiro no interesse da saúde.

Explicam que a percepção objetiva e subjetiva do sistema de saúde, pautada na mídia, determinada pelo campo político e jurídico e fortemente enraizada no imaginário simbólico da população, como um conjunto de serviços de saúde capazes de tão somente resolver os problemas assistenciais da doença. Tal concepção contribui para a manutenção de um comportamento político-institucional não sistêmico do SUS.

Ao analisarem especificamente os avanços e desafios da Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat), os autores inferem que é nela que reside a capacidade de transformar a realidade do mundo do trabalho, considerando que é por meio da mesma que se conhece a realidade da população trabalhadora e os fatores determinantes de agravos à sua saúde, de modo a intervir sobre eles. O impacto das medidas por ela adotadas subsidia a tomada de decisões dos órgãos competentes dos governos e, ainda, aprimora os sistemas de informação existentes em ST.

Neste contexto, a Visat, se estabelece, ainda, enquanto prática interdisciplinar, multiprofissional, interinstitucional e intersetorial, ao ultrapassar os limites do setor saúde, embora subordinada a seus princípios, amplia o raio de ação do SUS, fazendo valer sua concepção original de sistema. É dela a tarefa de trazer para o contexto dos serviços de saúde a análise da relação da saúde com o processo de trabalho. Faz parte da natureza complexa e conflituosa da sua ação, conforme a Lei Orgânica da Saúde, explicitar, observar e intervir nas situações de risco, nas relações de trabalho, e nas formas de resistência e desgaste da saúde dos trabalhadores.

Goldino (2010); Gomez et al. (2018), ao fazer uma síntese dos resultados das ações dos Cerest no período entre 2015 e 2016, pontuam que dos cerca de 210 Cerest, atualmente habilitados, segundo o último Inventário da Renast 2015/2016, publicado no Renast Online de 2017, alguns já têm uma experiência acumulada de atuação em consonância com as premissas da Visat. Constatou-se o aumento no registro de agravos relacionados ao trabalho, onde foi observado cerca de 1 milhão de casos registrados envolvendo 98% dos municípios, demonstrando todas as suas capacidades para realizar tais registros, apesar de restritos as ações de vigilância quanto a exposição dos trabalhadores e trabalhadoras ao benzeno em postos de combustíveis; à saúde do trabalhador canavieiro; às ações articuladas para a exclusão do

amianto; além de ações interinstitucionais e negociações para vigilância e prevenção de acidentes de trabalho.

Ao analisarmos o processo de formação da hegemonia em Gramsci, percebemos que o autor defende a função social dos intelectuais, sendo inseparáveis sujeitos, ações e as determinações do mundo real. Ao contrário de teorias que separam política e ciência e ou concebem os intelectuais como camada social independente, (Weber, 1993; Mannheim, 1986), Gramsci (2000) a concebe inseparáveis dos processos de formação de uma consciência crítica por parte dos trabalhadores, concebidos como subalternos e na organização de suas utas e ações políticas.

Contudo, da mesma forma que o capital tem usando-o como estratégia para manter seus domínios sobre a sociedade, do mesmo modo, o Estado continua sendo o caminho mais viável e efetiva para se conquistar, concretizar, manter e universalizar direitos (NETTO, 1993; BERINGER, 2003; BOSCHETTI, 2003; RAICHELIS, 2006; NEHMY & DIAS, 2010; CORREIA, 2000; LACAZ & SANTOS, 2010; SILVEIRA ET AL (2005)).

A mobilização em prol de um SUS que assuma o cuidado integral da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras tem se acirrado continuamente, principalmente, numa conjuntura onde a rede de serviços tem se apresentado de forma insuficiente, inadequada, despreparada e sobrecarregada, sobretudo quando centramos nosso olhar para à atenção primária, em especial à estratégia de Saúde da Família.

Entendemos como central no âmbito do SUS ao planejarmos as ações de saúde do trabalhador e trabalhadora de forma preventiva, concebê-la dentro da concepção e aspectos mais amplo de saúde, superando compreensões simplistas, da dicotomia e oposição entre a assistência e a promoção da saúde, em prol de uma compreensão da saúde com seus múltiplos determinantes e condicionantes, onde a melhora das condições de saúde não somente desse seguimento da população brasileira, mas da própria coletividade perpassa por diversos fatores, dos quais grande parte podem ser objeto de intervenção, ainda, na Atenção Básica (SANTANA & SILVA, 2009).

2.1.1- O Cerest Amazonas e Manaus

A política pública no campo da saúde do trabalhador no Brasil tem seus rastros por ocasião da promulgação da Constituição Federal de 1988, que em seu Art. nº196 define a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, a ser garantida por meio de políticas sociais e

econômicas que visem a redução do risco da doença e de outros agravos. Prevê, ainda, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº. 8080/90, a saúde do Trabalhador, Art 6º, parágrafo 3º, é conceituada como conjunto de atividades que se destina, por meio de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, a promoção e proteção da Saúde do Trabalhador, assim como visa à recuperação e à reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e gravos advindos das condições de trabalho.

Na trilha com vias para ampliar e organizar as ações no campo da saúde do trabalhador, em 2002, o Ministério da Saúde, em articulação com as Secretarias de Saúde dos Estados e Secretarias Municipais de Saúde, publicada a Portaria nº. 1679, instituindo a Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (RENAST) e posteriormente, criam os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). A exemplo da Renast, os Cerests foram criados visando não somente a geração de conhecimento e formação de recursos humanos na saúde, mas também a intervenção nas relações entre trabalho e saúde visando a prevenção, a promoção e a recuperação da Saúde do Trabalhador urbano ou rural, do setor formal ou informal de trabalho.

A Política de Saúde e Segurança do Trabalhador (PNSST), enquanto uma dos instrumentos na efetivação da saúde do trabalhador, foi instituída somente em 2004, tendo como público alvo de ação e intervenção todos trabalhadores homens ou mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, no mercado de trabalho formal ou informal da economia, assalariados, domésticos, avulsos, rurais, autônomos, temporários, servidores públicos, cooperativados e empregadores, proprietários de micro e pequenas unidades de produção e serviços, e ainda, entre outros.

E, ainda, os todos os trabalhadores e trabalhadoras não remunerados que trabalham no domicílio, os aprendizes ou estagiários, além daqueles que estão afastados temporariamente ou definitivamente do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego (BRASIL,2004).

Mas, contraditoriamente, grande parte dos elementos, direitos e garantias prevista na PNSST, instituída em 2004 foram revogados no primeiro ano do atual governo de Jair Bolsonaro, atingindo e ameaçando gravemente a saúde e condição de vida de trabalhadores e trabalhadoras brasileiras, já discutidos no capítulo 2 desta tese.

No geral, os Cerests atuam na implementação de ações de prevenção de doenças e agravos relacionados ao trabalho, entendendo a produção das doenças nos processos de trabalho. Foram, inicialmente, implantados nos grandes centros industriais da região sudeste do

Brasil, para , somente após vivenciado algumas experiências concretas e exitosas, posteriormente serem implementados em outras regiões brasileira.

Entre suas responsabilidades, estão: dar suporte técnico adequado as ações de saúde do trabalhador; recolher, sistematizar e difundir informações de interesse para a Saúde do Trabalhador; viabilizar ações de Vigilância Ambiental, Sanitária e Epidemiológica; promover processos de capacitação e educação permanente para os profissionais e técnicos do SUS e dos participantes do Controle Social; organizar e estruturar projetos de intervenção a Saúde do Trabalhador como: LER/DORT, atenção aos trabalhadores extrativistas e da pesca, erradicação ao trabalho escravo e infantil.

O CEREST/AM foi instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº.387, datada de 20 de dezembro de 2003, porém, estruturalmente, foi inaugurado somente em julho de 2004, tendo em vista a falta de recursos humanos para iníci de suas atividades, além de estrutura física para o equipamento, adequada.

Foi implantado com o objetivo de prover suporte técnico e científico para a promoção, prevenção e recuperação da saúde dos trabalhadores, urbanos e rurais, independentemente de sua inserção no mercado de trabalho, favorecendo o acesso à qualidade do atendimento da rede SUS e um ambiente de trabalho saudável, com ênfase na afirmação do princípio da cidadania e solidariedade, de forma sustentável.

O centro possui, ainda hoje, uma equipe de recursos humanos bem reduzida e incompatível com as demandas para o estado e seus 63 municípios. Compõem a equipe: Médico do Trabalho, Enfermeiro, Assistente Social, Fisioterapeuta, Otorrino, Fonoaudiólogo, Técnicos de Enfermagem, Psicólogo, Jornalista, Agente Administrativo.

Vem atuando no desenvolvimento de ações conforme prevê a Portaria nº2437/2005 que trata da ampliação da RENAST, por ocasião da adequação e ampliação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST; previsão e inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica; implementação de ações de vigilância e promoção em saúde do trabalhador; além da instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados, denominada de Rede de Serviços Sentinela.

Como parte da ampliação da rede no estado do Amazonas, foram criados dois centros de referência regionais: um primeiro no município de Manaus, capital do Amazonas, e um segundo no interior, no município de Tefé, cerca de 522 km de Manaus, localizado na média calha do rio Solimões e possuindo cerca de 60.000 habitantes.

Centros regionais possuem entre suas atribuições, as de implementar a política de saúde do trabalhador nos municípios pactuados no plano aprovado nas instâncias legais quando da habilitação do Cerest.

São funções do CEREST Amazonas: participar na elaboração e execução da Política de Saúde do Trabalhador no Estado e do planejamento das Ações em Saúde de Trabalhador no âmbito estadual, realizando de parcerias e as articulações para o desenvolvimento de ações intersectoriais em Saúde do Trabalhador no âmbito estadual; contribuir para as ações de Vigilância em Saúde, com subsídios técnicos e operacionais para a vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, contribuindo na identificação e avaliação da saúde de adolescentes e crianças na prevenção do trabalho infantil.

E as atribuições continuam, no âmbito da atuação no acompanhamento e auxílio ao Planejamento dos CERESTs Regionais, respeitando a autonomia e a realidade regional; determinar fluxos de referência e contra-referência de cada linha de cuidado de atenção integral à Saúde do Trabalhador; desenvolver práticas de aplicação, validação e capacitação de Protocolos de Atenção em Saúde do Trabalhador, visando consolidar os CERESTs como referências de diagnósticos e de estabelecimento da relação entre o quadro clínico e o trabalho; desenvolver estudos e pesquisas na área de Saúde do Trabalhador e do meio ambiente, atuando em conjunto com outras unidades e instituições, públicas ou privadas, de ensino e pesquisa ou que atuem em áreas afins à saúde e ao trabalho; propor normas relativas a diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes portadores de agravos à saúde decorrentes do trabalho, bem como promover eventos técnicos, elaboração de protocolos clínicos e manuais.

Possui, ainda, a responsabilidade em atuar na participação do Pólo Estadual de Educação Permanente, apontando as necessidades de capacitação e formação em saúde do trabalhador no âmbito estadual, assim como colaborações na elaboração de programas de formação, especialização e qualificação de profissionais de saúde para execução das ações nessa área; na estruturação do Observatório Estadual de Saúde do Trabalhador; estimular, prover subsídios e participar da pactuação para definição da Rede Sentinela de Serviços em Saúde do Trabalhador no Estado; e prestar suporte técnico para que os municípios executem a pactuação regional, a fim de garantir, em toda a área do estado, o atendimento aos casos de doenças relacionadas ao trabalho, participando no âmbito de cada Estado, do treinamento e capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da Saúde do Trabalhador, em todos os níveis de atenção: Vigilância em Saúde, PSF, Unidades Básicas, ambulatórios, Pronto-Socorros, Hospitais Gerais e Especializados.

O breve resgate histórico acerca da implementação do Cerest Amazonas, bem como a análise de suas ações e atribuições evidencia a perspectiva interdisciplinar das mesmas, requerendo em todas as instancias e ações o trabalho multiprofissional, requer, também, a transposição territórios para além de sua concepção física, trilhando até o campo subjetivo dos sujeitos, ações, conceitos entre outros.

Conforme o Art. 3º, parágrafo único, da Política Nacional de saúde do trabalhador e trabalhadora (2012), a mesma alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença.

Mas, contraditoriamente, Sherer (2013) ressalta que o movimento histórico de produção do conhecimento fragmentado nas diferentes disciplinas tem refletido no campo da saúde e influenciado na forma de intervenção e práxis de diversos núcleos profissionais, principalmente, quando tomamos para análise o campo da saúde, considerando que as diversas profissões na área como objeto de trabalho comum o ser humano e suas carências no cuidado em saúde.

Seja o ser humano, e ou a saúde do mesmo, a autora defende que devem ser apreendidos enquanto objeto complexo e multidimensional, o que demanda uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, no entanto, o que os estudos tem demonstrado é que cada profissão se estrutura com paradigmas e experiências específicas, compondo modos operantes diversos fragmentados e não sistêmicos, desconsiderando o ser humano e o conceito de saúde os marcos da relação produtiva e de classes, e ou da dialética em Marx (1994).

Sobre o caráter interdisciplinar presente no fazer das equipes e ações do Cerest Amazonas, Santos (2014) infere que a aproximação com a saúde do trabalhador expressa pelos profissionais da vigilância sanitária no Amazonas demonstra que, ainda hoje, existem dificuldades para se desenvolver as ações de vigilância em saúde do trabalhador, dificuldades estas que estão para além de suas vontades para que as mesmas sejam realizadas de forma mais sistêmica.

A autora pontua que, na verdade, há uma tentativa de fazer um trabalho multiprofissional que pode, no decorrer, transformar-se numa prática interdisciplinar. Que, no período estudado, entre 2005 e 2013 percebeu que existe um esforço dos técnicos do CEREST em desenvolver ações de vigilância em saúde do trabalhador sob a perspectiva da interdisciplinaridade, isso ficou bem demonstrada na fala de um dos entrevistados.

Para Sherer (2013) é complexo refletir sobre as possibilidades de construção de um trabalho interdisciplinar. Antes de tudo, deve-se considerar uma variedade de elementos

influenciando nesse processo. Que, num contexto, à exemplo, da pesquisa vai exigir mais do coletivo, o que pode dificultar a cristalização de experiências, processos esses nem sempre visíveis, difíceis de avaliar, mas que muitas vezes aparecem como sendo resistências dos trabalhadores às mudanças (p.3210).

Reconhece a autora que o compartilhamento de espaço e o tempo é primordial para que as pessoas se conheçam, troquem e construam vínculos entre si. Da mesma forma que a estabilidade, um maior tempo de permanência no emprego, na organização, são elementos fundamentais na construção do coletivo, pois, constroem-se nestas bases, a confiança e a cooperação necessárias ao conhecimento da forma de trabalhar.

No caso do Cerest Amazonas, Santos (2014) as dificuldades na implementação efetiva das ações de saúde do trabalhador no âmbito do SUS são inúmeras, entre elas: a falta de compreensão da concepção de saúde e das relações saúde-trabalho; não considerar as diferentes determinações do processo saúde-doença e os condicionantes que pertencem a uma rede complexa e de naturezas distintas (históricos, sociais, biológicos e psicológicos).

Conforme a autora, o fato de não haver essa compreensão em relação à saúde do trabalhador, tem se constituído em um dos principais entraves para que as ações não sejam inseridas na rede de atenção à saúde, e principalmente na vigilância em saúde no Amazonas.

2.2. A Saúde do trabalhador no contexto da Pandemia do covid 19, o global e o local

O COVID-19 é uma nova doença que é distinta de outras SARS, MERS e influenza. Embora o coronavírus e infecções pelo influenza possam se apresentar com sintomas similares, o vírus responsável pela COVID-19 é diferente com respeito à disseminação na comunidade e gravidade. Desde o surgimento do primeiro caso no mundo, cientista estudam a doença, mas pouco se sabe sobre estratégias e profilaxia e farmacologia da doença.

A OMS ressalta o desconhecimento sobre a doença e diferenças identificadas em sua disseminação na comunidade e gravidade. É preciso considerar esses dois aspectos, monitorando a evolução da doença e o surgimento de novos conhecimentos com foco nos três objetivos do plano de intervenção proposto pela OMS.

Nos EUA, o Centro de Controle de Doenças-divulgou *checklist* de orientação sobre a preparação de hospitais para a pandemia. A composição do comitê de resposta destaca 15 atores (administração, controle de infecções, equipe médica, de enfermagem, cuidados intensivos, saúde ocupacional, entre outros). Este *checklist* aborda estrutura para planejamento e tomada de decisões, desenvolvimento de plano escrito, elementos do plano incluindo: geral,

comunicação, suprimentos e equipamentos médicos permanentes e de consumo, identificação e gestão de pacientes, acesso de visitantes e deslocamentos [na] instalação, saúde ocupacional, educação e treinamento, serviços de cuidados de saúde. .(ALMEIDA,2020)

O enfrentamento da pandemia covid-19 faz parte do conjunto de políticas públicas essenciais, com destaque, para o campo da Saúde Pública e do SUS, cujo o objeto é a saúde de trabalhadores e trabalhadoras a partir de ações voltadas para o segmento e grupos com maior risco de contaminação, como os profissionais que atuam na frente de combate ao vírus, seja no campo da saúde, assistência e ou atividades classificadas com essenciais.

São inúmeras as atividades laborais que atualmente possuem destacado papel na disseminação do vírus, sendo determinante para a contenção a disseminação do vírus e prevenção da doença, identificar as principais fontes de contágio.

Nossas inferências vão de encontro a preocupação da OMS/OPAS quanto o poder de letalidade do vírus entre a classe trabalhadora afetada em todas as dimensões (econômica, saúde, social, trabalho, direitos humanos, meio ambiente.). Neste viés, especial preocupação recai sobre o número de infectados de trabalhadores da saúde.

Segundo a diretora da OPAS, Carissa F. Etienne, em setembro/2020, os profissionais de saúde estão especialmente vulneráveis à COVID-19 e. Somente a Região das Américas concentra “o maior número de profissionais de saúde infectados no mundo.... Nossos dados mostram que quase 570 mil profissionais de saúde em nossa região ficaram doentes e mais de 2,5 mil sucumbiram ao vírus “(p.1).

Sobre o contexto pandêmico mundial, Baker, Peckham & Seixas (2020), explicam que a proliferação rápida do covid-19 pelo mundo justifica estudos no campo da saúde pública quanto a caracterização do papel do local de trabalho na transmissão de doenças, considerando a carga horária diária do trabalhador em seu ambiente de trabalho, assim como a variedade de tarefas, que, dependendo do grau de exposição ao virus podem promover a propagação de doenças infecciosas.

Os autores destacam que, cada sujeito tem tempo e forma de manifestar a doença. Inclusive, os que assintomáticos. Que, no geral, é comum os trabalhadores comparem ao trabalho apesar de estarem manifestando sintomas de alguma doença, podendo contribuir para a transmissão de doenças infecciosas e, potencialmente, para a propagação de epidemias ou pandemias.

Baker, Peckham e Seixas,(2020), ao analisarem o papel da transmissão no local de trabalho na pandemia de H1N1 em 2009, detectou que cerca de 8 milhões de funcionários nos

Estados Unidos trabalharam mesmo estando infectados , estimando que esses trabalhadores foram os responsáveis por causar infecção de até 7 milhões de seus colegas de trabalho.

No caso da pandemia por covid-19 nos Estados Unidos (EUA), os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) trabalharam no sentido de publicar orientações provisórias voltadas para empresas e empregadores planejarem e responderem ao covid-19, como se tivesse numa verdadeira guerra, orientando e estimulando ativamente, inclusive, os trabalhadores ao isolamento social, separando funcionários doentes, enfatizando para todos os trabalhadores e trabalhadoras a importância da higienização respiratória e das mãos, limpeza do ambiente, abrangendo até orientações de limpeza específicas durante o traslado de casa para a empresa (BAKER; PECKHAM; SEIXAS,2020).

No entanto, apontam que a melhor orientação para locais de trabalho será voltada para ser específica para um determinado setor ocupacional que poderia ser exposto ao COVID-19. Sabe-se que aqueles que trabalham em ambientes de saúde têm maior risco de exposição a doenças infecciosas, como COVID-19, mas também podem ter planos de proteção contra doenças infecciosas melhores do que outros ambientes ocupacionais.

Os autores lembram que em 2007, Rebmann et al. entrevistaram cerca de 633 profissionais de controle de infecção e prevenção que trabalham em hospitais para entender as políticas de controle de infecção em todos estes locais no país. Identificou que a maioria destas unidades hospitalares empregam profissionais de controle de infecção, possui, plano de priorização de profissionais de saúde para vacinas ou antivirais, planos para armazenar respiradores e medicamentos, imprescindíveis ao controle e exposição dos trabalhadores no local. Mas,

Baker, Peckham & Seixas,(2020), avaliam que, embora, importantes, essas medidas podem ser inadequadas para a prevenção eficaz de infecções nas ocupações de alto risco, pois, esses grupos ocupacionais podem ter exposição não contínua a infecções ou doenças, além de não ter o mesmo nível de planejamento, ou plano de controle eficiente em relação as grandes empresas e ou instituições.

Diante de uma quadro infeccioso em ambientes envolvendo determinado quantitativo de sujeitos, é importante desenvolver um diagnostico identificando as ocupações mais ou menos expostas a essas infecções ou doenças, instando os setores responsáveis a implementarem plano de contingenciamento ao agravo infeccioso, à exemplo do covid-19.

Na Europa, Montano (2014 apud Baker, Peckham & Seixas,2020) em outro estudo identificou os grupos ocupacionais de trabalhadores da saúde, biotecnologia, agricultura, ensino fundamental, artesanato, operadores e as forças armadas como expostos a vários patógenos .

Em Washington, zeladores, faxineiros e zeladores com maior probabilidade de contrair outra doença infecciosa semelhante à influenza (ILI).

Nos EUA, indicam que tanto o profissional de saúde quanto as ocupações técnicas e de apoio à saúde têm mais de 90% dos trabalhadores expostos mais de uma vez por mês e mais de 75% dos trabalhadores expostos mais de uma vez por semana. Em Singapura, 68% dos 25 casos iniciais de contaminação comunitária foram atribuídos ao exercício profissional, Koh, 2020. No início do surto, do covid-19 na cidade de Wuhan na China, cerca de 55% dos 47 casos de trabalhadores e clientes do mercado atacadista de frutos do mar, local infectados pela doença reportados até 01/01/2020. Este local concentra um grande número de pessoas, e foi considerado provável foco inicial da contaminação da doença, cujos mesmos estiveram entre os primeiros casos de pessoas infectadas (LI Q, GUAN X, WU P, WANG X, ZHOU L, TONG Y, et al, 2020; KOH, 2020b).

Os autores pontuam que uma proporção significativa dos casos está relacionada à exposição ocupacional, pois acredita-se que o vírus se originou da vida selvagem e infectou os humanos, levando a crer que os primeiros grupos ocupacionais em risco documentados fossem pessoas que trabalhavam em mercados atacadistas de frutos do mar e animais úmidos em Wuhan. Evidenciaram que a transmissão da doença ocorreu de pessoa para pessoa que tiveram contatos próximos desde meados de dezembro de 2019. Alertaram que seria necessário esforço consideráveis para reduzir a transmissão e controlar esses surtos. E, mais grave, que se uma dinâmica semelhante ocorrer em outros lugares, os resultados seriam desastrosos. Daí ser importante adotar medidas prevenir ou reduzir a transmissão, e de que as mesmas devem ser implementadas em populações de risco. (LI Q, GUAN X, WU P, WANG X, ZHOU L, TONGY, ET AL, 2020;).

Nas análises de Koh (2020), o COVID-19 constitui-se na primeira nova doença ocupacional desta década. Lembra que foram primordiais as experiências do país e profissionais da saúde no enfrentamento aos surtos de SARS-CoV e MERS-CoV em 2003 no preparo das equipes para o melhor enfrentamento clínico do COVID-19.

O autor avalia que, embora o aumento exponencial de casos na China, inicialmente, tenha sobrecarregado o sistema de saúde local, o diferencial no controle da doença foi a implementação rápidas e eficientes de medidas de saúde pública, entre elas, a identificação precoce, a quarentena e isolamento de casos.

A conjuntura pandêmica do COVID-19 vem contribuindo para que as equipes de saúde fiquem sempre alertas para o alto risco de propagação do vírus entre a população e até mesmo pelo mundo. Essa preocupação estendia-se aos demais grupos ocupacionais, seja por terror que

a doença imprime enquanto doença pandêmica, ou pela própria experiência com o surto de SARS-CoV e MERS-CoV em 2003.

Esses grupos ocupacionais podem ser protegidos por boas práticas de controle de infecção. Esses grupos de risco também devem receber suporte adequado de saúde mental e social. Sabemos que é necessário, mas às vezes é esquecido. (KOH,2020b).

Ao analisar o impacto dos primeiros casos de contaminação nas equipes de profissionais de saúde, Koh, 2020, afirma que à medida que o número de casos cresciam, exigindo maiores cuidados de saúde, mais profissionais de saúde (HCWs) eram recrutados para o trabalho, colocando-se no centro e num alto risco para adquirir esta infecção. Essa situação de contaminação deste grupo de profissionais foi evidenciado no estudo envolvendo 138 pacientes tratados em um hospital de Wuhan, onde, 40 destes ou seja cerca de 29% dos casos eram profissionais de saúde. Fora da China, o primeiro caso confirmado de COVID-19 em Cingapura foi anunciado em 23 /01/ 2020 pelo Ministério da Saúde de Cingapura (MOH-Sg).

A trilha genocida do vírus continuou a sua impiedosa trajetória pelo mundo atracando junto a tripulação a bordo de navios de cruzeiro com passageiros infectados, onde pelo menos 10 casos foram relatados considerando a tripulação de 1.035 no forro Diamond Princess, em Yokohama cominado na quarenta de cerca de 3600 pessoas. A intensidade e gravidade com que a COVID-19 se desenvolvia na China, e, a partir daí, desconhecia fronteiras geográficas, atravessando-as rapidamente, sem encontrar qualquer obstáculo, como se propagassem pelo vento, pela luz, imputando grande terror as pessoas, tamanha a ameaça de contágio e risco de mortalidade.

Em se tratando dos profissionais das diferentes ocupações, Koh (2020) o terror se espalhou, deixando-os em constante e duplo perigo; o de contaminação pela doença em ambiente de trabalho, e de sofrer violência física por parte da população, considerando o terror das pessoas de que estes profissionais passassem a doença para as pessoas durante seu percurso para o trabalho.

Mas, o mesmo mundo que aponta, que discrimina, que nega o outro, também, num movimento dialético, acolhe, reconhece, acalenta, legitima como conduta ética e moral, é o que Kho (2020) e (Li Q, Guan X, Wu P et al. (2020) expõem diferentes reações do público em relação aos profissionais de saúde.

A vida cíclica e dinâmica da história se repete hoje, quando comparada ao comportamento e reações da população na conjuntura da infecção e surto de SARS de 2003, onde até a família, além do público em geral tinham medo de serem infectados por profissionais de saúde expostos à doença (IDEM).

Assim como vivenciamos hoje na infecção por COVID-19, no surto de SARS de 2003, os profissionais de saúde foram alvo de reações negativas e positivas, considerando que em 2003 houve um apoio público massivo a esses profissionais, representavam super heróis na luta contra a doença. E esse acolhimento da sociedade era reconhecido por cerca da maioria desses profissionais (KOH,2020b).

Silva et, al (2020), cita o editorial da revista *The Lance* (2020), indicando estudos que comprovam prevalência superior a 10% na população dos EUA, e de até 20% entre os italianos contaminados por COVID-19. O jornal destacou, ainda, os 3.300 trabalhadores da saúde infectados na China até o início do ano de 2020, com 22 óbitos, inclusive, o profissional que havia alertado sobre o início da epidemia.

Na Itália, a *Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri* confirmou, em maio de 2020, o óbito de cerca de 167 médicos em virtude de exposição, contágio e adoecimento pela doença. No período entre 12 de fevereiro e 09 de abril de 2020, o CDC/EUA mostrou que cerca de 9.202 dos contaminados e 27 óbitos foram identificados como trabalhadores da saúde, o que, para Heinzerling et al (2020) expõe a alta taxa de contágio relacionada à exposição no trabalho.

No Brasil, Giovanna Alves (2021) ao refletir sobre os últimos anos do neoliberalismo no Brasil e a catástrofe no mundo do trabalho, agravada ainda mais profundamente em razão das consequências do novo coronavírus. Lembra que na década de 2010 foi uma década catastrófica para o Brasil: literalmente ocorreu uma “virada para baixo”. Na mesma proporção, entende que a década de 2020 não será diferente, considerando as características de permanência do bloco no poder que sustenta o Estado neoliberal no Brasil, operou o golpe de 2016 e apoiou a eleição de Jair Bolsonaro 2018.

Para Alves (2021), irremediavelmente, o Brasil foi projetado para uma nova temporalidade histórica do capitalismo permeado de agudas contradições sociais que vai exigir de todos, discernimento e capacidade crítico-analítica para decifrar as novas dimensões da precarização do trabalho no Brasil.

Em relação a determinação agravante das tendências catastróficas de desenvolvimento do capitalismo brasileiro, tivemos em 2020, o autor afirma que a pandemia do novo coronavírus tem exposto de forma fulminante as fragilidades (e a incapacidade) do Estado brasileiro (sociedade política e sociedade civil neoliberal) em lidar com situações destrutivas, como por exemplo uma pandemia.

Explica que não se trata apenas de um problema de governo, mas de um Estado político do capital. Não foi apenas a estupidez política de Bolsonaro que o novo coronavírus

expôs. Da mesma forma, explicita a hábil competência do Estado brasileiro em matar “pobres”. Mas a mídia e a centro-esquerda (e até certo ponto própria esquerda) insistem em “demonizar” Bolsonaro como se o que devesse realmente preocupar não fosse o que está por trás dele e deve continuar mandando no Brasil.

No entendimento de Alves (2021), Bolsonaro é apenas o fiel encarregado da necropolítica constitutiva do Estado capitalista brasileiro e sua “elites” (*o Leviathan invisível* que opera a “miséria brasileira” com muita competência) (p.2).

AO autor infere que partir do golpe de 2016 e, mais precisamente, a partir de 2018 com a eleição de Jair Bolsonaro fomos projetados para a temporalidade histórica do que podemos denominar “capitalismo catastrófico” com impactos diversos nas esferas da vida social e destaco aqui, o mundo do trabalho. Mas que a pandemia foi apenas um operador heurístico que expôs com clareza tenebrosa, a miséria do trabalho no Brasil de Temer e Bolsonaro.

Para o autor, a conjuntura vivida nas duas últimas décadas pare indicar que não existe retornos quando se trata de mudanças catastróficas. Mas, se concretiza uma nova linha de eventos que irão condicionar as ações dos sujeitos sociais daqui para frente.

No decorrer do que Alves denomina de “Estado de exceção” (2016-2021), considerando a ilegitimidade do impeachment de Dilma e ilegitimidade da eleição de Jair Bolsonaro, o impedimento injusto de Lula pela Operação Lava-Jato, hoje reconhecida pelo próprio STF como ilegal, essas mudanças ocorreram sob uma velocidade insana, mudanças disruptivas no mundo do trabalho no Brasil. Entretanto, o contexto pandêmico do novo coronavírus a partir de 2020 representa uma explícita *pornografia* do trabalho capitalista no Brasil neoliberal.

O autor traz à tona, com base nos dados do IBGE, o índice de desemprego em 2018, no último ano do governo Temer, que continuava a crescer a níveis altíssimos (13,1%) atingindo mais de 12 milhões no fim de 2018 (quase o triplo do desemprego em 2014 que registrou a menor taxa de desemprego já registrada: 4,8%). Apesar de ter superado a recessão, a economia brasileira, segundo o autor, cresceu em 2018, 1,1%, enquanto que o alto desemprego permanente contribuiu para a economia dos “bicos” (p.3).

Desde a década de 1990 vivenciamos a ofensiva do capital trazendo em seu bojo, de modo lento e progressivo, o novo precário mundo do trabalho no Brasil. O governo Temer apenas deu prosseguimento, aprofundando o processo de “flexibilização do trabalho” e o desmonte da CLT, datada da década de 1990, nos governos neoliberais.

A profunda crise do capitalismo brasileiro em meados da década de 2010, inserida no quadro da longa depressão capitalista a partir do *crash* financeiro em 2008 nos EUA, obrigou as várias frações da burguesia brasileira, operadora do Estado neoliberal, a “cuspir” o governo neodesenvolvimentista e aprovar as reformas estruturais adequadas para blindar o fundo público de acordo com seus interesses do capital financeiro; aumentar a exploração da força de trabalho visando retomar a taxa de lucro (a Reforma Trabalhista); e espoliar as riquezas da Nação de acordo com o cânone neoliberal. Michel Temer iniciou a operação “desmonta Brasil” e Jair Bolsonaro deu prosseguimento a ela com a Reforma da Previdência e a alienação dos direitos previdenciários do mundo do trabalho: a degradação do mundo do trabalho, com o desemprego em massa e o aumento da desigualdade (e miséria) social, correu paralela às iniciativas parlamentares para “renovar” o capitalismo brasileiro diante de sua crise estrutural (p.4/5).

Alves (2021), explica que a lógica do sobrevivencialismo vem dominando o mundo do trabalho no Brasil, e que a pandemia do novo coronavírus e a necropolítica do governo Bolsonaro apenas explicitaram, intensa e extensamente, a miséria do trabalho no Brasil neoliberal. Mas tudo estava contido no movimento da reestruturação neoliberal do capitalismo brasileiro – inclusive sua performance necrófila.

Alves (2021) reconhece que a problemática do sobrevivencialismo não diz respeito apenas ao mundo de miseráveis que habitam há tempos o Brasil e que hoje, em sua maioria se preocupam cotidianamente em não morrer de fome. Com a catástrofe do trabalho, mesmo nas camadas médias assalariadas, o “sobrevivencialismo” é um elemento de preocupação. A pandemia expôs (e aprofundou) a trágica realidade do sobrevivencialismo do trabalho capitalista catastrófico no Brasil. Mas, o sobrevivencialismo das camadas médias é de outra natureza: elas se preocupam em não se “miserabilizar” (p.9).

Alves afirma que a *lumpenização* da burguesia no Brasil tem como contraface, a *lumpenização* do seu proletariado imerso na condição de proletariedade. Capital e Trabalho, pólos antípodas e reflexivos se bastam. Atualmente, temos assistidos a realização daquilo que Francisco de Oliveira caracterizou como o desmonte do trabalho na mesma medida do desmonte do projeto de desenvolvimento capitalista. Em 30 anos de capitalismo neoliberal no Brasil alteraram-se os fundamentos de possibilidade efetiva da civilização brasileira. Ressalta que não se trata apenas de mercado de trabalho propriamente dito ou da economia brasileira como exposto acima.

Antunes, (2020), inferir sobre os impactos da pandemia na sociedade do capital, afirma que estes impactos são profundos. Que, embora não tenha sido a pandemia que causou a

tragédia do mundo do trabalho, ela pôs a nu, desvendou, desnudou, a forma pela qual o capitalismo já vinha desenvolvendo, desde 1973, mais especialmente no século 21, a partir da crise de 2008 e 2009, uma forma de trabalho pautada pela combinação complexa e nefasta entre alto índice de digitalização das tecnologias de informação e comunicação.

O autor destaca que, hoje, em tempos de Ipad, smartphones, internet 5g, inteligência artificial, na contramão do processo, esse maquinário informacional digital tem avançado e se desenvolvido empurrando a classe trabalhadora, ou seja, o trabalho vivo, para a flexibilização, a terceirização, e mais acentuadamente nesse período, a informalidade e a intermitência. Todos eles, aspectos profundamente nefastos.

Antunes lembra que tem deixado claro em suas obras o processo de corrosão, um processo de devastação da força de trabalho em escala global. A pandemia eclode em um momento em que temos 40% de informalidade no Brasil. Que, no mês de fevereiro, começinho de março/2020, a conjuntura econômica e social incluía cerca de 40 milhões de homens e mulheres na informalidade, 12,9 milhões de trabalhadores e trabalhadoras desempregados, quase 13 milhões, existência de cerca de quase 5 milhões de trabalhadores em situação de desalento, outra massa de subutilizados e sub-ocupados.

A pandemia vem e devasta e provoca contradições, pois a primeira recomendação que é passada para a sociedade é a de que devemos fazer o isolamento das categorias que não trabalhavam em atividades essenciais como médicos, enfermeiros, entre outros. Mas se o trabalhador ou trabalhadora, vive e sobrevive na informalidade, vive um grande dilema, considerando que, se vai para casa fazer isolamento, não recebe. Inclusive a maioria sofreu com o desemprego imediato. Não tem nem a chance de redução da jornada de trabalho, que já são negativas, que as empresas grandes fizeram. O informal é imediatamente mandado embora. (ANTUNES,2020)

Se ele vai pra casa fazer isolamento, ele morre de fome. Se ele vai para a rua, seu emprego desapareceu. Hoje, o nível de informal desempregado aumentou. Algumas pesquisas mostram que diminuiu a informalidade nesses meses. E é verdade. Porque o informal virou desempregado. Temos o desempregado que tinha o emprego formal e temos um crescimento desses 40 milhões de informais, e teremos um percentual deles, significativo, que é um informal desempregado. (p.122).

Neste processo, assistimos um maior impacto da pandemia covid-19 sobre as mulheres trabalhadoras que os homens trabalhadores. Entre as raças, temos maior impactos sobre os negros que os brancos, e, ainda, sobre o imigrante que o nativo. É o celeiro da tragédia, se eu

pudesse usar uma síntese provocativa. O capital virótico oferece o celeiro da tragédia. É isso que estamos vivendo hoje.

A pandemia do capital mostrou o flagelo, a virulência, a devastação, que o capitalismo dos nossos dias pratica em relação à classe trabalhadora. E ele é diferenciado. Prejudica mais a classe trabalhadora feminina do que a masculina. Mais a classe trabalhadora negra, do que a branca. Mais a trabalhadora negra do que a mulher branca. Mais a trabalhadora indígena em relação à mulher branca. Mais o trabalhador e trabalhadora imigrante do que o trabalhador nativo (Antunes,2020, p.112).

Ao referir-se ao trabalho informal, Antunes apresenta o dilema: se eu sou um prestador ou uma prestadora de serviço, eu não sou assalariada. Se não sou assalariado, estou fora da legislação protetora do trabalho. O trabalhador e a trabalhadora, quando realizam jornadas fixas, intensas, ele é assalariado. Enquanto tal, tem que ter direitos. Não pode ser chamado de prestador de serviços (p.112).

No contexto pandêmico estamos vendo a realidade. Se não tem serviço, não tem trabalho, se não tem trabalho, morre de fome. As empresas estão crescendo. Basicamente as empresas que entregam alimentos, os motoboys, estão trabalhando muito, sofrendo os padecimentos de não terem os direitos do trabalho, estão se acidentando, se contaminando, e não têm nenhuma legislação protetora do trabalho para eles.

No estudo produzido por Antunes e explicitado em sua obra Coronavírus: Trabalho sobre o fogo cruzado. Aponta que no trabalho uberizado já há médicos uberizados, advogados uberizados, jornalistas uberizados, professores uberizados, trabalhadoras dos cuidados uberizadas. Da mesma forma que se precisar de uma trabalhadora doméstica, por exemplo, ele posso acessar uma plataforma de trabalho doméstico, contratar pra ela vir trabalhar amanhã 2h por dia. Essa trabalhadora vai ter uma remuneração, que se muito, será de um salário mínimo, ao passo que a empresa vai ganhar por horas de trabalho dela, muito mais. Esse é o desenho que está sendo concebido pelo capital. E ele só não vai se expandir e se tornar dominante se houver luta, resistência e confrontação como está havendo no mundo e no Brasil (ANTUNES,2020)

Essa é a chamada produção destrutiva. Se o capitalismo só pode crescer destruindo, ele destrói o trabalho em proporção impressionantes. Então, não foi a pandemia que trouxe a tragédia. Ela é o resultado de uma tragédia de um sistema de metabolismo social destrutivo. Por isso falo em capitalismo pandêmico e virótico. Estamos vivendo um capitalismo letal, destrutivo, pandêmico e virótico.É evidente que na medida que o capitalismo oferece uma

pandemia, ela nos afunda ainda mais social, econômica e politicamente. A pandemia desnudou toda a problemática do trabalho informal. (ANTUNES,2020).

Antunes destaca o poder destrutivo da reforma da previdência implementada pelo governo Bolsonaro, que, embora já tivesse medidas contra a previdência pública em governos anteriores, agora veio a tacada final.

E quando o vírus chega na periferia, não ataca um. Ataca centenas. As populações das periferias, não só das grandes mas também de pequenas e médias cidades, em muitos lugares não têm hospitais. Quanto tem hospital, não tem leito. Quando tem leito, não tem respirador. E quando tem respirador e leito, o médico ou a enfermeira adoeceu.

Ao referir-se ao valor do benefício emergencial disponibilizado a alguns segmentos de trabalhadores pelo Governo Federal, Antunes crítica, afirmando que uma renda emergencial para toda a população e não de R\$600 é uma piada. Que até entendo que para quem está sem nada, R\$600 dá para comprar arroz, feijão, um sabonete e segurar umas duas ou três semanas. Mas questiona /, falando em um nível de sobrevivência indigna e desumana. Uma sobrevivência dotada do mínimo de humanidade, suporia pelo menos uma renda de três salários mínimos. Para comer, habitar e ter remédios. (ANTUNES,2020).

Lembra que Bolsonaro ganhou uma eleição dizendo que era contra o sistema. Não dizia que ia defender e arrumar, dizia que era contra. Não disse que era uma criação nefasta do sistema, ao contrário, dizia que era contra. É um momento propício para a humanidade refletir. Sendo essa a importância dos movimentos sociais, dos partidos de esquerda, dos sindicatos, do pensamento crítico.(ANTUNES,2020).

Em reportagem de Elane Brum, do Jornal Online El País, datada de 15/04/2021, a partir de estudos científicos publicados pela ONG Médicos sem fronteira (MSF) caracteriza bem a contínua ingerência do Governo Federal na gestão da maior crise sanitária enfrentada pelo Brasil nas últimas décadas.

Na mesma trilha, rastros e vertigens, em reportagem no Jornal a Folha de São Paulo, online, Carolina Antunes trata do Relatório e recomendações do TCU apontando erros do governo Bolsonaro na gestão da Pandemia Covid-19 no Brasil. O relatório em referência será objeto de análise pela Comissão Parlamentar de Inquérito apura, no Senado Federal, a conduta deste governo ((Folha de São Paulo, 14/abr/2021).

São reiterastes os indicadores de que a pandemia do coronavírus não tem dado trégua ao Brasil frente aos desmantamentos do Governo Federal na gestão desta grave crise sanitária vivenciada por todos os brasileiros, aumentando sistematicamente o número de mortes contágios nos últimos meses, elevando o país a categoria de epicentro mundial.

No mês de março, o país ultrapassa as 3.000 mortes por dia. Entre as múltiplas causas da gravíssima situação, uma distingue o Brasil dos demais países: a inação do Governo liderado pelo presidente Bolsonaro e sua promoção de curas ineficazes., o que tem causado mortes evitáveis e agravado a epidemia a ponto de levar os hospitais ao colapso, segundo diagnóstico compartilhado por um estudo publicado pela revista Science e pela ONG Médicos Sem Fronteiras (MSF).

Segundo Brum (2021), o estudo em questão enfatiza que a vontade política no Brasil é inaceitável” (p.1). Ao fazer tal afirmação, Meinie Nicolai, diretora-geral do MSF explica que sua equipe vem atuando na crise sanitária no Brasil e em outros países. Em sua concepção, apenas a variante da P1 por si só não explica a situação atual do Brasil”, disse em referência à denominada variante brasileira, que é muito mais contagiosa do que a cepa clássica e está muito difundida no Brasil.

Ao comparar a situação brasileira com a da África do Sul, que também é abalada pela P1, Nicolai pontua que a variante apareceu e mesmo tendo muito menos gente vacinada, não apresenta números tão perversos que o Brasil, considerando o esforço coordenado pelas autoridades levando o país a terem menos casos”, sendo enorme a diferença entre esses países quanto ao quadro epidemiológico causado pela doença.

Apesar de possuírem população semelhante, o Brasil, infelizmente, acumula mais de 13 milhões de casos, enquanto a África do Sul tem seis vezes menos, de acordo com a publicação digital Our World Data.

No Brasil, lembramos que nossos dois primeiros casos de contaminação de trabalhador envolveu uma empregada doméstica e um idoso trabalhadora e morador em bairros nobres no Rio de Janeiro.

O caso da doméstica, contaminada em ambiente de trabalho foi o primeiro caso, daí tersido amplamente divulgado pela mídia, cujo óbito foi comunicado ao Ministério Público do Trabalho (MPT) do Rio de Janeiro para abertura de inquérito. Em menos de um mês da entrada do Covid-19 no país, foram constatadas cerca de 11 mortes atribuídas ao novo vírus. O óbito da trabalhadora doméstica foi (BBC_NEWS BRASIL,2020).

Ao avaliar o primeiro mês da expansão da COVID-19 no Brasil, Cavalcante (2020) afirma que no país, quando comparado aos demais países do mundo, o que chama atenção na forma e intensidade da propagação e mortalidade da doença são as altas taxas de incidência e mortalidade da doença, quando se observam suas subdivisões macrorregionais e estaduais.

Destacam que as características locais, sociais e demográficas deveriam ser levadas em consideração nas durante a construção de estratégias e respostas à epidemiadevido o

tamanho da população, território, cultura e geográficas que podem influenciar na adesão às intervenções não farmacológicas, além de ostentar marcantes desigualdades sociais e no acesso aos serviços de saúde (ALMEIDA, 2020; CAVALCANTE, 2020).

Almeida (2020) a atual pandemia CODID-19 causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2 são relevantes a execução de práticas organizacionais de prevenção antes da chegada do paciente ao serviço de saúde, reduzindo o fluxo de atendimento, no primeiro atendimento e durante as ações assistenciais, para minimizar a exposição ocupacional ao agente biológico. É necessário afastar os profissionais de saúde classificados pertencente ao grupo de risco das atividades de risco de contaminação. (Gallasch,2020).

É notório o lugar de destaque dado ao local de desenvolvimento das atividades laborais dos trabalhadores, bem como as condições de trabalho enquanto fontes potenciais de exposição ao vírus. Nesse sentido, a própria OMS em 2020 construiu uma cartilha evidenciando o lócus do trabalho enquanto um dos territórios de disseminação da doença, estabelecendo diretrizes preventivas e de cuidados necessários a serem mantidos sejam por trabalhadores, empregadores, instituições entre outros.

É fundamental entender, portanto, de que maneira as atividades e condições de trabalho podem contribuir para a disseminação e, sobretudo, para o estabelecimento de estratégias para o enfrentamento da pandemia, Filho, et al, (2020).

Mesmo para os profissionais de saúde diretamente envolvidos com os cuidados aos pacientes, pouco se discute sobre as condições e organização do trabalho, prevalecendo, até o momento, protocolos com recomendação de medidas individuais (higiene e uso de equipamentos de proteção (SILVA et al, 2020).

Silva et. al, (2020) reafirmam o entendimento da COVID-19 como primeira nova doença relacionada ao trabalho nesta década tendo em vista a sua prevalência sobre a saúde dos trabalhadores e a importância prática do controle das infecções nos ambientes de trabalho, neste cenário, não mais restrito apenas aos profissionais de saúde, mas a todos sujeitos que vive e sobrevive por meio do trabalho.

Ao nível federal, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.309, de 28 de agosto de 2020, atualizando Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT), visando orientar os profissionais do Sistema Único de Saúde acerca do nexos causal entre as doenças e as ocupações profissionais. Inicialmente, a Covid-19 havia sido listada como doença ocupacional, relacionada ao trabalho. Entretanto, um dia depois de publicada, esta norma foi tornada sem efeito por meio da Portaria nº 2.345, de 2 de setembro de 2020 (CALCINI & VALENÇA,2020).

Silva Et, al, destacam que, embora o Brasil conte com uma legislação abrangente que inclui as recomendações de órgãos internacionais sobre as ações de enfrentamento à COVID-19, identificam-se lacunas no que se refere à fiscalização das medidas de segurança e saúde no trabalho. No tocante aos riscos, observam-se entendimentos equivocados sobre a exposição aos riscos de sofrer agravos ocupacionais, naturalizando-os em determinadas atividades, como se fossem aceitáveis.

Em consequência, a saúde do trabalhador passa a ser analisada dissociada das condições de trabalho, muitas vezes, não merecendo preocupação por parte de muitos gestores, onde treinamentos e equipamentos de proteção individual (EPIs) são passados como suficientes para garantir a saúde destes trabalhadores, embora fornecidos em quantidade e com qualidade duvidosas (SILVA, et al,2020).

Citando uma reportagem do jornal Lancet (2020) Silva et al, (2020) compara o caso brasileiro com o registrado pelos pesquisadores ingleses quanto a problemática do acesso a EPIs por parte dos trabalhadores na saúde, onde os pesquisadores—evidenciaram a desproporcionalidade entre o avanço da epidemia e o acesso aos EPIs por parte dos trabalhadores da saúde, constatação esta que vem sendo objeto de preocupação em todo o mundo.

No Brasil, os Conselhos Federais de Enfermagem (Cofen) e de Medicina (CFM) tem realizado estatísticas de profissionais a eles filiados acometidos e/ou mortos em decorrência da COVID-19; situações de trabalho denunciadas diariamente; uso de EPIs e à possibilidade de recusa ao trabalho sob condições de grave risco à saúde e à vida.

Destacam preocupação quanto a falta e a qualidade desses EPIs, além dos quase 17.000 enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem afastados pela doença no país, e os 138 óbitos associados à doença, os EPIs, em situações emergenciais, diante da gravidade do quadro do paciente e da alta contagiosidade do agente de risco biológico, principalmente quando a organização e as condições de trabalho não permitem que estas sejam controladas, podem não proteger de maneira adequada o trabalhador exposto, além de não existirem provas da efetividade plena desses equipamentos.

Os autores reiteram a importância de implementação de uma ação mais efetiva quanto à vigilância da saúde do trabalhador para acompanhar os impactos da COVID-19 na saúde desses profissionais que estão na linha de frente do combate à doença. Destacam, ainda, a nível de gestão nas três instancias de governo e do SUS um tratamento mais qualificado dos boletins epidemiológico, divulgando, minimamente, a distribuição dos casos e dos óbitos confirmados segundo as ocupações registradas.

No contexto de uma pandemia como a da COVID-19, as abordagens tradicionais da saúde, da segurança no trabalho, além de outras sustentadas nos pressupostos do campo da saúde do trabalhador, precisam ser repensadas e adaptadas ao novo cenário de crise. Nesse sentido, medidas de adequação da equipe em relação a números, melhoria na organização e nas condições de trabalho, fornecimento de EPIs em quantidade e qualidade adequadas, treinamento adequado de uso e descarte, são urgentes e necessárias (GALLASCH,2020).

Acrescentam, ainda, a observação de normativos e diretrizes desenvolvidas por organismos e instituições como a OMS, o CDC, o *Centers for Medicare & Medicaid Services* (CMS), entre outros, voltados ao controle da COVID-19 entre os trabalhadores da saúde na linha de frente de atendimento aos pacientes pode melhorar muito esse painel atual (SILVA,et, al, (2020).

Os autores chamam atenção para os números de outras morbidades que podem afetar a saúde dos trabalhadores da saúde expostos às condições de trabalho para enfrentamento da pandemia por COVID-19: os problemas de saúde mental; o *burnout*, depressão, fadiga mental, transtornos psiquiátricos menores e até morte por sobrecarga de trabalho, conhecida como *karoshi* ou mesmo o suicídio que vem crescendo muito entre estas categorias de profissionais.

É evidente a crise dos sistemas de saúde mundiais, incapazes de dar conta de uma epidemia de tamanhas proporções e que pode levar à hospitalização cerca de 15% a 20% dos casos. Cabe perguntar: quando esses profissionais adoecerem, quem vai cuidar da população em geral adoecida, da qual eles também farão parte, então?

E o que será desses trabalhadores e de suas famílias? Continuarão amargurados e expostos à infecção sem as devidas condições de trabalho? Quem cuidará deles? São questões absolutamente sem respostas adequadas no presente momento (FREITAS, NAPIMOGA & DONALISIO, 2020; MOGHADAS et al, (2020) apu SILVA,et al,2020).

2.3. O Governo Brasileiro frente ao enfrentamento da pandemia do Covid 19

No Brasil, identificada desde fevereiro de 2020, em março de 2020, a Covid-19 foi caracterizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma pandemia¹. É uma doença de grande poder infeccioso, cujo agente é o novo coronavírus (SARS-CoV-2) propagando-se principalmente pelas gotículas respiratórias.

O primeiro caso de Covid-19 registrado no Brasil aconteceu no dia 26 de fevereiro de 2020, ou seja, dois meses após o primeiro caso em Wuhan, China. Tratava-se de um homem

que acabara de chegar de viagem à Itália e se destinou para o estado de São Paulo, onde permaneceu em isolamento social. Desde então, os casos de Covid-19 ficaram distinguidos como ‘uma doença que vinha de fora’ entre os viajantes para outros países, com perfil econômico focado na classe média (SODRÉ,2020).

Enquanto a maioria dos países no mundo voltam-se para a implementação de fortes medidas protetivas e de intervenção visando preservar as vidas de seus cidadãos, o governo brasileiro vem tratando esse grave problema de saúde pública, deixando em constante apreensão a população como um todo, principalmente, os mais vulneráveis. A forma como o Governo Federal vem gestando a Pandemia Covid-19 desde o mês de fevereiro de 2020 pode ser avaliada pelas constantes manifestações do Presidente Jair Messias Bolsonaro em suas redes sociais sempre procurando minimizar a pandemia: “E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê?”; “pandemia, de gripezinha e país de maricas a frescura e mimimi”. Normalmente são frases com efeito de descaso, ou desdém, diante de uma grave crise de saúde pública mundial que chegou a vitimar mais de 3.000 brasileiros em 24h.

Ao analisar a expressão usada pelo presidente Jair Bolsonaro, “o ‘E daí?’”, Sodré (2020) sinaliza que o presidente estaria referindo-se ao método de gestão adotado pelo Ministério da Saúde como forma de enfrentamento da epidemia. Para conter a doença, as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) por isolamento dos casos encontrados, distanciamento social entre as pessoas e medidas de quarentena já vigoravam por todos os países. Mas o presidente Jair Bolsonaro sempre pois contra as medidas de enfrentamento da doença pautadas na ciência, preferindo defender e propagar estratégia de enfrentamento da doença sem comprovação científica.

Em paralelo, e contraditoriamente, o posicionamento do Ministério da Saúde parecia rivalizar com os pronunciamentos abertos do presidente da república, os quais apostavam que os casos sobre a doença no Brasil estavam superdimensionados e que não tinham a magnitude que o Ministério da Saúde afirmava. “[...] No meu entender, está superdimensionado o poder destruidor desse vírus” (Governo..., 2020a). (SODRÉ,2020, p.3).

De acordo com o autor, na semana seguinte, o presidente reforçou seu posicionamento: “Não podemos entrar em uma neurose como se fosse o fim do mundo. Outros vírus mais perigosos aconteceram no passado e não tivemos essa crise toda. Com toda certeza há um interesse econômico nisso tudo para que se chegue a essa histeria” (SODRÉ,2020, p.3).

Sodré pontua que a negação da existência ou da força da pandemia colocava o presidente da república em um completo descompasso entre o seu posicionamento e o desenho

da política que se formava no ministério, o qual previa o dimensionamento dos casos existentes no país e a busca por respostas na literatura científica produzida sobre a pandemia até então.

Segundo o autor, o ministro à época, Luiz Henrique Mandetta, vinha de uma trajetória inexpressiva no primeiro ano de mandato e sem propostas para uma agenda ampliada no que se referia à saúde pública. No ano de 2019, o Ministério da Saúde centrou suas ações nas políticas de privatização ou cortes de programas já existentes. Levantou uma pauta sobre o pagamento pelos serviços de saúde, questionando a ‘gratuidade’ do Sistema Único de Saúde (SUS) para todos e sua forma universal. E chegou a afirmar que gostaria de levar adiante a seguinte agenda de discussão ao Congresso Nacional: “É equânime que todos tenham 100% de acesso gratuito ao Sistema Único de Saúde (SUS)?” (Roda Viva, 2019apud SODRÉ,2020).

O autor explica que essa agenda não tomou fôlego de imediato entre as empresas médicas, seguradoras e operadoras de planos de saúde, mas posteriormente se materializou em algumas ações. Uma delas foi a redução e o esvaziamento do Núcleo Ampliado de Saúde da Família da Atenção Básica (NASF); uma segunda ação diz respeito à retomada do Programa Mais Médicos pelo Brasil, voltado a atender a uma antiga demanda do Revalida, do Conselho Federal de Medicina, objetivando maior embargo aos médicos estrangeiros e a ampliação de uma parceria para receber médicos recém-formados pelas faculdades privadas de medicina. Outra ação foi a criação de um serviço social autônomo para a gestão da Atenção Primária – a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), que objetiva retirar a administração direta da gestão da Atenção Primária do SUS.

No ano de 2020, o Ministério da Saúde voltou-se verticalmente para a pandemia e o poder executivo adotou três frentes para a condução da política de saúde pública por meio de ações de governo que destacamos: o protagonismo dos governadores; o falso dilema entre a economia e a saúde e, por fim, a militarização do Ministério da Saúde.(SODRÉ,2020,p.3).

Em reportagem de Elane Brum, do Jornal Online El País, datada de 15/04/2021, a partir de estudos científicos publicados pela ONG Médicos sem fronteira (MSF) caracteriza bem a contínua ingerência do Governo Federal na gestão da maior crise sanitária enfrentada pelo Brasil nas últimas décadas.

Na mesma trilha, rastros e vertigens, em reportagem no Jornal a Folha de São Paulo, online, Carolina Antunes trata do Relatório e recomendações do TCU apontando erros do governo Bolsonaro na gestão da Pandemia Coviad-19 no Brasil. O relatório em referência será objeto de análise pela Comissão Parlamentar de Inquérito apura, no Senado Federal, a conduta deste governo ((Folha de São Paulo, 14/bril/2021).

O sociólogo Ricardo Antunes (2020) em várias análises tem apontado as graves consequências do novo coronavírus enquanto resultados da combinação letal entre a crise estrutural do capitalismo, que destrói sistematicamente a leta legislação social protetora do trabalho conquistado historicamente pela classe trabalhadora na relação capital x trabalho. E, em tempos de pandemia covid-19, o trabalhador brasileiro vivencia o que Antunes denomina de “celeiro de tragédia” em seu e-book *Coronavírus: O trabalho sob fogo cruzado*.

São reiterastes os indicadores de que a pandemia do coronavírus não tem dado trégua ao Brasil frentes aos desmantamentos do Governo Federal na gestão desta grave crise sanitária vivenciada por todos os brasileiros, aumentando sistematicamente o número de mortes e contágios nos últimos meses, elevando o país a categoria de epicentro mundial.

No mês de março, o país ultrapassa as 3.000 mortes por dia. Entre as múltiplas causas da gravíssima situação, uma distingue o Brasil dos demais países: a inação do Governo liderado pelo presidente Bolsonaro e sua promoção de curas ineficazes., o que tem causado mortes evitáveis e agravado a epidemia a ponto de levar os hospitais ao colapso, segundo diagnóstico compartilhado por um estudo publicado pela revista Science e pela ONG Médicos Sem Fronteiras (MSF).

Segundo Brum (2021), enfatiza que a vontade política no Brasil é inaceitável” (p.1). Ao fazer tal afirmação, Meinie Nicolai, diretora-geral do MSF explica que sua equipe vem atuando na crise sanitária no Brasil e em outros países. Em sua concepção, apenas a variante da P1 por si só não explica a situação atual do Brasil”, disse em referência à denominada variante brasileira, que é muito mais contagiosa do que a cepa clássica e está muito difundida no Brasil.

Ao comparar a situação brasileira com a da África do Sul, que também é abalada pela P1, Nicolai pontua que a variante apareceu e mesmo tendo muito menos gente vacinada, não apresenta números tão perversos que o Brasil, considerando o esforço coordenado pelas autoridades levando o país a terem menos casos”, sendo enorme a diferença entre esses países quanto ao quadro epidemiológico causado pela doença. Apesar de possuírem população semelhante, o Brasil, infelizmente, acumula mais de 13 milhões de casos, enquanto a África do Sul tem seis vezes menos, de acordo com a publicação digital *Our World Data*.

A ONG no estudo em referência denuncia que o governo de ter deixado a própria sorte as equipes de saúde da linha de frente de combate a pandemia. Diante de hospitais superlotados em quase todo o país, os profissionais de saúde improvisam UTIs como podem. E, neste cenário de descaso, ainda, existem médicos prescrevendo medicamentos sem eficácia comprovada, subsidiado e promovido com entusiasmo pelo Governo federal, negando os efeitos colaterais

deste tipo de medicação sem eficácia científica para a doença, contribuindo para o elevado índice de óbitos, decorrentes de seus estragos no organismo humano.

O estudo demonstra que, enquanto em outros países a pandemia perde forças, no Brasil, trilhado pelos descaminhos do governo, assistimos o contínuo crescimento da curva, em constante ascendente, batendo um recorde (negativo).

Brum (2021) lembra que em janeiro, o jornal publicou os resultados de um estudo da Universidade de São Paulo “que acusava o Bolsonaro de liderar uma estratégia institucional de propagação do vírus”. (p.1). São inúmeros os estudos que tem acusado diretamente o Governo Bolsonaro como responsável pela acelerada disseminação do vírus, apesar de não sem tão explícitos como o estudo da USP.

De acordo com os estudos publicados na Science, liderado pela pesquisadora brasileira Marcia Castro, da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard., “A resposta [do Governo] federal [ao vírus] tem sido uma combinação perigosa de inação e negligências, incluindo a promoção da cloroquina como tratamento, apesar da falta de evidências científicas” (EL PAIS, 2021, p.1).

O estudo destaca ainda que “nenhuma narrativa sozinha explica a propagação do vírus” no Brasil, mas cita expressamente a influência da politização no grau de adesão às recomendações básicas. Contribuindo também para a disseminação do vírus o tamanho e a desigualdade social histórica vivenciada pela população brasileira. Desigualdade social esta onde suas conexões regionais não foram interrompidas durante os picos e as autoridades locais impuseram e flexibilizaram as restrições como bem entenderam. Esse conjunto de fatores tem dado asas ao coronavírus.

O mesmo estudo trás um comparativo entre o Reino Unido, EUA e Brasil em relação ao negacionismo da crise sanitária mundial e mostra que, liderados no início da crise por negacionistas como Bolsonaro, corrigiram o rumo de suas histórias da crise em seus respectivos países, à exemplo do primeiro quando Boris Johnson que voltou ao poder depois de quase ter morrido de covid-19, enquanto, Donald Trump, sob os efeitos negativos do gerenciamento da crise no país, perdeu as eleições.

O Brasil foi o primeiro país onde, em nome da liberdade, houve manifestações contra as restrições. Com mais de 350.000 mortos depois, os protestos contra os confinamentos ainda estão sendo realizados. E na contramão deste processo, o presidente insiste que “a fome mata mais que o vírus”. Na mesma proporção que cientistas e médicos brasileiros continuam a insistir que sem confinamento de três a quatro semanas é impossível conter a transmissão (Brum (2021)).

A luta imprimida pelo MSF no sentido de cobra do Governo Bolsonaro, que já substituiu por quatro vezes o ministro da Saúde, um plano de gestão coordenado e nacional, diretrizes claras, uma campanha de informação para promover as medidas básicas de eficácia comprovada (uso de máscara, distanciamento social e lavar as mãos) e um plano amplo de testes para detectar novos casos e isolá-los. Mas, o Governo, mais uma vez, tem se mostrado ineficiente, num movimento para dificultar o processo de aquisição de vacina e a consequente imunização da população brasileira, ainda que tardiamente, apesar de a OMS insistir que apenas as vacinas não vão deter a emergência.

De acordo com o MSF, sem uma mudança imediata de rumo por parte do Governo federal, a catástrofe continuará a se agravar: “A transmissão se acelerará, haverá mais pacientes em estado grave, mais pressão sobre os hospitais e mais mortos”. Lembra que o Bolsonaro começou banalizando a epidemia como “uma gripezinha”, declarou que “de algo se tem de morrer” e, para seus compatriotas assustados com os recordes de mortes, espetou há um mês: “chega de frescura, de mimimi” . Foi somente após a pressão da elite econômica, por meio de suas queixas públicas, que o governo decidiu “dar os anéis e preservar os dedos”, agir, mesmo de forma deficitária e burocratizada, para promover a vacinação. Sendo essas mesmas exigências que criaram o clima para que o Supremo Tribunal Federal ordenasse ao Senado a abertura de uma CPI, acatando demanda de alguns senadores e deputados.

Outros estudos relacionados a Pandemia Covid-19 e seus impactos no Brasil, a exemplo dos realizados pela Faculdade de Saúde Pública da USP e a Conectas Direitos Humanos, com foco em cerca de 3.049 normas federais produzidas em 2020, apontam os fatores que tem levado o Brasil a superar mais de 212.000 mortes pela doença em menos de um ano de pandemia, retirando o véu da *linha* de tempo mais, segundo estes estudos, macabra vivenciada pela saúde pública brasileira durante toda sua história. E em março de 2022 supera os 650 mil mortes.

O Centro de Pesquisas e Estudos de Direito Sanitário (CEPEDISA) da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP) e pela Conectas Direitos Humanos, constitui-se em uma das mais respeitadas organizações de justiça da América Latina dedicadas a coletar e esmiuçar as normas federais e estaduais relativas ao novo coronarírus,

Esse estudo analisa o teor das normas produzidas pelo Governo de Jair Bolsonaro na gestão da pandemia de covid-19 no País, promulgadas a partir de março de 2020 encontram-se consolidado na publicação do boletim *Direitos na Pandemia – Mapeamento e Análise das*

Normas Jurídicas de Resposta à Covid-19 no Brasil. Mostrou que, ao contrário de outras nações do mundo, ainda sem uma campanha de vacinação com cronograma confiável. Constatou-se que, sob a liderança de Bolsonaro, o país vivenciou a implementação de um projeto de propagação do vírus. Trás a voz de milhares de pessoas órfãs da pandemia vítimas do projeto institucional do Governo brasileiro para a disseminação da covid-19.

Dessa forma, longe de sinalizar para uma gestão eficiente do estado na pandemia covid-a9, evidencia a eficiência da atuação da União em prol da ampla disseminação do vírus no território nacional, sob o pano de fundo da sobreposição dos interesses econômicos sobre a vida. O interesse central do governo era de retomar rapidamente e sob quaisquer custos, a atividade econômica impactada pela pandemia.

Deisy Ventura; Fernando Aith,-diretor do CEPEDISA/USP, Camila Lissa Asano, Rossana Rocha Reis, pesquisadores da USP e do Centro inferem que os atos normativos com objeto na pandemia covis-19 entre março de 2020 e janeiro de 2021 caracterizam por : atos normativos da União incluindo normas produzidas por autoridades e órgãos federais e vetos presidenciais; são atos de obstrução às respostas dos governos estaduais e municipais à pandemia; legislam e normatizam em prol do mercado e não da saúde pública, que foi definida como “o discurso político que mobiliza argumentos econômicos, ideológicos e morais.

Caracterizam-se, ainda, por notícias falsas e informações técnicas sem comprovação científicas, “objetivando desacreditar as autoridades sanitárias, enfraquecer a adesão popular a recomendações de saúde baseadas em evidências científicas, e promover o ativismo político contra as medidas de saúde pública para conter o avanço da covid-19”. CEPEDISA, 2021, p.18)

Explicam que os dados foram selecionados junto à base de dados do projeto Direitos na Pandemia, à jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF) e do Tribunal de Contas da União, de documentos e discursos oficiais do Governo Federal. Também foram realizadas buscas junto a plataforma Google para a coleta de vídeos, postagens e notícias (IDEM).

O estudo evidenciou que “a maioria das mortes seriam evitáveis por meio de uma estratégia de contenção da doença, caracterizando-se por uma violação sem precedentes do direito à vida e do direito à saúde dos brasileiros. O cenário macabro desenvolve-se em contexto de completa impunidade do conjunto de agentes públicos responsáveis pela gestão da saúde nas três esferas de governo. Mesmo sob a constante vigilância do Supremo Tribunal Federal e o Tribunal de Contas da União. (CEPEDISA, 2021)

Retrata o litígio e configuração que sugere crimes contra a saúde pública, crimes de responsabilidade e crimes contra a humanidade durante a pandemia de covid-19, sob o comando do presidente Jair Messias Bolsonaro, no Brasil. Os atos e falas do presidente diluidas no

cotidiano e alimentada pela produção de factoides e de notícias falsas, promovendo ódios enquanto estratégia para escamotear seu projeto, que avança via mobilização maléfica mantida via redes sociais, provocando profundos choques e mal-estarao sistematizar a produção explícita de maldades colocadas em prática por Bolsonaro e seu governo na gestão da pandemia ao longo desses dois anos (CEPEDISA, 2021)

No campo econômico, ao mesmo tempo que amplia o conceito de atividades essenciais até mesmo para salões de beleza, na tentativa de reduzir e até mesmo negar o direito ao Auxílio Emergencial determinado pelo Congresso a várias categorias, cria um duplo tratamento aos profissionais de saúde, vetando, na integra, o projeto que prevê compensação financeira para aqueles trabalhadores que ficarem incapacitados em consequência de sua atuação para conter a pandemia e tenta isentar os funcionários públicos de qualquer responsabilidade por atos e omissões no enfrentamento à covid-19.((CEPEDISA, 2021, p.12).

Outro aspecto dos estudos publicados pelo Centro da USP diz respeito ao esforço do Governo Federal em contingenciar recursos destinados à Covid-19, prejudicando a assistência aos doentes na rede pública de Estados e municípios. É continua a estratégia denominada de guerra contra governadores e prefeitos que, munido de suas prerrogativas enquanto agente público na gestão de seus Estados e Municípios, não tem medido esforços na implementação de medidas de prevenção e combate ao vírus é constante. (CEPEDISA, 2021)

São reiterantes, as estratégias utilizadas por meio de vetos, onde Bolsonaro tenta anular medidas mais básicas, à exemplo da obrigatoriedade de máscaras dentro de estabelecimentos com autorização para funcionar. Estas tentativas, quase sempre vão parar no Supremo Tribunal Federal (STF) ou pelo próprio Legislativo que passam a conter tais desmandos. Na verdade, a situação do país poderia ser ainda mais trágica caso o STF e outras instâncias não tenham se mostrado eficiente na garantia do direito à vida no Brasil, frente ao desgoverno de Jair Bolsonaro. Tais instituições, apesar de suas fragilidades, têm sido visíveis o esforço de parte dos protagonistas para tentar anular ou neutralizar os atos do Presidente. (CEPEDISA, 2021)

Outra prática do Governo Federal tem sido o uso da máquina do Estado para promover destruição e propagação do vírus aumentando a taxa de letalidade da doença. Vários segmentos da sociedade brasileira, partidos de esquerda tem tentado por fim ao desgoverno de Bolsonaro. (CEPEDISA, 2021)

O estudo revela que, na gaveta de Rodrigo Maia (DEM), até então, presidente da Câmara, aglomeravam-se mais de 60 pedidos de impeachment. Da mesma forma que, outras tentativas, ao nível internacional, também são postas em prática, a exemplo do Tribunal Penal Internacional, onde existe, menos três comunicações que relacionam genocídio e outros crimes

contra a humanidade imputados a Bolsonaro e membros do governo relacionadas à pandemia. (CEPEDISA, 2021)

De acordo com reportagem em abril/2021 publicadas em diversos sites de notícias e jornais *online*, o Governo Bolsonaro é objeto também do TCU, onde, segundo técnicos do órgão, há indícios de que o Governo Federal tenha alterado documentos, não só para se eximir da responsabilidade de liderar ações na pandemia, como também de não monitorar o fornecimento do chamado "kit intubação" em postos de saúde.

Segundo o documento do TCU, os relatórios do Ministério da Saúde levavam em conta, apenas, o problema em relação a aquisição de medicamentos para intubação destinados a hospitais públicos, sendo que, na época, a própria pasta admitiu que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) estavam realizando intubação de pacientes em estado grave.

A auditoria do TCA apontou que houve "envio linear a todos os estados" de dois medicamentos para intubação, o propofol e atracúrio "desconsiderando a diferença no número de leitos entre os estados". Sendo que os relatórios do Ministério da Saúde levavam em conta, apenas, medicamentos para intubação destinados a hospitais públicos, sendo que, na época, a própria pasta admitiu que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) estavam realizando intubação de pacientes em estado grave.

Considerando o conjunto das peças do relatório analisados, o Tribunal de Contas da União (TCU) recomendou a abertura de processo para averiguar a conduta do atual ministro da Defesa, general Walter Braga Netto, no combate à covid-19 durante o período em que comandou a Casa Civil e coordenou o 'Comitê de Crise' do governo.

De acordo com o jornal Estadão, o relatório em epigrafe emitido pelo TCU aponta indícios de "graves omissões" por parte do governo sob o comando do general Braga Netto, à exemplo de "não ter contribuído da forma que seria esperada para a preservação de vidas". E em relação ao atual coordenador do Comitê de Crise do Executivo, Heitor Abreu, subchefe de Articulação e Monitoramento da Casa Civil. O TCU aponta indícios de que o então, tenente-coronel, também não contribuiu "da forma que seria esperada para a preservação de vidas" (Jornal Estadão, 2021, [data](#)).

Sobre o então relatório do TCU, o site RedeBrasilAtual infere que o TCU acusa o governo de Jair Bolsonaro de omissão, abuso de poder e ineficácia na gestão da pandemia de Covid-19, ao desconsiderar o agravamento da crise, as condições sanitárias do país e as reais necessidades das secretarias estaduais de saúde.

Com base em reportagem publicada pelo site UOL, a RedeBrasilAtual reitera a afirmação de que o Ministério da Saúde se omitiu e foi ineficaz ao não controlar, em tempo real, a disponibilidade de medicamentos para intubação orotraqueal (IOT), pois não dispunha de sistema apropriado e, principalmente, os indícios do descontrole foi tamanho que, segundo os auditores, “o MS enviou propofol e atracúrio, usados na intubação, em quantidades aleatórias, sem levar em consideração os diferentes números de leitos de UTI nos estados”.

A omissão e abuso de poder, conforme o tribunal, encontra-se registrada na alteração do texto do Plano Nacional de Contingência, onde a mudança realizada pelo Ministério da Saúde retirou trecho sobre a sua responsabilidade com a liderança da coordenação nacional da crise sanitária. É o caso da realização de campanhas de informação à população que o próprio tribunal já havia recomendado. Em tratativa sobre o assunto junto ao TCU, o governo apenas afirmou “que o SUS é tripartite e que, por esse motivo, o MS não poderia determinar as ações de comunicação das secretarias estaduais de saúde”. Em resposta, o TCU deu 15 dias para o Ministério elaborar um “plano estratégico detalhado” para viabilizar “medidas relacionadas à gestão e assistência farmacêutica”.

A instalação da CPI da Covid-19 pelo Senado, oportunizou aos membros desta comissão a aprofundar a investigação a partir do relatório emitido pelo TCU, onde, motivo pelos quais a comissão selecionou o ex-ministros Eduardo Pazuello (Saúde), Ernesto Araújo (Relações Exteriores) e Fernando Azevedo (Defesa) para serem os primeiros a serem ouvidos pela CPI. Em 20/11/2021, o senador Renan Calheiros (MDB-AL) apresentou ao Senado o relatório final da CPI da Covid-19 que investigava a eventuais desacertos na condução da crise sanitária e humanitária em que o Brasil continua imerso (REZENDE, 202, p.1).

A apresentação do relatório final da CPI ocorreu há menos de uma semana depois da publicação do documento onde o Facebook seria obrigado a derrubar uma *live* do presidente, que leu suposta notícia de que "vacinados contra a Covid-19 estariam desenvolvendo Síndrome da Imunodeficiência Adquirida" (IDEM, p.2)

Segundo o autor, o relatório final da CPI, imputou crime de epidemia (Artigo 267 do Código Penal) ao presidente e aos ex-ministros, indicando na folha 979 do relatório, lê-se que:

Em resumo: a distinção entre dolo e culpa se faz ao largo de um contínuo; dolo é conhecimento, e não vontade; perde sentido a bipartição do dolo; cabe ao direito, e não ao autor, decidir a respeito da relevância do conhecimento do perigo. Assim, a distinção entre dolo, como a forma mais grave da culpabilidade, e culpa (em especial a culpa consciente), como a forma mais leve da culpabilidade, só pode ser feita por meio do grau de perigo para o bem jurídico a que o agente deu causa (2021, p.2).

Outras pessoas ligadas ao governo federal também foram indiciadas pela CPI, segundo o relatório final, parecem ter decorrido da indisposição de alguns convocados em contribuir ativamente com as averiguações na sessão de oitiva. Outro grupo de pessoas foram indiciadas por pertinência a organização criminosa (REZENDE, 202, p.1).

De acordo com a minuta que contém a síntese dos trabalhos da CPI da Pandemia Covid-19 relacionando as atividades e análises desenvolvidas pela Comissão até o dia 17 de outubro de 2021, inicialmente, apresenta o impacto da pandemia no país até o dia 27 de abril de 2021, quando a CPI da Pandemia foi instalada o Brasil contabilizava 14.359.423 casos de Covid-19 e 391.936 de óbitos.

O documento ressalta que os dados acima demonstram a relevância estratégica da CPI da Pandemia, que buscou identificar as responsabilidades e apontar falhas no enfrentamento à pandemia, que, no caso do Brasil, saltam aos olhos mais atentos, tamanha a magnitude dos números a demonstrar o descontrole da doença em nosso território.

E, após quase seis meses de intensos trabalhos, a Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia colheu elementos de prova que demonstraram sobejamente que o governo federal foi omissos e optou por agir de forma não técnica e desidiosa no enfrentamento da pandemia do coronavírus, expondo deliberadamente a população a risco concreto de infecção em massa.

Segundo a CPI, ficou comprovada a existência de um gabinete paralelo, a intenção de imunizar a população por meio da contaminação natural, a priorização de um tratamento precoce sem amparo científico de eficácia, o desestímulo ao uso de medidas não farmacológicas. Concluiu que um dos principais objetivos do gabinete paralelo era o aconselhamento do Presidente da República para que fosse atingida a imunidade de rebanho pela contaminação natural no Brasil (p.1.162-1.164).

A CPI apurou que não apenas houve omissão dos órgãos oficiais de comunicação, no combate aos boatos e à desinformação, como também existiu forte atuação da cúpula do governo, em especial do Presidente da República, no fomento à disseminação de *fake news*. Verificou-se a existência de um grande volume de notícias que desinformaram a população brasileira no processo de enfrentamento da covid-19.

Segundo a CPI, foram identificadas campanhas feitas nas redes sociais com conteúdo claramente contrário a evidências técnicas e científicas, o que gerou enorme confusão na população, contribuindo para agravar os riscos relacionados à saúde e a contaminação pelo coronavírus, bem como aumentar a ocupação dos leitos hospitalares. As notícias falsas relacionadas ao novo coronavírus envolveram diversos tópicos, como a origem do vírus, com ataques xenófobos à China; a oposição infundada ao isolamento social; a divulgação de que o

STF teria proibido o Governo Federal de atuar no combate à pandemia; o incentivo ao “tratamento precoce”; a desinformação sobre o número de mortes pela Covid-19; a contestação sobre a eficácia do uso de máscaras. Por fim, a propaganda antivacina.

A CPI relatou que o caso mais emblemático de interferência do poder central, talvez tenha sido a edição da Medida Provisória (MP) nº 926, que buscou alterar a Lei 13.979, de 2020 que atribui ao Presidente da República a competência para dispor sobre os serviços públicos e atividades essenciais por meio de decreto, numa tentativa de redistribuição de poderes de política sanitária em prol da União. A tentativa, todavia, não logrou êxito, pois o STF concedeu liminar assegurando a competência concorrente dos Estados, Distrito Federal e Municípios para a tomada de providências normativas e administrativas. Ademais, houve enfraquecimento da função de comunicação com o público em geral, com o embaçamento da transparência e o fim das entrevistas coletivas de imprensa diárias, previstas no Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus, que serviam de canal de mensagens esclarecedoras e informativas (p.1.164).

Segundo a CPI, a disseminação de informações oportunas, precisas e acessíveis ao público é determinante para a gestão da crise. Que a ausência de uma política nacional de testagem impediu o adequado monitoramento da evolução da doença na sociedade com as consequências daí decorrentes. Que a falta de planos tático-operacionais demonstra a inexistência de um planejamento do Ministério da Saúde minimamente detalhado para o combate à pandemia (p. 1.166).

Conforme a CPI, após serem realizadas as oitivas de investigados e testemunhas que atuaram em cargos estratégicos do Governo Federal ou que colaboravam paralelamente com o presidente Bolsonaro, de representantes dos desenvolvedores de imunizantes, bem como de especialistas na área da saúde. Conclui que durante toda a gestão do ex-Ministro da Saúde, Eduardo Pazuello, e do ex-Secretário Executivo do Ministério da Saúde, Élcio Franco, foram feitas as primeiras ofertas de aquisição preferencial de vacinas, com destaque para o imunizante CoronaVac, da empresa Sinovac, em parceria com o Instituto Butantan, e o da Pfizer. Não obstante, as tratativas e a conclusão das negociações do governo federal sofreram injustificável e intencional atraso, que impactou diretamente na compra das vacinas e no cronograma de imunização da população brasileira (1169).

Com base na análise da CPI, não resta dúvidas de que, nas sucessivas comunicações diplomáticas a que teve acesso a CPI, o erro de estratégia cometido pela gestão de Pazuello e de Ernesto Araújo (falta de prioridade dada para a vacinação e a aposta em medicamentos, como a cloroquina e hidroxicloroquina), o que contrasta com a postura quase desesperada em 2021

da nova gestão Queiroga e Carlos Alberto França, dada a segunda onda e o aumento de casos e mortes, em busca de vacinas e insumos para produção de vacinas, assim como o pedido de aumento da cobertura populacional na Covax Facility. O erro de estratégia custou caro ao País.

A partir dos estudos do IPEA recebido pela CPI, a mesma afirma que o Brasil registrou, em 2020, em proporção de sua população total, mais mortes por Covid-19 do que 89,3% dos demais 178 países com dados compilados pela OMS. Esses dados quando a comparação é ajustada à distribuição populacional por faixa etária e sexo com cada país, demonstram que o Brasil se torna pior do que os de 94,9% dos mesmos 178 países.

Citando o caso específico do estado do Amazonas, a CPI informa que o mesmo mereceu especial atenção da mesma, inferindo que já na primeira onda da pandemia, os sistemas de saúde do Amazonas evidenciaram dificuldades de resposta à Covid-19. Os leitos de UTI alcançaram a quase totalidade de ocupação e um enorme número de pessoas vieram a óbito, sobrecarregando, inclusive, o sistema funerário daquele Estado.

Ainda sobre a situação do Amazonas, a CPI afirma que passadas as festividades de Natal de 2020, já era possível antever uma segunda onda do novo coronavírus. No entanto, o Ministério da Saúde somente enviou uma equipe ao estado do Amazonas no início de janeiro de 2021, quando houve nova duplicação de internações. Ademais, não foram encontradas evidências da adoção de medidas para abrandar o previsível colapso do sistema de saúde local, mesmo com solicitação do Secretário de Saúde do Amazonas ao Ministério da Saúde, no dia 30 de dezembro, solicitando o envio da Força Nacional do SUS para auxílio no monitoramento e orientação técnica.

Sobre essa grave situação, a CPI infere que o Governo Federal tinha ciência da alta probabilidade de colapso do sistema de saúde amazonense, inclusive com carência de insumos necessários ao funcionamento das atividades hospitalares. Surpreende, todavia, que a pasta da Saúde tenha optado por adotar “orientações de intervenção precoce para covid-19” para lidar com o então caos sanitário, a despeito da inexistência de lastro científico que justificasse a sua adoção como política pública. Que essas ações e omissões do governo Jair Bolsonaro revelaram que, a um só tempo, o povo amazonense foi deixado à própria sorte e serviu de cobaia para experimentos desumanos. (p.1.170).

Sobre as denúncias relacionadas ao esquema de compra de vacina pelo MS, a CPI reconhece a existência de diversas irregularidades e crimes envolvendo a aquisição de vacinas, o que descortinou um esquema de corrupção nunca visto dentro do Ministério da Saúde. Segundo a CPI, é no mínimo curioso que o Ministério tenha fechado um contrato bilionário com a Precisa. Outro fato revelado mais ao final dos trabalhos da CPI diz respeito à FIB Bank,

empresa que figurou como como garantidora de crédito da Precisa Medicamentos. Que, apesar do nome, não se trata de instituição bancária. A CPI alega, ainda, haver suspeitas de irregularidades na formação dessa empresa (p.1.174).

Sobre o assunto, segundo a CPI, com a quebra de sigilo bancário, identificaram-se saques de vultosas quantias em dinheiro feitas por empregado da VTCLog, supostamente para pagamento de boletos e fornecedores, sem nenhuma explicação que justifique não se utilizar o sistema de pagamentos eletrônico amplamente disponível no Brasil. Afirma que não é segredo que o Governo Federal praticou atos deliberadamente voltados contra os direitos dos indígenas. Somou, à retórica anti-indigenista que o Presidente Jair Bolsonaro já difundia desde os tempos de seus mandatos de deputado federal, não demarcando terras durante seu governo (1.175).

Que, empossado, atuou para erodir as garantias constitucionais e legais que protegem os indígenas, além de instigar invasores, num assédio constante. Que, quando a pandemia chegou, o vírus foi mais uma arma, a mais mortífera, nessa campanha que já estava em curso contra eles. Estudos demográficos mostram como os indígenas, que são uma pequena parcela dos mortos em termos absolutos, foram mais intensamente atingidos em todas as faixas etárias que o restante da população, com exceção da que vai de 30 a 39 anos. A CPI ressaltou o papel de destaque que teve o Congresso Nacional na definição de programas de grande relevância para o País, destinados sobretudo ao combate aos efeitos sociais e econômicos da pandemia. No final denomina de “macabra atuação da Prevent Senior”, operadora de saúde que gerenciava a morte de usuários nas UTIs conveniada de internos por Covid-19(p.1.175-177).

Ao concluirmos as análises quanto a gestão da pandemia pelo governo de Jair Bolsonaro, inferimos que o trabalho da CPI da pandemia criada pelo Senado, cujas conclusões foram expostas acima coroa bem a síntese da gestão do Presidente até a presente data, numa conjuntura pandêmica que , ainda hoje, assola o país, vitimando quase 650.000 brasileiros e brasileiras, levando ao luto e sofrimento das famílias.

Capítulo 3. TRABALHO, CONDIÇÃO DE VIDA E SAÚDE NA SOCIEDADE DO CAPITAL

A tríade trabalho, condição de vida e saúde na sociedade do capital nunca esteve tão em evidência como no contexto pandêmico do Covid-19, onde, mundialmente, questiona-se a primazia do sociometabolismo do capital sobre o direito a vida. O capitalismo introduz na sociedade uma nova economia, na qual o valor de alguma coisa se torna “[...] valor em processo,

dinheiro em processo e, como tal, capital. O sociometabolismo visceral e destrutivo, sustenta-se e se multiplica a cada recomeço o mesmo ciclo de novo” (MARX, 1971a, p. 274-278).

O capitalismo do mundo moderno, não foge a sua estrutura histórica, é centrado no mercado, toda a produção não objetiva satisfazer as necessidades humana, mas a do mercado e com ele, a do capital. Historicamente, ele se metamorfozeia continuamente, sem, no entanto, alterar sua estrutura fatal, materializa em processos específicos e marcantes de trabalho (taylorismo, fordismo, neoliberalismo, globalização...), transformando continuamente o mundo do trabalho; transita da industrialização baseada na produção em larga escala e altos estoques, para a produção e acumulação flexível. (ANTUNES, 2009)

Tais mudanças tem vitimado profundamente esse homem, ou melhor, da classe que vive do trabalho, levando-nos a questionar as condições de trabalho, de vida que tem impactado a saúde do trabalhador a ponto de comprometer sua velhice no sentido pleno, condições biopsíquicas sociais favoráveis e de autonomia (OMS; OPAS, 2014; OIT, 2012; ANTUNES, 2009).

Este capítulo tem por objetivo analisar as condições de trabalho e de vida de trabalhadores do IFAM, SES e SEMSA no Amazonas, apresentando perfil socioeconômico, condições de trabalho anterior a pandemia Covid-19, entre outros.

3.1 Ontologia do ser e os sentidos do trabalho dos trabalhadores da saúde e educação de Manaus

Em termos ontológicos, para se conhecer as categorias específicas que constituem o ser social, seu desenvolvimento, sua articulação sua fundamentação nelas, sua distinção em relação a elas, é preciso começar pela análise do trabalho.

Qualquer estágio do ser, no seu conjunto e nos seus detalhes, tem caráter complexo, isto é, suas categorias, até mesmo as mais centrais e determinantes, só podem ser compreendidas adequadamente no interior e a partir da constituição global do nível de ser de que se trata. Qualquer olhar, mesmo o superficial, sobre o ser social possui imbricação entre suas categorias: o trabalho, a linguagem, e divisão do trabalho, onde a superação danosa do sociometabolismo do capital em qualquer sociedade, perpassa por desnudar, trilhar, seguir os vestígios da relação inseparável entre as esferas ontológicas dos seres (NETTO, 2002, p.99; LUKÁCS, 2013, p.33; FORTES, 2016, p.15).

Lukács (2013, p.33) e Fortes (2016, p.15) inferem que, pensar a ontologia do ser social é imprescindível não perder de vista o plano da ontologia da natureza (esfera orgânica ou

inorgânica), pois o ser social se constitui na interação indissociável com ambas. Nenhuma das categorias constituinte do ser social pode ser adequadamente compreendida isoladamente.

A essência do trabalho humano consiste no fato de que, ele nasce em meio à luta pela existência e, em todos os seus estágios são produtos de sua autoatividade, onde certas semelhanças, muito supervalorizadas, devem ser vistas com olhar extremamente crítico. O único momento realmente instrutivo é a grande elasticidade que encontramos no comportamento dos animais superiores; onde o trabalho deve ter representado um caso-limite, qualitativamente ainda mais desenvolvido. (LUKÁCS, 2013, p.34-35).

Somente o trabalho tem e sua essência ontológica possui claro caráter de transição: é, essencialmente, uma inter-relação entre homem (sociedade) e natureza, tanto inorgânica (ferramenta, matéria-prima, objeto do trabalho etc.) como orgânica, inter-relação que pode figurar em pontos determinados dessa cadeia, assinala a transição, no homem que trabalha, do ser meramente biológico ao ser social. (LUKÁCS, 2013, p.35).

Em Marx (2004, p. 135) “como criador de valores de uso, como trabalho útil, o trabalho é a condição de existência do próprio homem, independente de todas as demais formas sociais, é a eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza” ,ou melhor, se constitui no metabolismo da vida humana.

No trabalho estão contidas a totalidade das determinações que constituem a essência do novo no ser social. O trabalho pode ser considerado o fenômeno originário, o modelo do ser social e metodologicamente possibilita o esclarecimento de suas determinações num quadro bem claro dos traços essenciais do ser social. Ou nas palavras de Marx (2004,p.232), um ente que não tem um objeto fora de si não é um ente objetivo; um ente que não seja ele mesmo objeto para um terceiro não tem nenhum ente como seu objeto, isto é, não se comporta objetivamente, o seu ser nada tem de objetivo. Tem-se desta forma o reconhecimento do caráter dinâmico e processual de todo ser. Este não é apreendido como categoria abstrata, mas na totalidade concreta dinâmica, articulada e, na afirmação da objetividade como propriedade primário-ontológica de todo ente. (LUKÁCS, 2013, p.34)

Enquanto, teologicamente, Engels colocou o trabalho no centro da humanização do homem, investigando as condições biológicas do novo papel que o trabalho adquire com o salto do animal ao homem. Marx, na obra “O capital”, buscou compreender a lógica do capital por meio da perspectiva ontológica, mesmo considerando esse lento salto, retirando o véu em relação a esfera da vida orgânica, superando o princípio, qualitativa, ontológica. Engels trouxe os fundamentos para apreendermos o trabalho em bases ontológicas, e Marx a construção de uma teoria que tirasse o véu de questões concretas da materialidade da vida na esfera produtiva,

dentro de uma concepção original construída sobre a práxis humana. (LUKÁCS, 1982, p.182; 2013, p.34)

A divisão gerada pelo trabalho na sociedade cria suas próprias condições de reprodução, no interior da reprodução de cada ser existente e, é só um caso-limite diante da reprodução ampliada que, ao contrário, é típica. Esse processo não exclui os becos sem saída no desenvolvimento; suas causas, porém, são determinadas pela estrutura da respectiva sociedade e não pela constituição biológica dos seus membros. (LUKÁCS, 2013, p.37).

E, ainda, a essência do trabalho diz respeito unicamente ao homem, pois, ao final do processo de trabalho, temos um resultado anteriormente presente na representação do trabalhador no início do processo, um resultado que já existia idealmente. Mas isso não significa que este fica limitado a alteração do elemento natural; o processo é dinâmico, essas ações acontecem ao mesmo tempo, seu objetivo, é concebido como lei, o tipo e o modo de sua atividade estão subordinados a sua vontade. (LUKÁCS, 2013, p.37)

Conforme o autor, a categoria ontológica central do trabalho se realiza, no âmbito do ser material, num pôr teleológico enquanto surgimento de uma nova objetividade, tornando-se modelo de toda práxis social, e onde, mesmo através de mediações, às vezes muito complexas, sempre se realizam por apelos teleológicos, de ordem material. Mesmo que não se leve ao extremo a essência desse modelo do trabalho em relação ao agir humano em sociedade, “em termos ontológicos, as diferenças mostram a afinidade ontológica, revelando que a categoria trabalho pode servir de parâmetro analítico para a compreensão dos outros modelos de análises”. (p.37)

Pensar o ser social implica não desconsiderar o emaranhado das articulações existentes entre as categorias específicas que o compõem, assim da natureza. “A totalidade do ser social é determinada como complexo de complexos – terminologia”. (LUKÁCS, 2003, p. 16).

E, no interior da problemática, o trabalho ocupa posição privilegiada, aparece como o “mediador do intercâmbio da sociedade com a natureza”. É o instante inicial da sociabilidade, como o complexo originário, expressão e condição primeira da gênese e do devir homem do homem, demarca de forma decisiva a especificidade da atividade humana em sua relação às outras esferas do ser, ao mesmo tempo em que revela a realidade objetiva da natureza como a base real imprescindível do processo de autoconstituição do ser social. (FORTES, 2016, p.17)

Nesse *mitiê*, ainda com base no autor, o homem é determinado como *ser prático* que dá respostas, que reage a alternativas postas pela objetividade com o intuito de efetivar suas finalidades. O caráter prático do homem dar-se por ele transformar a natureza em prol de suas

necessidades, na capacidade de efetuar generalizações, de transformar em perguntas seus carecimentos e as possibilidades de satisfazê-los. Esse processo - conjunto de perguntas e respostas para resolver questões da existência social- torna-se a base da cultura humana, que, por sua vez, se complexificam gradativamente transformando e constituindo em grau cada vez mais elevado a plataforma da existência humana.

Ao inferir sobre o processo de humanização do homem em relação ao ser capturado pelo sociometabolismo do capital, Saviani (1994) explica que qualquer pessoa com um razoável sentido de humanidade sabe que o mercado é em si e por si fonte de desumanização. Explica que não é por acaso que hoje no mundo, uma parte importante, 20 a 25% da população humana mais miserável, não tem sequer acesso ao mercado. Outros 20, 30% têm um acesso parcial e só uma parcela muito minúscula da população, que são as classes ricas e as classes médias altas, se beneficiam da riqueza material e espiritual criada. (SAVIANI, 2007; 2002)

O sistema de metabolismo social do capital nasceu como resultado da divisão social que operou a subordinação estrutural do trabalho ao capital. Não sendo consequência de nenhuma determinação ontológica inalterável, mas de um sistema resultante de um processo historicamente constituído, onde prevalece a divisão social hierárquica que subsumi o trabalho ao capital; enquanto os seres sociais tornaram-se mediados entre si e combinados dentro de uma totalidade social estruturada, mediante um sistema de produção e intercâmbio estabelecido. (MÉSZÁROS, 2008, p.36; ANTUNES, 2009, p.21)

Cada uma das formas de mediação de primeira ordem é alterada e subordinada aos imperativos de reprodução do capital. As funções produtivas e de controle do processo de trabalho social são radicalmente separadas entre aqueles que produzem e aqueles que controlam. Tendo se constituído como o mais poderoso e abrangente sistema de metabolismo social, o seu sistema de mediação de segunda ordem tem um núcleo constitutivo formado pelo tripé capital, trabalho e Estado, sendo que essas três dimensões fundamentais do sistema são materialmente inter-relacionadas, tornando-se impossível superá-las sem a eliminação do conjunto dos elementos que compreende esse sistema. Não basta eliminar um ou até mesmo dois de seus polos. (ANTUNES, 2009)

Ao adentrarmos no campo da saúde do trabalhador para o qual a saúde não se restringe ao plano biológico, mas se consubstancia como processo social. É determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção (LAURELL; NORIEGA, 1989, p.16).

A saúde possui caráter social e inseparável do padrão de reprodução social e historicamente determinado pelo modo como nos apropriamos da natureza, exigindo do Estado políticas públicas voltadas para os cidadãos nos termos previstos na CF/88 e da Lei nº 8.080/90 (SOUZA,2017; TAMBELLINI,2019, LAURELL; NORIEGA, 1993, AROUCA, 2003).

Essa é a perspectiva que tem guiado todas as reflexões produzidas neste estudo com recorte na saúde dos(as) trabalhadores(as) do IFAM, SES e SEMSA no Amazonas.

3.1.1- Os sentidos do trabalho para os trabalhadores da SES, SEMSA e IFAM

O universo da pesquisa foram os trabalhadores ativos do IFAM e Unidades de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas (SES/AM) e Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA/Manaus) na faixa etária entre 30 e 70 anos.

A amostra não probabilística envolveu a totalidade de 48 trabalhadores (as) sendo 16 de cada instituição por ente federativo, selecionados segundo critérios de tempo, sexo, idade e nível de ensino, ou seja: IFAM-16 trabalhador (as);SES/AM- 16 trabalhador(as) e SEMSA/Manaus 16 trabalhador(as).

No IFAM, o recorte de trabalhadores de nível médio de ensino foram: dois (uma mulher/um homem) na faixa etária entre 30 a 40 anos; dois (uma mulher/um homem) na faixa etária entre 41 a 50 anos; dois (uma mulher/um homem) na faixa etária entre 51 a 60 anos; dois (uma mulher/um homem) na faixa etária entre 61 a 70 anos. Todos os trabalhadores de nível médio participante do estudo pertenciam ao cargo de assistente administrativo.

Em relação a amostra envolvendo servidores de nível Superior, a amostra selecionou docentes e TAE (técnico Administrativo da Educação) distribuídos: dois (uma mulher/um homem) na faixa etária entre 30 a 40 anos; dois (uma mulher/um homem) na faixa etária entre 41 a 50 anos; dois (uma mulher/um homem) na faixa etária entre 51 a 60 anos; dois (uma mulher/um homem) na faixa etária entre 61 a 70 anos, nos cargo de (1) enfermeiro, (1) assistente social, (1) médico, (1) psicóloga, (1) nutricionista, (2) docente e (1) cargo de direção.

Quanto as amostras envolvendo trabalhadores (as) da SES/AM e SEMSA/Manaus, obedecemos a mesma estrutura descrita para a amostra no IFAM, sendo que para o nível médio, entraram os condutores de(2) ambulância, (2) administrativos e(4) técnicos de enfermagem. Para o ensino superior, os eleitos foram (1) enfermeiro, (1) assistente social, (1) bioquímico, (1) farmacêutica, (1) psicóloga, (1) nutricionista, (1) médico e (1) cargo de chefia.

Posteriormente, dos 48 servidores (as) que responderam aos formulários, foram convidados 08 servidores (4 homens e 4 mulheres; sendo 1 homem e 1 mulher por faixa etária acima exposta) da educação federal e a mesma quantidade da saúde para relatarem suas histórias de vida no quando ao cuidado em si, antes e depois do contexto pandêmico, bem como de suas ações visando uma velhice cidadã.

O estudo evidenciou que a maioria dos servidores e servidoras a predomina a concepção de trabalho relacionada a fonte de renda, estabilidade financeira - 49% educação federal; 75% saúde -, mas paradoxalmente, essa “segurança” no provimento das necessidades da família, segue-se aliada ao adoecimento e frustração para a maioria - 97% educação federal; 79% saúde-, e como labor ou práxis para uma minoria - 3% educação federal; 21% saúde- (ARENT, 1987; MARX, 1965,1982).

Enquanto totalidade, dois fatores emergiram enquanto maior fonte de preocupação e desmistificação: o adoecimento e frustração, fatores estes apontados em maior parte pelos servidores do IFAM, se comparadas aos da SES e SEMSA do segmento da saúde.

O resultado acima descrito independe do grau de instrução dos servidores, nível médio ou superior, mantendo-se, inclusive, entre os TAE (técnicos em assuntos Educacionais e docentes) até entre aqueles não ocupam função de chefia na instituição.

Entre os fatores apontados para o desenvolvimento de tais percepções e ou condição de saúde, a categoria cita o excesso de demanda de trabalho para um único servidor, tendo se aprofundado em período de trabalho remoto devido ao Covid19, principalmente, entre o segmento de saúde na educação federal que compõe a equipe multiprofissional em cada campus e reitoria.

Na área da saúde, apesar do sentido do trabalho estar relacionado a fonte de renda, estabilidade financeira e a adoecimento, o excesso de demanda para cada servidor (a), o nível de satisfação com o trabalho realizado é bem superior ao do segmento da educação federal, apesar de, também, não ser entendido enquanto labor e ou práxis.

Na saúde, Estadual (SES) e Municipal (SEMSA) é significativo os que concebem o trabalho como fonte de renda, estabilidade financeira e realização profissional, mas sem agregar o sentimento de frustração, evidenciando, ainda, a prevalência da profissão cujo objetivo historicamente é cuidar dos outros enquanto sacerdócio, mesmo que isso signifique negligenciar o cuidar de si, muitas vezes.

O nível de paridade entre demanda e o número de servidores para atender essas demandas, verificamos (96%) que existe uma sobrecarga de trabalho para os poucos servidores,

predominou relatos de multitarefas, retratando o quadro defasado de servidores ocasionado pela ausência de concursos públicos, e não tratado com a devida responsabilidade pelo Estado.

Esse resultado vai de encontro ao resultado da pesquisa desenvolvida pela Fiocruz em 2020 sobre as condições de trabalho dos profissionais de saúde na linha de frente da Covid-19 no Brasil, onde foi observado denúncias e relatos de profissionais que estão em situação de precarização do vínculo de trabalho, salários atrasados, insegurança e sobrecarga de trabalho que geram stress, adoecimento e desgastes físicos e psíquicos (LEONEL,2020,p.1).

Esses fatores nos conduz ao estudo de Foucault sobre (1988) o processo de medicalização da sociedade caracterizado pela mudança no campo de intervenção e saber médico, que amplia-se passando a abranger abarcar questões que, *a priori*, não fazia parte de seu campo tradicional de domínio médico, adentrando ao campos político, social e econômico.

Esse estudo de Foucault (1984,1088,1999,2011) teve profundo impacto sobre o Estado, as cidades e a força de trabalho, onde a medicina apropriou-se de outros aspectos da vida humana. Apesar de iniciado no século XVII, evidencia-se, ainda hoje, o que Foucault (1984,2011) denominou de biopoder, porém, na contemporaneidade, não mais ligado à higiene pública, mas à ampliação de seu espectro tradicional, adentrando, o saber médico, na totalidade da vida social, e do nascimento do biopoder (FOUCAULT,1976,1988; DREYFUS; RABINOW,1995; CONRAD,2007).

Na educação Federal e Tecnológica, o índice dos que relataram alta demanda para pouco servidores ficou em torno de 90%. Na área da saúde Estadual (SES) esse índice ficou em 100%. Na saúde Municipal (SEMSA) foi de 95%. E o nível de satisfação com seu trabalho na instituição, considerando a totalidade dos servidores, a maioria avalia como abaixo de 50%, atribuindo esse nível a excesso de demanda e precária condições de trabalho. Esse índice é puxado, principalmente, pelos resultados do estudo no IFAM, cujo índice foi inferior a 50%. Enquanto entre os profissionais de saúde lotados junto a Secretaria de Estado e Saúde (SES) esse índice ficou em 75%. E entre os profissionais lotados junto a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) o índice ficou em 75%.

Esses indicadores mostram uma relação entre o grau de satisfação e motivação e a compreensão da concepção de trabalho com a forma pela qual o sujeito realiza concretamente seu fazer profissional na instituição. Que apesar de toda a historicidade do trabalho enquanto categoria central para a realização do homem, ainda hoje, com destaque, nos locais de trabalho pertencente ao Estado, onde *a priori*, a exploração do sujeito, quando muito, deveria ser exceção, evidencia, exploração tão quanto que nas empresas privadas, comprovando a

permanente e histórica capturação do Estado pela burguesia e perverso sistema sociometabólico que constitui o capitalismo.

Uma das manifestações da questão social que envolve o processo de trabalho é o adoecimento dos sujeitos que compõem qualquer que seja a força de trabalho, objeto da ação humana. Neste processo, diferentes concepções travam, no campo teórico e ou empírico, discussões que se aproximam, se assemelham as que se contrapõem sobre o mesmo objeto.

O processo de adoecimento dos sujeitos que vivem do trabalho (Antunes,2013) dentro da literatura científica, muitas vezes, é apreendido enquanto processo natural e intrínseco ao fazer profissional, dependendo da especificidade e exigência para o desenvolvimento deste fazer técnico, imputando ao próprio sujeito toda a responsabilidade sobre sua saúde, naturalizando mais essa forma de manifestação da questão social, defendendo uma perspectiva negativa e de terminal idade, de processo natural onde pouco se pode fazer para mudar essa realidade, assimilando-se a estrutura de uma máquina, onde, com o tempo, uma peça e ou parte da engrenagem, carece de reparos ou troca imediata, sob pena de causar prejuízo ao capital, ao processo produtivo (ASSUNÇÃO; BELISÁRIO, 2007; BRASIL, 2005; 2006; CAMPOS, 2003; FARIA, 2010; FRIEDRICH, 2005; LUZ, 2007; MERHY, 2002; REIS, 2005; REZENDE et al., 2005; ROLLO, 2007; ROSENFELD, 2004).

Ricardo Antunes (2013), na obra “Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho”, ressalta que o proletariado passou por profundas transformações em seu interior, com destaque para as últimas quatro décadas. E, na pós-reestruturação do capitalismo, Castells (2001, p. 21-22) reconhece o fortalecimento do papel do capital vis-à-vis do trabalho, com o declínio concomitante da influência dos movimentos de trabalhadores; individualização e diversificação cada vez maiores das relações de trabalho.

Desde a antiguidade a sociedade valoriza o trabalho e aponta-o como lugar no qual (ou pelo qual) os sujeitos devem buscar realizar-se (ARENDT, 1987). Mas, na contemporaneidade, estruturou-se dificultando, ou até, muitas vezes, impedindo que os homens construam e ou grem suas vidas centrada no trabalho, considerando que é no espaço laboral e estes passam a maior parte de seu tempo.

E, diante da impotência de gerir seu próprio tempo, ou mesmo suas vidas laboral, social e familiar, os trabalhadores desenvolvem sentimento negativo e ou aversão ao trabalho, com profundo impacto na saúde do mesmo, o que implica em sérios desdobramento, inclusive, no próprio trabalho, nas relações entre seus pares na instituição, ou mesmo na família, e até em suas atitudes no campo social.

Sobre os efeitos negativos do trabalho na vida dos sujeitos Dejours (1992, p.30) infere que "não é evitar a doença, o problema é domesticá-la, contê-la, controlá-la, viver com ela", mas de analisar e apresentar os resultados destas análises, apontando estratégias de intervenção que contribuam para vivenciar o trabalho ao longo de toda uma vida, como instrumento e estratégia para subsidiar qualitativamente suas necessidade básica sem colocar em risco sua saúde biopsicossocial, sua liberdade, sonhos e desejos mais íntimos.

Marx (1985), o trabalho representa a essência do próprio homem, de sua constituição ontológica. Ele, cria e (re)cria o homem continuamente. É no trabalho humano que o homem se constitui social e culturalmente como ser criativo e reflexivo, Farias (2010, p. 19). Negam-se a ser meros expectadores na história, autodeterminam-se com protagonistas na realidade social onde atuam e constituem-se na sociedade (FRIEDRICH, 2005, p. 50).

É intrínseco ao processo de trabalho, o processo de saúde do trabalhador, ambos fazem parte do mesmo processo, um interfere no outro, são inseparáveis. Nele, acredita-se está inserido um significativo de grau de liberdade do indivíduo para decidir sobre sua vida. Este exercício de liberdade exige do homem determinado poder e saber afastar-se o suficiente para refletir sobre seu processo de trabalho e de criar estratégias e instrumentais para vivenciá-lo em toda sua plenitude. (MERHY, 2002)

É relevante destacarmos neste momento que o (a) trabalhador (a) da saúde, cuja área de atuação historicamente visa cuidar de alguém, de todos, muitas vezes, até imposta como sacerdócio, vocação ou missão. Rios (2008); Assunção e Lima (2010) apontam que estão sujeitos a agravos como frustração, stress e adoecimento. Estes podem ocorrer a partir no momento que o trabalho que o distanciam desta realidade, do prazer em cuidar do outro e de si.

A saúde do trabalhador é determinada pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção, nos preceitos da CF/88 e da Lei nº 8.080 como central (SOUZA, 2017; TAMBELLINI, 2019; LAURELL E NORIEGA, 1993, 1989; AROUCA, 2003).

Daí decorre a importância de entender como os trabalhadores da educação e da saúde apreendem os sentidos do trabalho, enquanto estranhamento, realização plena do ser, práxis social, ou fonte de adoecimento e ou exploração aos modo da iniciativa privada.

Ainda sobre os sentidos do trabalho para os servidores, ao mesmo tempo que o mesmo estar relacionado a fonte de renda, estabilidade financeira, paradoxalmente, relacionam também ao adoecimento, frustração. Uma minoria concebeu-o enquanto práxis social, ficando claro o

distanciamento da concepção de trabalho enquanto parte intrínseca das dimensões do ser social, ou melhor, do tripé, Trabalho, educação e formação humana.

A centralidade do trabalho na vida do ser social possui múltiplas razões. Diferente dos animais, o homem não age por instinto e biologicamente, por sua natureza biológica, mas por meio de um agir consciente, planejado (ANTUNES, 2010, p.203).

Quando servidores concebem o trabalho apenas como fonte de renda, entendemos que estes estão passando por um processo de embrutecimento, por um distanciamento da essência do trabalho enquanto fonte de autorrealização pessoal e social, fronteira perigosa, que pode causar adoecimento a este trabalhador. Marx (1985), Antunes (2010) explicitam que são múltiplas e muito assemelhadas as formas que alienam o ser social, o brutalizam ou o animalizam.

Ao refletir sobre o trabalho como modelo de práxis social, Lukács (2013) infere que é necessário entendermos o trabalho como modelo de todas práxis sociais, de qualquer conduta social ativa, da maneira de ser essencial do trabalho em relação com categorias extremamente complexo e derivado, ou seja, explicitar o caráter do trabalho.

No sentido originário e mais restrito, o trabalho é um processo entre atividade humana e natureza: seus atos estão orientados para a transformação de objetos naturais em valores de uso. Nas formas ulteriores e mais desenvolvidas da práxis social, destaca-se em primeiro plano a ação sobre outros homens, cujo objetivo é, em última instância – mas somente em última instância –, uma mediação para a produção de valores de uso (IDEM).

3.2. Condições de trabalho do trabalho dos trabalhadores da saúde e educação

Condição de vida e trabalho articula-se com o nível de satisfação dos trabalhadores com seu trabalho na instituição, que, no caso das instituições, locus da pesquisa, ficou evidenciado que a totalidade dos entrevistados da saúde e educação federal, a maioria avalia sua satisfação com o trabalho como abaixo de 50%, sendo significativo os que avaliaram abaixo de 25%, atribuindo esse nível ao excesso de demanda e precária condições de trabalho. Na educação Federal e Tecnológica esse índice foi de 46%. Na área da saúde Estadual (SES) esse índice ficou em 75% e o mesmo percentual na saúde Municipal (SEMSA).

Ao compararmos os índices de satisfação dos servidores nas três esferas de governo que responderam à pesquisa em relação ao ambiente e condições de trabalho, identificamos que a área da educação federal apresentou o menor índice quando comparada a área da saúde. Este

resultado causou surpresa, pois, a maioria dos estudos tem apontado a área da saúde como locus de maior tensão e stress, considerando as precárias condições de trabalho, de equipamentos, recursos humanos e materiais insuficientes, entre outros, para atendimento do usuário.

Outro ponto que nos chamou a atenção em relação aos resultados apontados nas três áreas coletadas foi o fato da área da saúde manter uma equiparação entre os índices de satisfação com o trabalho em todos os seguimentos, sexo e faixa etária dos informantes. Enquanto na educação profissional, identificamos que os servidores que apontaram menor índice (25%) foram os servidores mais jovens. Enquanto aqueles na faixa de 60 anos ou mais, independente do sexo, indicaram percentual entre 50% e 76%.

Ao analisarmos somente os resultados apontado pelos docentes e Técnicos em Educação (TAE), formado por diferentes categorias de profissionais, identificamos que, é preponderante o índice de servidores TAE que indicaram nível de satisfação entre 25% e 50%, se comparados ao seguimento docente onde o percentual é de apenas 30% dos entrevistados.

Entre os fatores que contribuiriam para que os servidores indicassem não baixo nível de satisfação para com o trabalho, reduzindo-o apenas a geração de renda, adoecimento e frustração foram na educação federal: baixo quantitativo de servidores, alta demanda, falta de condições para o trabalho, baixos níveis de satisfação com a forma de gerenciamento do serviço pelas chefias entre outros. Na saúde, além desses, acrescentamos a falta de equipamentos de proteção e fardamento para o trabalho.

Os dados trazidos pela pesquisa neste estudo acima apresentado são objetos de reflexão de inúmeros autores críticos. Arendt (2007, p.9) define o labor é a atividade que corresponde ao processo biológico do corpo humano, cujo crescimento espontâneo, metabolismo, e eventual declínio estão relacionadas as necessidades vitais produzidas pelo trabalho para alimentar o processo da vida. A condição humana do trabalho, é a própria vida. É uma atividade vital, cuja finalidade é satisfazer as necessidades básicas da vida. É a atividade que corresponde a existência humana, que não estar incrustada no sempre-recorrente ciclo vital da espécie e cuja mortalidade não é compensada por este ciclo (p.9).

Para a autora a *vita activa* é a condição humana e expressão de “*vita activa*”. Elege o tripé trabalho, labor e ação como atividades humanas fundamentais, pois cada uma delas corresponde a uma das condições básicas para a sobrevivência do próprio homem na Terra.

A condição humana do trabalho é a própria vida. O trabalho constitui-se na atividade relacionados ao processo biológico do corpo humano, onde crescimento espontâneo, metabolismo e conseqüente declínio estão ligados às necessidades vitais produzidas e fornecidas ao processo vital pelo trabalho (p.8).

A outra atividade foi caracterizada como a mundanidade [worldliness]. É a não-naturalidade da existência humana, e excluída do “sempre-recorrente [ever-recurrent] ciclo vital da espécie, cuja mortalidade não é compensada por este último” (2007, p.8). Proporciona um mundo "artificial" de coisas, totalmente diferente do ambiente natural. Abrange a vida individual, transcende suas fronteiras.

A única atividade realizada diretamente entre os homens sem a mediação das coisas ou da matéria é a ação.; esta é a condição humana da pluralidade, é intrínseco aos homens enquanto ser genérico, em relação com os outros. Relaciona-se ao ato da pluralidade política. Essa pluralidade é a condição da ação humana porque somos todos iguais, isto é, humanos, de um modo tal que ninguém jamais é igual a qualquer outro que viveu, vive ou viverá.

De acordo com a autora esse conjunto de atividades, bem como suas condições correspondentes a condição mais geral da existência humana (nascer-morrer; natalidade – mortalidade). Enquanto o trabalho assegura não somente a sobrevivência do indivíduo, mas da própria vida da espécie; a obra e seu produto, o artefato humano, conferem uma medida de permanência e durabilidade à futilidade da vida mortal e ao caráter efêmero do tempo humano; já a ação, na medida em que se empenha em fundar e preservar corpos políticos, cria a condição para a lembrança [remembrance], ou seja, para a história (ARENDDT, 2007, p.10).

A condição humana compreende as condições sob as quais a vida foi dada ao homem. Nela, os homens são seres condicionados, tudo com que ele se relaciona toma-se imediatamente condição de sua existência. Esse mundo onde acontece a vida activa é produto das atividades humanas, mas as coisas que devem sua existência exclusivamente aos homens constantemente condicionam, no entanto, os seus produtores humanos (p.10).

A partir dessas relações com os outros e ou coisas, que os homens constantemente criam suas próprias condições, produzidas por eles mesmos, que, a despeito de sua origem humana e de sua variabilidade, possuem o mesmo poder condicionante das coisas naturais. Ou seja, qualquer coisa que toque a vida humana ou mantenha uma duradoura relação com ela assume imediatamente o caráter de condição da existência humana (p.11).

Por isso os homens, conforme a autora, independentemente do que façam, são sempre seres condicionados. Tudo o que adentra o mundo humano por si próprio, ou para ele é trazido pelo esforço humano, torna-se parte da condição humana. O impacto da realidade do mundo sobre a existência humana é sentido e recebido como força condicionante. A objetividade do mundo - seu caráter-de-objeto [object-character] ou seu caráter-de-coisa [thing-character] - e a condição humana complementam-se uma à outra (ARENDDT, 2007, p.12).

A autora explica que a condição humana não é o mesmo que a natureza humana. E a soma total das atividades e capacidades humanas que correspondem à condição humana não constitui algo equivalente à natureza humana. Pois nem o pensamento e a razão, e nem mesmo a mais meticulosa enumeração de todas elas, constituem características essenciais da existência humana no sentido de que, sem elas, essa existência deixaria de ser humana.

Arendt esclarece que o termo *vita activa* é carregado e sobrecarregado de tradição tão velha quanto a tradição do pensamento político, mas não mais velho que ela. E essa tradição, longe de abranger e concentrar todas as experiências políticas da humanidade. Ela humanizou muitas experiências de um passado próximo que eram irrelevantes para suas finalidades políticas e prosseguiu até seu fim, na obra de Karl Marx, de modo altamente seletivo.

Em relação ao conceito de liberdade, Arendt, associa a mesma a esfera da polis. A relação entre elas concretiza-se pela vitória sobre as necessidades da vida em família enquanto condição natural para a liberdade na polis. Ser livre corresponde a não estar sujeito às necessidades da vida nem ao comando de outro e não comandar (ARENDR, 2007, p. 15).

Cada trabalhador tem um jeito singular de gerenciar sua vida e com isso seu fazer profissional, que, longe de representar estranhamento, nos termos de Marx e (2004) Lukacs (2013), e condicionamento (Arendt, 2007), expressa, criação, resistência quanto a diferentes formas únicas e personalizadas de desenvolver sua atividade laboral.

Clot (2008, p.66), o sujeito não permanece passivo diante do conflito, mas, ao contrário, procura lutar contra as adversidades no intuito de escapar de ter que sujeitar-se a elas. E, em relação ao coletivo de trabalhadores. Este passa a ser criado a partir do debate, de tensionamentos, de confrontações sobre os modos como o trabalho é realizado, onde as controversas constituem-se em fonte do coletivo, não o contrário.

Brito (2004), Clot (2010), Osório (2007) e Schwartz e Durrive (2007) orientam que qualquer estratégia que vise intervir junto aos agravos à saúde perpassa pela construção de políticas públicas com foco nas transformações dos processos de trabalho e das relações sociais que o constitui. Que as relações no ambiente laboral, inferem que todo embate é salutar e provoca transformações no cotidiano laboral.

A saúde é inseparável do ambiente laboral, e ambos devem ser providos pelo Estado via políticas públicas. Benevides e Passos (2005); Barros e Pimentel (2012), concebem a coisa pública enquanto dimensão do coletivo. E, as políticas públicas, constituem-se em políticas dos e para os coletivos; abrange e é de interesse de todos, independentemente, de perfil socioeconômico, cor, raça, classe social entre outros.

Nesse sentido, condição de vida e trabalho é inseparável do trabalho no sentido ontológico marxiano e lukesiano, de práxis social, e realização e autorealização do homem na sociedade, e inconciliável a precarização, adoecimento, e alienação daqueles que vicem do trabalho, mas não para o trabalho, e sim, para a vida, elementos e condições estas não vivenciadas no ambiente de trabalho para a maioria dos servidores entrevistados.

Marx (2013, p. 256) aponta que o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, o primeiro, age sobre a segunda, modificando-se mutualmente. Isso exige um querer e é orientada a um fim, diz respeito unicamente ao homem. É uma atividade exclusivamente humana, produtora e ao mesmo tempo transformadora do mundo e do sujeito. Construir e reconstruir, criar e emancipar é uma necessidade do homem, o motor do metabolismo social entre a humanidade e a natureza (Antunes, 2010, p. 205).

Na administração pública, a entrada do produtivismo nos serviços públicos é evidenciada a partir da década de 90 com implementação de diversas mudanças nas Universidades Públicas, aob o viés da Reforma Administrativa com foco no desempenho mais produtivo (COUTINHO; DIOGO; JOAQUIM; BORGES; SANDI JÚNIOR, 2009). Esse processo trás uma sobrecarga de trabalho para os servidores, e torna-se cotidiano trabalhar além das 40 horas semanais que preconiza a Lei nº 8.112/90.

O dado da pesquisa neste estudo evidenciou que, no período de pandemia Covid-19, no Amazonas, no IFAM, SES e SEMSA, a situação de prexarização no trabalho, aprofundou-se, conforme os entrevistados, pois, falta de paridade entre o quantitativo de trabalhadores e as demandas postas aos mesmos, a redução do quadro de servidores por conta de relotação, licença médica, aposentadoria, entre outras, acirra as tensões contribuindo para o processo de adoecimento destes trabalhadores. Esse adoecimento, nem sempre é físico, mais, principalmente, psíquicos, iniciado, tudo indica, pelo baixo nível de satisfação com as atividades laborais desenvolvidas, pelo assédio quanto a atender a parâmetros de produtividade diária, o mesmo assédio moral para atendimento dessa produtividade.

Torna-se preocupantes, pelas características atuais, o estresse relacionado ao trabalho e suas conseqüências para a saúde dos trabalhadores. Diferentes correntes de pensamento no campo da saúde mental e trabalho versam sobre a questão. As causas dos estresses no trabalho são variadas e envolvem forma de pressão psicológica ou moral, assédio psicológico, intimidação e outras formas de violência que estão cada vez mais presentes no ambiente de trabalho. (LIMA; SOUZA, 2015, FERNANDES; MARZIALE, 2014)

Essa problemática traz danos psicofísicos e sociais, gerando efeito negativo sobre o trabalhador e a empresa. Na tentativa de lidar com o estresse, os profissionais podem recorrer

a comportamentos pouco saudáveis, a exemplo do abuso de álcool e outras drogas. A crise econômica e a recessão contribuíram para o aumento do estresse no trabalho, da ansiedade, da depressão e de outros distúrbios mentais, inclusive conduzindo algumas pessoas ao extremo do suicídio. (LIMA; SOUZA, 2015, FERNANDES; MARZIALE, 2014)

Na mesma linha, Merlo (2006), lembra que a relação direta entre adoecimento e trabalho não é recente, já no século XVII, mesmo de forma fragmentada, a grave situação já era exposto nos diferentes relatórios de especialistas sobre as condições de trabalho, fruto da industrialização no mundo “moderno”, retradado e analisados em Marx, entre outros, na obra Economia política (1845). em filmes como o clássico como por exemplo, o filme “ Tempos Modernos”, de autoria e protagonismo de Charlie Chaplin; nas pesquisas da Sociologia do Trabalho de Friedmann e Naville (1962), na França dos anos 50 e os estudos de Ramazzini, considerado o fundador da Medicina do Trabalho no século XV.

Dejours (1992), ao analisar elementos da forma de trabalho no século XIX identifica: jornada de trabalho (em torno de 12, 14 ou mesmo 16 horas por dia); emprego de crianças na produção industrial; salários extremamente baixos entre outros (p. 14). Foucault (1996, p.8) aponta que discursos institucionais exercem o controle do indivíduo, em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por procedimentos para conjurar seus poderes.

Marx(2002) explica que a ideologia revolucionária de 1789 apresenta, após 1848, traços decadentes. Mas que, diante do momento de solidificação do poder burguês, não havia mais o interesse de manter o caráter transformador da ideologia burguesa, o interesse era formular respostas justificadoras aos problemas decorrentes do desenvolvimento capitalista, ocultando conflitos de classes e de relação antagônica entre capital e trabalho.

Outro dado trazido por este estudo é a identificação de que nas obras e literaturas publicadas com recorte na Educação Federal, mais especificamente, o segmento de técnicos em educação e docentes, uma supremacia de estudos centrado na categoria de docente se comparados aos com TAE. Para cada dez estudos identificados centrado no docente, apenas um possui como objeto as condições de trabalho dos TAEs.

Esse indicador evidencia a importância deste estudo para dar visibilidade as situações e ou manifestação da questão social no campo do trabalho na rede federal de educação vivenciada pelo segmento de TAE, dando visibilidade a categoria, até o momento, tudo indica, em completa invisibilidade.

Em uma sociedade de classes, em um mesmo momento histórico, o modo de viver, adoecer e morrer das diferentes classes e estratos de classe é bastante diverso. Em uma

sociedade como a brasileira, por exemplo, já se sabe do que mais adoecem e morrem os médicos, os bancários, os banqueiros, os pedreiros, os engenheiros, os estivadores, os trabalhadores de telemarketing, os desempregados, entre outros. Os modos de trabalhar influenciam os modos de vida e adoecimento das populações, assim, o processo de trabalho não é um processo a- histórico ou natural, ele é considerado um processo social. Os estudos publicados comprovam o adoecimento mental predominando entre os agravos no trabalho. (LAURELL; NORIEGA, 1989, ALBUQUERQUE, SILVA, 2014)

Na educação federal, o processo de adoecimento mental dos servidores possuía como determinantes as condições de trabalho, além das relações de poder instituído; as maiores demandas por atendimento psicossocial; conflitos com chefia; saúde dos servidores, em especial a saúde mental; interferência negativa da política no processo de gestão do trabalho; limitação do poder de agir, fatores que causam sofrimento no trabalho (MARQUES; PINTO, 2010, FARIA; LEITE; SILVA, 2017).

A relação trabalho/sofrimento entre os TAEs aprofundou-se, entre outros, pela intensificação do trabalho, da flexibilização e da precarização das tarefas e jornada de trabalho, com cobranças de produtividade, levando um significativo número de servidores ao adoecimento psíquico, apresentando sintomas e sofrimento, enxaqueca, problemas gastrointestinais, ganho de peso, acometimentos mentais, tais como insônia, ansiedade e depressão, problemas dermatológicos provindo de situações estressante(LOUREIRO, 2017, LOUREIRO; SOUSA MENDES; PINTO; SILVA, 2017).

Em relação ao segmento docente, em decorrência da intensificação crescente do trabalho e subsequente redução, ou mesmo supressão, da fronteira entre vida acadêmica e pessoal ocorrem prejuízos à saúde de muitos (as) destes(as) trabalhadores(as) (LEITE, 2015).

Estudos demonstram que o trabalho docente é perpassado por sobrecarga constante, trabalho intenso que comumente não chega a ser suspenso em período de férias (pelo menos não totalmente), licença prêmio e nem mesmo durante alguns processos de adoecimento (VASCONCELOS; LIMA, 2021). Na relação trabalho e qualidade de vida na saúde, Lacaz (2000;2012) reitera a prevalência do adoecimento na esfera mental.

3.2.1- Perfil Socioeconômicos dos trabalhadores da IFAM, SES e SEMSA

O resultado da pesquisa apontou que a maioria dos servidores se autodeclararam pardos, (90%), como brancos, 10%, como pretos 5% e ninguém se autodeclarou como indígena. Na educação Federal e Tecnológica esse índice foi de pardos 90%, como brancos, 10%, como pretos (5%) e ninguém se autodeclarou como indígena. Na área da saúde Estadual (SES) esse índice

ficou em pardos (95%), como brancos, (3%), como pretos 2% e ninguém se autodeclarou como indígena. Na saúde Municipal (SEMSA) foi de pardos 92%, como brancos, (8%), como pretos (2%) e ninguém se autodeclarou como indígena.

O quadro da ocupação segundo a classificação etnoracial indica que apesar de uma maior escolaridade de negros e indígenas, ocorrida nas últimas décadas, permanece a desigualdade historicamente efetivada, inclusive, no quadro de servidores da administração pública federal, estadual e municipal, incluindo o sistema de cotas em concursos públicos.

Em 2001, o estudo de Henriques no IPEA já fazia referência, nas suas palavras, que, de modo contundente, a intensa desigualdade de oportunidades a que está submetida a população negra no Brasil. Apontou que a pobreza não está “democraticamente” distribuída entre as raças, uma vez que os negros se encontram sobrerrepresentados na pobreza e na indigência, consideradas tanto a distribuição etária, como a regional e a estrutura de gênero (p.46).

Henriques (2001) explica que a intensidade na desigualdade de renda entre brancos e negros no interior de cada raça também é significativa. Que essa desigualdade tem sua gênese, principalmente, da forte concentração de renda no segmento mais rico da sociedade, bem como da heterogeneidade no interior desse grupo de renda. Nesse processo, se por um lado os negros frequentam a riqueza do país, por outro, contraditoriamente, essa participação é mínima; enquanto os brancos são mais ricos e mais desiguais, os negros, mais iguais e mais pobres.

Em matéria envolvendo o mesmo tema, a desigualdade racial e social, o IBGE em 2019 a partir da análise de seus gráficos explica que o combate às desigualdades sociais no Brasil tem sido objeto de estudiosos e formuladores de políticas públicas envolvidos no diagnóstico e na execução de medidas para sua redução. Isso indica que ao mesmo tempo que confirmam os dados trazidos por Henriques (2001), ampliam as análises da problemática desigualdade racial e social quanto ao índice de ocupação no mercado de trabalho. Evidenciam que os brancos (68,6%) abarcam a maioria das ocupações no mercado de trabalho em 2018, enquanto o percentual ocupado pelos pardos e negros foi de 29,9%. Ficando a Taxa composta de subutilização para os brancos em torno de 18% e de negros e pardos, 29% no exercício.

Quanto ao estado civil, a maioria dos servidores se autodeclararam como casados (61%), solteiros 11%, união estável 25%, outros 3%. Na educação Federal e Tecnológica esse índice foi de casados 63%, solteiros 15% , união estável 21%, outros 1%. Na área da saúde Estadual (SES) esse índice ficou em casados 62%, solteiros 15% , união estável 25%, outros 3%. Na saúde Municipal (SEMSA) foi de casados 60%, solteiros 20%, união estável 18%, outros 2%

A sociedade mundial passa ao longo dos séculos por mudanças e transformações contínuas em todas as dim, principalmente a relação homem e sociedade, nela, os papéis sociais

que cabe a cada sujeito no protagonismo de sua própria história. Nada fica paralisado no tempo e na história, vivenciamos na modernidade a união, integração econômica e cultural, superação de fronteiras com a criação de grandes blocos de tendência hegemônica, como União Européia, Mercosul e outros. Não é de hoje que a questão da diversidade e do contato cultural esteve presente na humanidade e, agora, coloca-se de modo intenso nas sociedades modernas. O novo é o questionamento das formas constituídas de explicação, onde premissas teóricas parecem estar superadas como possibilidade de compreensão desse novo (GUSMÃO, 2008).

Sobre a instituição casamento, não imune as transformações e mudanças históricas, também pode ser constatado na pesquisa, pois, ao somarmos os índices de servidores que se autodeclararam solteiros, união estável e outros, temos um percentual em torno de quase 40%, que, mesmo sem casar, nos instrumentos da lei, assumiram família e convivem maritalmente, independente do gênero (homem/ mulher; homem/homem, mulher/mulher) (PERROT, 1992; CRAIG, 1980; HOLLIS, 2002).

O casamento era, historicamente, considerado um negócio estabelecido entre dois homens, sendo um deles o pai da noiva e o outro o futuro genro, através do qual se trocavam mulheres e dinheiro, “atividades exclusivas do espaço público masculino”, a partir do século XIX, passamos a vivenciar a divisão de papéis entre homens e mulheres. Cada um tinha suas funções, tarefas e espaços, com lugares a serem ocupados e definidos nos seus mínimos detalhes: para o marido, o espaço público, para a esposa, o privado. ‘Ao homem, a madeira e os metais. À mulher, a família e os tecidos’ (PERROT, 1992, p. 178). Para Craig (1980) e Hollis (2002) o vínculo faz parte do processo de individuação, faz parte de uma via de encontro consigo e com o mundo, uma esfera de descoberta e, portanto, um caminho nem sempre fácil.

Quanto ao tempo de serviço, a maioria (65%) informou possuir mais de 5 (cinco) anos de trabalho na instituição; 5% informaram ter menos de 5 (cinco); 20% mais de 10 (dez) anos, 5% mais de 20 (vinte) anos e 5% mais de 30 (trinta) anos de serviço. Na educação Federal e Tecnológica esse índice foi de a maioria (60%) informou possuir mais de 5 (cinco) anos de trabalho na instituição; 10% informaram ter menos de 5 (cinco); 20% mais de 10 (dez) anos, (5% mais de 20 (vinte) anos e 5% mais de 30 (trinta) anos de serviço. Na área da saúde Estadual (SES) esse índice ficou em a maioria (69%) informou possuir mais de 5 (cinco) anos de trabalho na instituição; 11% informaram ter menos de 5 (cinco); 15% mais de 10 (dez) anos, 2% mais de 20 (vinte) anos e 3% mais de 30 (trinta) anos de serviço. Na saúde Municipal (SEMSA) foi de a maioria 71% informaram possuir mais de 5 (cinco) anos de trabalho na instituição; 7% informaram ter menos de 5 (cinco); 12% mais de 10 (dez) anos, 5% mais de 20 (vinte) anos e 5% mais de 30 (trinta) anos de serviço.

Os dados evidenciam que predomina nas instituições servidores com um histórico de vínculo institucional acima de cinco anos, seja pela condição de possuir “estabilidade adquirida, seja pela falta de oportunidade para aventurar-se a novas experiências. Mas a fidelidade de vínculo com a instituição não significa que estes sujeitos estão felizes e realizados com suas atividades laborais, como já discutimos anteriormente, pelo contrário, temos uma categoria de trabalhadores desiludidos, em constante conflitos e adoecidos.

Para Carneiro (2006, p.49) a exposição dos trabalhadores do serviço público a sofrimento advindo das condições de trabalho, mas, principalmente, na forma pela qual o trabalho se organiza. O trabalho público apresenta traços e proporciona a vivência de situações que tendem a influenciar a saúde do servidor, sendo, imprescindíveis, a implementação de ações de prevenção e promoção de saúde, considerando a multiplicidade de riscos inerentes aos diversos cargos e funções.

Quanto ao cargo que ocupa na instituição: 20% docentes, 22% administrativos, 5% médicos, 10% Assistentes sociais, 6% técnicos de enfermagem, 12% enfermeiros, 5% psicólogos, 2% nutricionistas; outros 18%.

Com exceção dos docentes, os demais segmentos de servidores que responderam a pesquisa são reconhecidos pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio do Parecer do Conselho Nacional da Saúde/CNS Nº 218/1997 como profissionais de saúde, independente da área de atuação dos mesmos, tendo em vista o próprio conceito de saúde acolhido no Art. 196 texto constitucional de 1988, “ a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido via políticas sociais e econômicas que reduzam risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Equipe Multiprofissional caracteriza-se por ser a junção de esforços e interesse de um grupo de profissionais que reconhecem a interdependência com os outros componentes e se identificam com um trabalho de caráter cooperativo e não competitivo, com o fim de alcançar um objetivo comum cuja atividade sincronizada e coordenada caracteriza um grupo estritamente ligado" (COSTA,1978, p. 323).

Quanto a zona de moradia residem: 22% na zona leste da cidade; 32% na zona norte da cidade; 22% na zona centro sul; 14% na zona oeste; e 32% na zona sul da cidade. Quanto as condições do imóvel residem: 64% em imóvel próprio quitado; 18% em imóvel próprio com despesas com financiamento; 12% em imóvel alugado; 2% em imóvel cedido; 4% em imóvel localizado em zona de ocupação urbana. Quanto as condições de moradia moram: 12% em imóvel com 1 compartimento; 22% com 2 compartimentos; 11% com 3 compartimentos; 25% com 4 compartimento; 43% com mais de 4 compartimentos. Apesar de 82 % terem casa própria,

6% residem em imóvel cedido ou em ocupações urbanas, mesmo sendo servidores públicos. E apenas 43% têm mais de quatro cômodos em suas casas.

Quanto ao meio de transporte utilizado para ir ao trabalho usam: 36% carro particular; 18% uber; 16% transporte coletivo; 12% moto próprio; 6% taxi; 6% moto taxi; 2% vão caminhando; 2% outros meios de transportes. Devido a má distribuição de transporte coletivo, 48% usam carro ou moto, e os outros se dividem entre uber, transporte coletivo, taxi e moto taxi.

Lembrando aqui a obra “dois irmãos” de Milton Hatoum (2006) onde o espaço da casa é essencial em qualquer enredo, ao analisarmos as condições de moradia, no geral, os servidores residem em zonas diversas da cidade de Manaus, predomínio das zonas Leste e Norte.

Relatam preocupação em adquirir o imóvel, em maioria, com mais de quatro cômodos, em áreas próximas ao domicílio onde a instituição ao qual laboram. Alegam economia e aborrecimentos com transporte, apesar de quase metade possuir transporte próprio (carro e ou moto), existem servidores que usam moto taxi, transporte coletivo, e ou vão ao local de trabalho a pé. Apenas, um único servidor afirmou realizar o percurso de sua residência ao local de trabalho de bike, apesar de reconhecer o desrespeito e ou até uma certa invisibilidade do ciclista para os demais condutores no trânsito.

Há a necessidade de destacarmos que, na cidade de Manaus, atualmente, as zonas com maior índice de crescimento urbano são as zonas Norte e Leste da cidade, locus dos principais investimentos do ramo do comércio, indústria, serviços e habitação entre outros. Na obra “pós modernidade” David Harvey (2007, p.187) propõe a compressão do espaço e do tempo sob a ótica e tempo do capital no contexto da produção em série e a da globalização; onde o espaço e tempo são categorias básicas da existência humana. Mas, raramente se discute seu sentido. Lembra que o espaço contém o tempo comprimido, sendo esse o papel do espaço e fonte de integração dos pensamentos, lembranças e sonhos da humanidade, considerando ser nesse espaço que aprendemos a sonhar e a imaginar (HARVEY, 2007, p 200)

Quanto a situação em relação à empregabilidade, temos: 62% é efetivo; 8% cargo de confiança não efetivo; 2% cooperado; 2% processo seletivo; 6% outros. Quanto a quantidade de vínculos empregatícios: 62% possui um único vínculo; 51% possuem dois vínculos; 7% possui mais de dois vínculos.

Sobre as condições de renda mensal do servidor (a): nenhum servidor (a) possui renda familiar em entre 1 a 2 salários mínimos; 9% entre 02 a 3 salários mínimos; 13% entre 03 a 5 salários mínimos; 13% entre 05 a 7 salários mínimos; 32% entre 7 a 10 salários mínimos; 33% mais de 10 salários mínimos. Sobre as condições de renda mensal da família do (a) servidor (a): (0%) possui renda familiar em entre 1 a 2 salários mínimos; 9% entre 02 a 3 salários mínimos;

14% entre 03 a 5 salários mínimos; 13% entre 05 a 7 salários mínimos; 32% entre 7 a 10 salários mínimos; 32% mais de 10 salários mínimos.

Sobre o núcleo familiar:(32% reside com mais 1 pessoa; 18% reside com mais 2 pessoas; 13% reside com mais 3 pessoas; reside com mais 4 pessoas; 12%) reside com mais 5 pessoas; reside com mais 6 pessoas; 23% reside com mais 7 pessoas; reside com mais 8 pessoas; 2% reside com mais 9 pessoas; reside com mais 10 pessoas; nenhum servidor(a) reside com mais de 10 pessoas. Destas pessoas, quem mais contribui financeiramente para a renda da família é: 72% o (a) próprio (a) servidor (a); 12% o companheiro (a) ; 2% os filhos; 14% o outros.

As análises evidenciaram que a condição de renda dos servidores das três esperas de governo entrevistados é consequência direta dos tipos e quantidade de vínculos destes servidores com suas instituições. A renda individual dos mesmos é produto de sua condição de efetivo, concursado, e ou processo seletivo, visto que não há uma uniformidade de salário e ou direitos trabalhistas entre esses dois tipos de vínculos. Ao contrário, não existe diferença salarial entre os servidores do sexo feminino e ou masculino, o fator balizador é somente a quantidade de vínculos com instituições diversas , carga horária trabalhada e ou tipos de vínculos (concursado, processo seletivo, cooperado e ou terceirizado).

Na Secretária de Estado de Saúde do Amazonas, os servidores relataram que seus respectivos salários são muito baixos, mas que o governo continua a usar a velha estratégia do abono e ou gratificação técnica na complementação da mesma, e ou para atender as exigências salariais providas pelos próprios servidores e ou por meio de seus respectivos sindicatos. Na educação Federal, a categoria estar sem aumento salarial desde o ano de 2016, ano em que foi repassado a última parte do índice deliberado pelo governo federal para os servidores de carreira da educação federal, anterior ao golpe que depois a presidente Dilma e levou a ascensão do presidente Michael Temer e posteriormente a eleição de Jair Bolsonaro.

O resultado da pesquisa evidenciou que a estratégia usada nos últimos quase seis anos foi a de agregar mais um vínculo empregatício, suplicando suas respectivas jornadas de trabalho, e paralelamente, reduzindo o tempo com a família, disponibilidade para formação continuada e cuidados com a saúde.

Especificamente em relação ao e no campo da saúde, Pitta (1991, p. 212) a literatura científica tem crescentemente apresentado comunicações referentes aos agravos psíquicos, a medicalizações e a suicídios de médicos, enfermeiros e porteiros de hospitais. São atividades e ambientes fortemente tensiógenas, considerando às longas jornadas de trabalho, paradoxalmente, ao número limitado de destes profissionais para atender as demandas postas,

desgastando os sujeitos psicoemocional para as tarefas executadas no ambiente laboral em unidades de saúde (GUIMARÃES,1999, p.139).

Ao tomarmos como exemplo as atividades laborais dos servidores lotados em hospitais, percebemos que o mesmo reproduz em seu interior a evolução e a divisão do trabalho no modo de produção capitalista, mas preservando as características caritativo-religiosas, uma vez que possui característica e ônus da dor, da doença e da morte desde sua criação saúde. O processo de trabalho hospitalar é parcelado e reproduz as características da organização do trabalho industrial, no que diz respeito a produzir trabalhadores ora compromissados, ora desesperançados. Repete-se a a lógica do trabalho taylorizado, muitas vezes ocultado no discurso do ‘trabalho em equipe’ (GUIMARÃES,1999, p.139. SILVA,1998, p.32)

No campo da educação Federal, com o advento do capitalismo a educação passou a ser um elemento fundamental para sua perpetuação e fortalecimento enquanto sistema e lógica dominante, utilizado pela classe dominante, para garantir, como meio para perpetuar sua permanência enquanto sistema sociometabólico dominante, perpetuando paralelamente também o aprofundando a desigualdade, e sistema de ideologias (DAHMER,2007,p.126.

No entendimento de Frigotto (2010), a ofensiva neoliberal revisita e requalifica os princípios desta teoria, com s justificativas mais sociais, limitando-se a defender a valorização da educação básica geral para formação de trabalhadores com capacidade de abstração; formar para o mercado de trabalho sujeitos dóceis e voláteis as ideologias do capital, das necessidades da gestão do trabalho flexível sob o capitalismo transnacional.

Quanto a condição de vida no que diz respeito ao nível de comprometimento da renda familiar, podemos inferir que no conjunto dos servidores entrevistados, cerca de (22%) comprometem a renda familiar com despesas com saúde; (32%) com alimentação; (22%) com medicamentos; (4%)comtransporte; (4%) com plano de saúde/sconsultas/exames/hospitalização ; (2%) com empréstimo; (2%) com prestação da casa próprio e ou aluguel ; (2%) com educação ; (10%) com outros.

Ao contabilizarmos os índices de despesas somente envolvendo a saúde do trabalhador e sua família, fica evidente que estes comprometem a renda familiar com essa despesa, ou seja, erca de 46% (ações de saúde, medicamentos e plano de Súde/consultas/exames/hospitalização).

Também ficou claro que o gasto com alimentação não atinge nem 30% da renda da família, e, ainda, se considerarmos os altos índices com que os itens que compõem a alimentação do brasileiro, com destaque para os preços das proteínas provindas de bovinos, suínos, ovinos entre outros, comprovam as afirmações dos servidores de que estes tem reduzidos os gastos com

alimentação, reduzindo listas de compras, marcas de produtos, opção por embalagens de peso e tamanho menor entre outros.

De acordo com o IBGE (2021), a análise a qualidade de vida e os níveis de bem-estar das pessoas, famílias e grupos populacionais, a efetivação de direitos humanos e sociais, bem como o acesso a diferentes serviços, bens e oportunidades, são identificados a partir de indicadores que visam contemplar a heterogeneidade da sociedade brasileira sob a perspectiva das desigualdades sociais.

A Síntese desses Indicadores Sociais foi concretizada a partir de 1998, apesar de sua gênese ter sido por volta de 1979, rompendo com a hegemonia de indicadores econômicos para estes fins, em especial o Produto Interno Bruto - PIB, em prol de servir aos avanços para a propositura de avaliação das condições de vida da população, contemplando, à época, questões relacionadas a população e famílias, divisão do trabalho, Mobilidade ocupacional da força de trabalho, distribuição de renda, despesa familiar, habitação, Educação e Saúde.

Ao longo de sua existência, os estudos produzidos pelo IBGE tem procurado abarcar uma série de informações essenciais para o mapeamento das desigualdades e seus efeitos sobre a realidade social brasileira, com vistas não só à incorporação de assuntos atuais e relevantes para as políticas públicas, como também ao aprofundamento das análises a partir do eixo das desigualdades de gênero, cor ou raça e grupos de idade.

De acordo com o IBGE (2021) no documento intitulado “Síntese de Indicadores Sociais: em 2020” e as linhas do Banco Mundial, de 2019 para 2020, as proporções da população na extrema pobreza e na pobreza, no Brasil recuaram, respectivamente, de 6,8% para 5,7% e de 25,9% para 24,1% da população. Mas, sem os programas sociais, a proporção de pessoas em extrema pobreza teria sido de 12,9% e a taxa de pessoas na pobreza subiria para 32,1%.

O rendimento médio domiciliar per capita de 2020 foi de R\$ 1.349, com queda de 4,3% ante 2019 (R\$1.410). Em 2020, caso não houvesse programas sociais, esse rendimento teria sido 6,0% menor (R\$ 1.269), e a queda em relação a 2019 seria de 8,4%. O décimo da população com a menor remuneração teria reduzido em 75,9% os seus rendimentos, sem esses programas sociais (IBGE,2021).

Com a pandemia de Covid-19, o nível de ocupação no Brasil foi o menor da série: 51,0%. Entre os jovens com 14 a 29 anos, esse indicador caiu de 49,4% em 2019 para 42,8% em 2020. No mesmo período, a taxa de informalidade da população ocupada do país caiu de 41,4% para 38,8%. Entre os pretos ou pardos, essa taxa em 2020 era de 44,7%, ante 31,8% da população ocupada branca. Além disso, pretos ou pardos representavam 53,5% da população ocupada, mas 64,5% dos subocupados por insuficiência de horas (IBGE,2021).

Em média, a população ocupada branca (R\$ 3.056) tinha um rendimento mensal médio real do trabalho principal 73,3% maior que o da população preta ou parda (R\$ 1.764) em 2020. Para os homens, este rendimento (R\$ 2.608) era 28,1% maior do que o para as mulheres (R\$ 2.037) (IBGE,2021).

Alves (2021) explica que como determinação agravante das tendências catastróficas de desenvolvimento do capitalismo brasileiro, tivemos em 2020 a pandemia do novo coronavírus que expôs de forma fulminante as fragilidades (e a incapacidade) de o Estado brasileiro (sociedade política e sociedade civil neoliberal) em lidar com situações disruptivas, como por exemplo uma pandemia. Não se trata apenas de um problema de governo, mas de um Estado político do capital; que não foi apenas a estupidez política de Bolsonaro que o novo coronavírus expôs. Também explicitou a hábil competência de o Estado brasileiro matar “pobres”.

Ainda com base em Alves (2021, p.6), o mesmo ressalta que na medida em que sistemas públicos de saúde e educação estão sucateados e, ao mesmo tempo, os sistemas de informação e comunicação de massa ou ainda, os fornecedores do “ópio do povo” estão a serviço da lumpen-burguesia, o capitalismo catastrófico brasileiro expõe de forma fulgurante a incapacidade da sua classe dominante de enfrentar os desafios do futuro que nos batem à porta.

3.3. O trabalhador e segurança no trabalho no Amazonas

O trabalho sempre fez parte da vida dos seres humanos. Foi através dele que as civilizações conseguiram se desenvolver e alcançar o nível atual. O trabalho gera conhecimentos, riquezas materiais, satisfação pessoal e desenvolvimento econômico. Por isso, ele é e sempre foi muito valorizado em todas as sociedades.

Ao longo da história, o homem esteve constantemente exposto a riscos, mas a partir da revolução industrial, com a invenção das veio a substituição do trabalho artesanal, mas o que era para melhorar as condições de trabalho pelo uso dessa tecnologia, pelo contrário, apesar de multiplicou a produtividade no trabalho, trouxe péssimas condições de trabalho e maior exploração de trabalhadores (as), tendo como resultado o grande número de acidentes de trabalho, doenças relacionadas e muitos trabalhadores mortos ou mutilados. Essa conjuntura dramática constituiu-se em pano de fundo para a gênese das primeiras leis e estudos relacionados à proteção, à saúde e à integridade física dos trabalhadores (as).

Historicamente, no mundo e, particularmente, no Brasil, anualmente, cresce a estatística relacionada a acidentes de trabalho envolvendo trabalhadores (as), muitas vezes,

levando à óbitos, incapacitação permanente no trabalho. Na contramão desta manifestação da questão social permanece longe do conhecimento da sociedade brasileira.

Em 2010, foram mais de 700 mil acidentes, 14.097 incapacitações permanentes e 2.712 óbitos. O poder público gasta quase 51 bilhões de reais por ano com despesas relacionadas aos acidentes de trabalho. Esses números refletem a verdadeira dimensão do problema (FERREIRA,2014, p.9; BARSANO,2018, 4)

Nos diferentes campos da economia, política, cultura, trabalho, saúde, entre outros, o Brasil tem passado por muitas transformações com reflexos nas áreas de segurança e saúde no trabalho. No passado, o passivo com acidentes de trabalho e indenizações não recebeu a devida importância, contrastando com o que acontece hoje, onde obtém perfil de preocupação estratégica nas empresas e no país (FERREIRA,2014, p.9).

A construção de uma cultura de segurança já começa a ser vivenciada, ou seja, foram construídos novos sistemas que estão possibilitando o desenvolvimento de uma nova mentalidade onde a produtividade, a qualidade do produto e, também, o lucro se desenvolvem paralelamente à qualidade de trabalho e de vida (FERREIRA,2014, p.9).

A segurança do trabalho, entre outras áreas e ciência, está inserida nesses novos tempos, recebendo a devida importância, principalmente em empresas produtivas, organizadas e modernas. Mas a caminhada ainda será longa, pois estamos no início do processo que, além de técnico, tem seu lado cultural, onde a preocupação com a saúde dos trabalhadores não é uma referência padrão (FERREIRA,2014, p.9).

A Segurança do Trabalho constitui-se por uma série de medidas técnicas, administrativas, médicas e, sobretudo, educacionais e comportamentais, empregadas a fim de prevenir acidentes, e eliminar condições e procedimentos inseguros no ambiente de trabalho. Nesse processo, papel de destaque tem os meios de prevenção estabelecidos para proteger a integridade e a capacidade de trabalho do colaborador (FERREIRA,2014, p.29).

A legislação trabalhista brasileira, via Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde (NR32), indica a obrigatoriedade de o empregador prover ao trabalhador EPI em quantidade suficiente, descartáveis ou não, que sejam necessários para o desenvolvimento seguro das tarefas de trabalho GALLASCH, PEREIRA e SILVA,2020,p.4).

A definição de Acidente de Trabalho é dada pelo Art. 19 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991 e pelo Decreto nº 2.172, de 05 de março de 1997, no Regulamento dos Benefícios de Previdência Social, entretanto, foi revogado pelo Decreto nº 3.048 de 06 de maio de 1999, o qual aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências.

A Portaria SEPRT/ME n.4.334 de 15/04/2021 que dispõe sobre os procedimentos e as informações para a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), de que trata o art. 22 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991 mantém a obrigatoriedade de comunicação compulsória pela instituição em casos de acidente de trabalho.

Em tempos de pandemia COVID-19, manteve-se, em caso de contaminação de trabalhadores em ambiente laboral, a notificação compulsória imediata a ser realizada pelos serviços públicos e privados, devendo os casos suspeitos e/ou confirmado ser registrados no sistema oficial do Ministério da Saúde, tendo em vista que a contaminação por este agravo devida a exposição ao vírus durante o exercício profissional nos serviços de saúde do setor privado justifica a notificação previdenciária e trabalhista por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)³¹ (ANS,2020; BRASIL1991).

Lembrando que em 11 de março de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) caracterizou como estado de pandemia o surto mundial da doença causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2 denominada como COVID-19, o que levou os serviços de saúde ao colapso em escala mundial, não poupou situação de desenvolvimento econômico e ou mesmo fronteira geográfica, seja no âmbito dos equipamentos e materiais, seja quanto a recursos humanos. Emerge então um novo cenário de ações em saúde e segurança voltada aos diversos profissionais envolvidos nos cuidados à população (FISHER, 2020; ONG, CHIA, LEE, NG, WONG et al, 2020; OMS, 2020; GALLASCH, PEREIRA e SILVA,2020).

Esse contexto pandêmico passou a ser vivenciada em diversos mundialmente em surtos hospitalares e comunitários, trazendo um conjunto de preocupação social e profissional pela necessidade quanto a revisão protocolos para prevenção da COVID-19 entre os trabalhadores expostos ao vírus durante suas atividades laborais, iniciados a partir de um conjunto de elaborações e orientações lideradas pela OMS, apesar de contemplar, no geral, várias áreas de trabalho (FISHER, 2020; GALLASCH, PEREIRA e SILVA,2020).

Considerando a necessidade de se manter em atividade o máximo de profissionais em prol da redução dos impactos negativos desta situação de pandemia na sociedade, os cuidados para promoção da saúde e prevenção de doenças entre os trabalhadores dos diferentes setores laborais, vários estudos foram e estão sendo realizados ao longo de dois anos de pandemia, estando neste momento, 01/01/2022, a Europa, África, Ásia, entre outros a vivenciarem uma nova onda- 4ª ou 5ª, da doença, e esta com rebatimento no Brasil, devem ser priorizados vem requerendo continuamente a garantia de acesso as ações por parte dos trabalhadores, entre eles, os da educação federal e saúde.

3.3.1- A saúde do trabalhador no IFAM, SES/AM e SEMSA/Manaus

Ao indagarmos se existe política de saúde do trabalhador instituída pelo e no IFAM, (95%) de seus servidores entrevistados afirmam desconhecer a existência deste normativo. Cerca de (5%) não sabem responder a existência. Para 86%, as ações neste campo da saúde no instituto têm se limitado as campanhas setembro amarelo, outubro rosa, e novembro azul. 14% dos entrevistados afirmaram não sabem responder.

E ao solicitarmos para que os servidores avaliem as ações no campo da saúde do trabalhador implementada pela instituição, a grande maioria 96% afirmam desconhecer a existência dessas ações. E, entre os que afirmaram conhecer estas ações, já identificadas acima como sendo as campanhas contra o suicídio e câncer, avaliam como insuficientes.

Os resultados da pesquisa acima relatados indicam um completo descompasso entre o direito garantido em lei quanto a saúde do trabalhador e a cotidianidade dos servidores na instituição, tudo indica, até então, praticamente invisível, segundo os números e resultados apontados, para a instituição.

E aqui, cabe dois relatos recentemente presenciados por mim quanto na instituição que violam o direito ao sigilo do servidor no que tange ao seu agravo de saúde: o primeiro diz respeito a exigência ao servidor pra que o mesmo anexe cópia do atestado médico ao requerir o encaminhamento para perícia junto ao SIAS, sendo que o citado atestado e processo passa pelas mãos de diferentes servidores.

No segundo caso, diz respeito a nomeação de forma aleatória, sem qualquer critério de seleção, mesmo capacitação para compor comissão de PAD (processo administrativo disciplinar, onde, servidores já adoecidos e vulneráveis em diferentes agravos, sofrem pressões ao se colocarem contra tais nomeações.

Sobre essa situação problema, a única alternativa mais urgente implementada pelos servidores(as) e solicitada pela instituição tem sido recorrem ao uso de atestado médico de incapacidade para desenvolver tal atividade considerando a especificidade de seus agravos de saúde. Sendo que este atestado com CIDs ficam expostos a diferentes servidores.

Este último exemplo de descompasso e direito foi uma realidade vivenciada por diferentes servidores no ano de 202, inclusive com duas servidoras lotadas no meu setor de trabalho. E, aproveitando, neste mesmo ano, acompanhei todo o sofrimento de uma servidora de um dos campi do interior do IFAM tentar autorização para desenvolver suas atividades laborais na reitoria em Manaus considerando o estado de adoecimento psicossocial de seis genitores, que já cuidavam de sua avó, e em consequência, passaram a sofrer do agravo psiquiátrico.

A impotência da servidora em abandonar seus pais em Manaus, que mesmo em home office, teve seu pedido rejeitado pelo campus de origem, e por questões políticas, a instituição IFAM, mesmo precisando do profissional na reitoria, uma vez que a única profissional lotada estava de licença médica, não atuou no interesse da administração em favor da servidora, e de mais de 5.000 discentes e seus campus beneficiados com o Programa institucional que requeria o trabalho do profissional na reitoria. Restando a servidora em questão afastar-se por tempo indeterminado do trabalho via atestado médico para cuidar de si e da família, pois no município de origem não possui o tratamento especializado do qual estava necessitando.

Sobre as ações no campo da saúde do trabalhador na educação federal, Bizarria (2014, p.2040) ressalta a necessidade de se buscar ações que discutam os contextos de trabalho, as atividades, as crenças, os valores e as concepções sobre o trabalho. Para tanto, cita como indispensável que a instituição reconheça o papel da subjetividade nesse processo saúde-doença-trabalho, pois os fatores subjetivos podem estar relacionados ao bom desempenho, a qualidade dos serviços oferecidos, bem como ao desenvolvimento institucional.

Nesse caminho, infere a autora, uma boa estratégia para atender as demandas de saúde de trabalhadores parece estar relacionada a necessidade da instituição abrir um canal de diálogo que possa favorecer a fala dos sujeitos. Ouvir as informações referentes às necessidades dos servidores sobre suas atividades laborais e discuti-las com esses trabalhadores. Assim, os dirigentes podem considerar as sugestões na elaboração dos normas administrativas e gerencias, estimulando os servidores a se envolverem com os planejamentos da instituição a qual pertence.

O descompasso entre o previsto em legislação no campo da saúde do trabalhador previstos nos normativos federais e os resultados da pesquisa junto aos servidores do IFAM constituem faces do processo de precarização do trabalho neste ambiente laboral. Aliás, esta manifestação da questão social não é unifica no IFAM, mas parte de um processo mundial e nacional pelo qual vem passado toda a categoria de trabalhadores a partir do esfacelamento do Welfare State, e no Brasil, já que tal sistema de proteção não chegou a ser nem implementado, a precarização acirrou-se a partir do neoliberalismos, globalização e tercerização, enquanto parte inerente ao sistema sociometabolico do capital.

O trabalho docente nos Institutos Federais, em muitas de suas dimensões, comporta processos de precarização envoltos em mecanismos de intensificação, diversificação, polivalência, versatilidade, flexibilidade que exigem desse trabalhador policompetências para executar o seu trabalho. A precarização do trabalho nos IFs é o resultado das profundas transformações societárias no mundo do trabalho e dos ajustes neoliberais que fundamentam as políticas educacionais na atualidade. Por isso, a análise desse fenômeno não pode prescindir da

intensa reflexão acerca da crise do sistema capitalista e das formas de organização da produção e da classe trabalhadora, e/ou sobre a desestabilização dessa organização da classe trabalhadora nos diversos espaços sócio-ocupacionais e políticos (ARAUJO e MOURÃO,2017, p.1).

Em relação ao trabalho docente, nos IFEs, essas formas de precarização têm-se mostrada envoltas: em questões salariais; em condições materiais de trabalho; na intensificação do trabalho; na diminuição da jornada, com adensamento das atividades; na informatização das atividades docentes e seu controle remoto; e no aumento do quantum do trabalho pelo aumento da grandeza extensiva e subjetiva da jornada (ARAUJO e MOURÃO,2017, p.14).

Ao adentrarmos nas ações de saúde do trabalhador implementadas pela SES/AM e SEMSA/Manaus, constatamos que os mesmos publicaram seus respectivos planos de biossegurança, porém, à exemplo dos resultados apontados no IFAM, 96 % dos servidores entrevistados afirmam desconhecer a existência dos mesmos, assim como o conhecimento da existência do setor de saúde do trabalhador dentro de suas unidades de saúde onde desenvolvem suas atividades laborais. Cerca de 4% não sabem responder se existe ou não este setor na unidade.

Quanto a indagação se existe política de saúde do trabalhador instituída pelo órgão ou unidade de lotação SES/SEMSA/e ou equipamento de saúde, 96% de dos entrevistados afirmam desconhecer a existência de este normativo. Cerca de 4% não sabem responder se existe ou não.

Ao questionarmos sobre quais ações no campo da saúde do trabalhador têm sido implementadas pelas SES/SEMSA/e ou equipamento de saúde, 75% afirmaram desconhecer totalmente; 22% limitam-se a indicar as campanhas contra o outono seco; cerca de 3% informaram que foram a possibilidade de trabalho home office para os cargos administrativos, afastamento dos servidores incluídos como grupo de risco da COVID-19, além de distribuição, apesar de precário, de EPIs.

Quando solicitamos aos servidores para avaliarem as ações no campo da saúde do trabalhador implementada pelas SES/SEMSA/e ou equipamento de saúde, a grande maioria 97% afirma desconhecer a existência dessas ações. E, entre os que afirmaram conhecer estas ações, avaliaram como sendo precárias e insuficientes considerando as condições precárias de trabalho, locus, do desenvolvimento da atividade laboral.

Assim como na educação federal, os resultados da pesquisa apontam para um completo descompasso entre o direito garantido em lei quanto a saúde do trabalhador e a cotidianidade destes servidores nas SES/SEMSA/e ou equipamento de saúde, sugerindo implementação de um modelo gerencial comprometido com o mercado de trabalho, neoliberalismo, globalização e flexibilização, verso e reverso do modelo de desenvolvimento econômico, cuja uma das faces tem sido a precarização do trabalho, incluído nele, o sucateamento dos equipamentos, onde

cotidianamente estes servidores desenvolvem suas práticas, comprometido com o atendimento do usuário, sob, quase sempre, invisíveis, enquanto seres humanos, para o Estado.

As transformações econômicas, políticas, sociais e culturais impulsionadas pela reestruturação capitalista explicam que esta tem impactos e rebatimentos nas condições de vida e de trabalho, bem como na organização política da classe trabalhadora; em consequência, desencadeiam mudanças nas diversas profissões.

Em conjuntura extremamente marcada pela busca incessante de maiores produções e lucros e redução de custos cada vez maior, por meio de maior controle sobre a força de trabalho, alargamento da privatização e mercantilização das políticas públicas, sob o lastro do desemprego estrutural, da desconstrução dos direitos, elementos estes com repercussão na saúde das/os trabalhadoras/es (VASCONCELOS ET AL, 2017,p.719).

Esse processo mundial, difundido no contexto brasileiro a partir dos anos 1990, provoca influxo no trabalho das/os assistentes sociais ao intensificar a exploração e alienação subjacentes às relações de compra e venda de sua força de trabalho, as/os quais se deparam com novas demandas impulsionadas pelo aprofundamento das expressões da questão social, concomitante à desresponsabilização do Estado no tocante à efetivação das políticas públicas e garantia dos direitos sociais (VASCONCELOS ET AL, 2017,p.719).

Nesse contexto, o conhecimento acerca das mudanças no mercado de trabalho é fundamental para identificar/ enfrentar os desafios contemporâneos e elaborar respostas qualificadas às demandas que se apresentam no cotidiano dos espaços socioinstitucionais. Portanto, “O capital é em sua estrutura e em seu movimento contemporâneo patogênico para a humanidade.” (PAIVA; COSTA, 2016, p. 64 IN VASCONCELOS ET AL, 2017,p.719).

O avanço e reestruturação do sistema sociometabólico do capital, ao contrário da implementação nos denominados países centrais do Estado de Bem-Estar Social (1940-1970), onde se vivenciou em maior ou menor grau a inclusão de segmentos de trabalhadores com o acesso maior a direitos e políticas sociais e trabalhistas, diante da própria metamorfoses nas configurações da relação capital-trabalho, seguidos de trinta anos de lucros altíssimos (era de ouro do capital), viu-se ruir toda essa estrutura e declínio do modelo fordista/keynesiano, responsável por retrocessos sociais significativos e novas manifestações e configurações à “questão social”, e alterações no mundo do trabalho, que viu na precarização do trabalho e da vida social sua agudização ((Antunes,2009); BEHRING; BOSCHETTI, 2011; SOUSA, 2010).

Ao destacar os efeitos dessa contrarreforma do Estado no Brasil, Souza (2010) ressalta que a área da saúde tem sido paulatinamente assolada pelos ditames do Banco Mundial e o resgate do modelo médico-assistencial privatista com a mercantilização da saúde, implicando em seu

tratamento como mercadoria submetida às regras da produção capitalista. O campo da saúde, tem-se instalado um processo de agudização da precarização do trabalho, e, apesar da inserção de novas tecnologias na área, a ofensiva do capital, ainda, tem se pautado na desregulamentação do trabalho representado pela desagregação da proteção social (COUTO, BARBIER & MATOSA, 2021, p. 14).

Os estudos de Harvey (1994, p. 140) quanto as características centrais do modelo de acumulação flexível, [...] na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. E os estudos de Antunes 2009, p.33) [...] um processo de reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político de dominação, cujos contornos mais evidentes foram o advento do neoliberalismo, com a privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho e a desmontagem do setor produtivo estatal, da qual a era Thatcher-Reagan foi expressão mais forte [...].

Behring; Boschetti (2011), lembram que, no Brasil, o pontapé inicial para o conjunto de reformas exigido pelo projeto neoliberal para o Estado brasileiro foi dado durante o governo de Fernando Collor (1990), tendo continuidade com o governo do Fernando Henrique Cardoso com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado pautando-se na privatização, flexibilização e terceirização da força de trabalho com o reordenamento da política de gestão dos recursos humanos, demarcando o projeto de contrarreforma do Estado que resultou em seu enxugamento e na precariedade das conquistas sociais adquiridas com a Constituição de 1988.

Alves (2005), sobre os impactos do novo padrão de acumulação da indústria automobilística sobre os trabalhadores do ABC paulista apontou que o ideal toyorista captura a subjetividade do trabalho pelos valores capitalistas. (p.39 e 65).

No mesmo caminho, Behring (2008,p.164;2009, p.72) ressalta que com a crise fiscal, a reforma do Estado brasileiro conduzida pela burguesia, as políticas sociais passaram a ser vistas sob o prisma paternalista e mercadológica, fonte de desequilíbrio e oneração do custo do trabalho, devendo, de preferência, ser acessadas via mercado e serviços privados.

A flexibilização não atinge só o trabalho assalariado das indústrias de bens materiais, mas expande-se ao setor de serviços, assumindo um protagonismo nos processos de distribuição, circulação e consumo de mercadorias e na reprodução social, a exemplo dos serviços públicos oferecidos pelo Estado. No serviço público, corresponde às novas requisições do papel do Estado no conjunto dessas transformações societárias no capitalismo contemporâneo. Nas palavras de Alencar (2009,p.65), presencia-se a imputação à força de trabalho empregada do Estado a responsabilidade pela ineficiência dos serviços públicos para impor similares condições de

trabalho e de vida, de contrato rebaixado, de instabilidade no trabalho e de redução de direitos trabalhistas e sociais.

Isso significa dizer que o próprio Estado, capturado pela burguesia do capital, fornece as bases e condições para expropriar e precarizar sua própria força de trabalho e serviços públicos, fortalecendo discursos da ineficiência do Estado na gestão e implementação de políticas públicas a população, tudo, para justificar e legitimar o repasse de recurso público a iniciativa privada, à exemplo do discurso do déficit da previdência, da previdência privada, da abertura das faculdades particulares, da implementação do PROUNI, do direcionamento de recursos públicos às ONGs, da própria terceirização dentro dos órgãos e equipamentos do Estado entre outros.

3.3.2- A saúde do trabalhador no IFAM, SEMSA e SES na Pandemia do Covid-19

A pandemia provocada pela ação de coronavírus (Covid-19) tem trazido impactos ainda não completamente dimensionados sobre a sociedade. Apesar do mundo já ter vivenciado outras pandemias ao longo da história, mas, o contexto pandêmico vivenciado mundialmente nos quase últimos vinte e um meses, trouxe um diferencial, a união das grandes e pequenas potências em prol da preservação e o direito à vida, a corrida pela descoberta da vacina, a solidariedade humana, o reconhecimento da supremacia da ciência frente a corrente negativista da doença entre outros.

O alto poder de contaminação da doença não reconhece fronteiras e ou classe social, o vírus mantém um processo de mutação muito dinâmico, processo esse, ainda, não totalmente identificado pela comunidade científica e de alta taxa de letalidade, daí o papel relevante da produção científica para melhor compreender a doença e seus efeitos e buscar soluções, entre elas, a preservação da saúde e vida dos trabalhadores.

Pesquisadores e cientistas, no mundo todo se mobilizam para entenderem os efeitos da doença sobre a saúde da população, seus impactos sobre a economia e sociedade, com destaque, para as com maior índice de vulnerabilidade social. No mesmo rastro, a Organização Mundial de Saúde (OMS/2020), desdobra-se na orientação, coordenação e mapeamento do alastramento da doença, como, verdadeiros tsunamis pelo mundo, apoiando-se em estudos científicos, identificando as prioridades nas ações de enfrentamento da doença, culminando na publicação de protocolos de referência mundial voltados para a segurança do trabalhador.

No Brasil, as medidas convencionais e extensivas de saúde pública são amplamente utilizadas enquanto tentativa de erradicar a COVID-19, dado que, na ausência de vacinas e

tratamento específico, o Estado e as instituições estão se valendo, em especial, de medidas de isolamento, quarentena e distanciamento social para proteger suas comunidades.

Na Educação Federal, algumas das medidas preventivas contra a doença, foram o fechamento temporário das universidades e institutos, e a substituição das aulas presenciais por aulas em meios digitais, mitigadas e respaldadas em medidas globalmente adotadas. E, ainda que representem ações rígidas para reduzir a transmissão, detêm valor legitimado pela ciência para atender ao objetivo de prevenir, conter e mitigar a propagação do coronavírus. Em 10 de março de 2020, o MEC envia a rede federal de educação o Ofício-Circular nº 23/2020/GAB/SETEC/SETEC-MEC, com o título: Recomendações - Novo Coronavírus (COVID-19), inquirindo os institutos sobre medidas de higienização no instituto.

Orienta sobre a necessidade de os institutos realizarem campanha de prevenção ao Coronavírus (Covid19) élas redes ociais, aos modos das campanhas realizadas pelo Ministério da Educação em parceria com o Ministério da Saúde, encaminhando um conjunto de arquivos de mídia que tratam sobre o assunto (SEI nº 1948272 e 1948276). Explica que o MEC lançou um aplicativo (Coronavírus – SUS) para informações sobre a doença, instruções para a população e mapa das unidades de saúde que podem fazer o atendimento em caso de suspeita. A partir da descrição na Play Store e App Store, o cidadão pode acessar a plataforma, e esclarecer suas dúvidas sobre sintomas, prevenção e outras informações relevantes como unidades de saúde próximas e notícias oficiais.

O MEC salienta que o Ministério da Saúde mantém a vigilância ativa a respeito da circulação dos vírus respiratórios, com o monitoramento constante da situação epidemiológica, gerando boletins e notas técnicas para orientação dos serviços de saúde, dos demais setores e da população. Nesse sentido, esta Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica recomenda, também, que toda a rede federal de ensino adote as medidas propostas no ofício em epigrafe, solicitando que as informações produzidas possam ser implementadas em parceria com o Ministério da Saúde.

Em continuidade com as medidas orientativas aos IFs, o MEC, Secretaria de Educação Superior (SESU) e a Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (SETEC) publicam o Protocolo de biossegurança para retorno das atividades nas Instituições Federais de Ensino como marco legal e orientador a ser seguido por toda a rede federal de ensino.

Enquanto possibilidade para manter o processo acadêmico dos cursos em todo o país, o governo publicou Medida Provisória que autoriza a antecipação da colação de grau dos alunos de medicina, enfermagem, farmácia e fisioterapia, para atuarem no enfrentamento da

doença, desde que cumpridos os requisitos por ela descritos, entre outras medidas, respeitando sempre as limitações dos cursos e a autonomia das instituições.

Neste contexto, o MEC/SETEC a instituição do Protocolo de Biossegurança para Retorno das Atividades nas Instituições de Ensino não foi bem avaliada pela comunidade escolar federal, considerando a forma intempestiva deste ministério e secretária pressionarem para o retorno as atividades, antes mesmo, da queda na curva de óbitos, ainda, na primeira onda e ausência de vacina.

O Protocolo de biossegurança para retorno das atividades nas Instituições Federais de Ensino vem de encontro as orientações da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2020), como já afirmamos, para intervenção diante da possibilidade de retorno as atividades, do afrouxamento das medidas de distanciamento e dos ajustes das medidas sociais e de saúde pública, devendo as mesmas ocorrer subsidiadas por protocolos de controle e monitoramento dos seus efeitos e impactos na comunidade acadêmica e de toda a sociedade.

Diante da possibilidade de retorno gradual às atividades de modo seguro, o conceito da biossegurança, que passa a centralizar todas as ações, orientando e coordenando com vista a a minimização dos riscos inerentes às atividades de ensino e ao meio ambiente.

A instituição deste protocolo nas Instituições de Ensino brasileiras visa melhorar as condições para enfrentar a doença, ao mesmo tempo que traz orientações coletivas e individuais para que as comunidades escolares possam retomar suas atividades com segurança, respeito à vida e às comunidades. Indica como parte integrante da biossegurança é o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), dispositivos de uso individual destinados a prevenir riscos que podem ameaçar a segurança e a saúde. O tipo de EPI dependerá do nível de precaução necessária, como padrão de contato, produção de gotículas/aerossóis ou precauções para infecções transportadas pelo ar (TEIXEIRA,1996, p.18).

Indica, ainda, que as medidas de prevenção e controle devem ser implementadas por toda a comunidade escolar para evitar ou reduzir ao máximo a transmissão de microrganismos. As regras e orientações para colocação, uso, retirada e descarte correto e seguro dos EPIs devem ser divulgadas no ambiente escolar. Outras medidas de segurança indicadas foram que as atividades, reuniões, eventos, aulas e atendimentos passassem a acontecer de forma remota, quando possível. E todas as diretrizes, orientações de distanciamento social, proteção individual e higiene do Protocolo de Biossegurança deveriam ser aplicadas em diferentes fases, considerando a avaliação de risco.

A adoção de estratégias para retorno das atividades no sistema educacional deveriam considerar as normas legais vigentes, como o Parecer nº 5 de 2020, do Conselho Nacional de

Educação, a Medida Provisória nº 934, de 1 de abril de 2020, a Portaria nº 544, de 16 de junho de 2020, e a Portaria Conjunta ME/MS nº 20, de 18 de junho de 2020, que “estabelece as medidas a serem observadas visando à prevenção, controle e mitigação dos riscos de transmissão da COVID-19 nos ambientes de trabalho (BRASIL,2020).

No Amazonas, o Instituto de Educação, Ciências e Tecnologia do Amazonas (IFAM), valeu-se de várias resoluções e portarias para tratar sobre as atividades acadêmicas no ensino técnico profissionalizante, e sobre as decisões em relação as medidas sanitárias sistêmicas a serem adotadas pelos campi como prevenção ao covid-19 no período de 17 de março de 2020 a 30 de setembro de 2021, todas eles disponíveis no site do instituto.

Em se tratando da análise do Plano de Biossegurança do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amazonas para enfrentamento da COVID-19, instituído no mês de julho de 2020, podemos inferir que na primeira parte, resgata um pouco da conjuntura sanitária em que o instituto e todos nós estamos vivenciando em relação a pandemia Covid-19, e suas particularidades na Amazônia. Em seguida, define o que é o coronavírus, quais seus sintomas, sintomas, diagnóstico e a proteção.

O objetivo do Plano é apresentar à comunidade acadêmica do IFAM orientações gerais para a implementação de ações de combate à propagação do Covid-19 no âmbito da instituição, em especial quando se planejam o retorno às atividades administrativas e acadêmicas presenciais. Nele, as ações previstas possuem viés sistêmicas, com diretrizes que permitem aos campi e reitoria adotarem outras medidas que conforme suas especificidades. Indica a criação de comissões locais de enfrentamento ao COVID 19 nos campi e reitoria como obrigatória.

Traz como objetivo geral reduzir a disseminação do Covid-19 no âmbito institucional, mantendo a segurança de toda a comunidade acadêmica e, conseqüentemente, da sociedade. Segue as diretrizes propostas pelo Protocolo de Biossegurança para Retorno das Atividades nas Instituições Federais de Ensino Portaria nº 572-MEC, de 1º de julho de 2020. Prevê medidas gerais a serem implementadas pelo conjunto dos 17 campi e reitoria do IFAM para servidores e discentes pertencentes aos Grupo de Risco, ou seja, aqueles que se enquadram em uma das condições abaixo, a quem foi concedido o direito ao trabalho remoto, mediante auto declaração e comprovação (laudo médico).

O direito ao trabalho remoto foi estendido também aos servidores que possuem filhos menores de idade, matriculados em escola que esteja com as atividades presenciais suspensas, pelo turno em que o menor deveria estar na escola, nos termos da portaria nº 874-GR/IFAM, de 08.07.2020.

O IFAM, com base nas orientações da OMS, OPAS, SM tornou obrigatório o uso correto de máscaras por todos os servidores, estudantes, colaboradores, incluindo os estagiários e visitantes, sendo o uso da mesma de sua inteira responsabilidade no ambiente físico do instituto; ao mesmo tempo torna obrigatório e impõe a o seguimento de pessoas que formam a comunidade escolar, visitantes entre outros, a responsabilidade da obrigatoriedade do uso de máscara, contraditoriamente, não indica a quem cabe prover estes EPI, se o campus, servidores e ou discentes, onerando estes seguimentos já com seus salários congelados deste o ano de 2016, se já não bastassem as despesas hospitalares, farmacológicas, alimentação, entre outros que só se multiplicam inferindo sobre as condições de vida dos mesmos.

Sobre os cuidados com a saúde dos discentes, prevê que, caso estes apresentem sintomas gripais dentro do ambiente escolar, devem procurar atendimento médico de imediato para avaliação, devendo enviar à escola, posteriormente, o atestado médico para afastamento de suas atividades estudantis. Prevê que fiquem em observação os discentes e professores quem mantiveram contato direto com o discente com sintomas grupais em sala de aula.

Nesse normativa de biossegurança, o IFAM restringe para monitoramento os segmentos de discentes e professores, desconsiderando os demais membros da comunidade escolar que mantém contato com discente com sintomas gripais, a exemplo dos assistentes de alunos, recepcionistas, porteiros, outros discentes de turmas diferente dele entre outros. Para as unidades que trabalham com internato disponibilizando alojamento aos discentes, a orientação sanitária os *campi* estabeleçam diretrizes e rotinas específicas, adequadas à realidade local. Para os atendimentos domiciliares (Servidores e Discente) a orientação é de que estes sejam autorizados pela direção geral do campus, conforme avaliação do caso.

Em relação aos protocolos de segurança para os discentes quanto ao uso da áreas similares, o plano de biossegurança prevê uma série de medidas no sentido de limitar o quantitativo e fluxo de estudante com vase em parâmetros fornecidos pela OMS, porém, os mesmos desconsideram a categoria de servidores que laboram nestes mesmos espaços, uma vez que são obrigados a retornarem ao trabalho antes mesmos do país ter proposto ou mesmo executado um plano de imunização, pois, todas as possibilidades de prodígio levam em consideração somente o quadro de discente, cabendo ao grupo de servidores, direto e ou indiretamente, retornarem ao ofício sem qualquer possibilidade de rodízio, expondo-se ao provável contágio por coronavírus de forma mais continuada.

Outro aspecto no plano que prioriza a categoria de discentes no instituto são as ações de assistência Estudantil onde o Departamento de Assistência Estudantil - DAES, vinculado à

Diretoria de Gestão Acadêmica, orientou sobre a importância de o IFAM continuar com as políticas de intervenção social mesmo com as atividades acadêmicas suspensas e ou híbridas.

Ao contrário da preocupação em assistir os discentes matriculados, onde o IFAM implementou uma série de ações socioassistenciais com foco no alunado, aos servidores, restou conviver apenas com as medidas sanitárias de isolamento social aos grupos denominados como sendo de risco, para a grande maioria de servidores, foi autorizado o trabalho remoto, o escalonamento de servidores, e nenhuma ação propriamente dita no campo da assistência médica e social, considerando a desproporcionalidade entre o valor dos salários e a elevação das despesas com gastos pessoais e familiar decorrente do impacto da pandemia covid-19 no seio familiar, uma vez que os salários encontram-se congelados desde 2016.

Ao analisarmos as recomendações dadas pelo MEC/SETEC aos institutos Federais de Ensino em relação as recomendações objeto do plano de biossegurança do IFAM voltado a comunidade escolar, verificamos que ambos padecem da mesma fissura, pois, impõem responsabilidades, ações e gastos públicos sem fazer qualquer menção a fontes orçamentária, tendo em vista que o orçamento dos campi não previam despesas financeiras decorrente de qualquer cenário pandêmico para 2020, o que impactou, de qualquer maneira, na não operacionalização dos respectivos planos construídos pelos próprios campi em sua totalidade, com destaque, para as ações que dependiam de orçamento para sua execução.

Desta forma, considerando a retomada das atividades, mesmo na forma híbrida, com escalonamento diário de servidores, e ambiente de trabalho sem as devidas adequações, muitos, limitados a instalação de bambonas com álcool gel com manipulação no pedal, distribuição de uma máscara de tecido, um pote de álcool 70% e outro de álcool gel por setor de trabalho na reitoria; somado ao acirramento das atividades para encerramento do ano letivo e financeiro de 2020, presenciamos a contaminação de um grupo significativo de servidores na reitoria, mas com desdobramento nos campi considerando a presença de diretores e alguns servidores em reunião presencial, o que culminou na vivência de um período de grande perdas desses servidores, no mês de janeiro de 2021, denominado como segunda onda da pandemia covid-19, levando a óbito cerca de quase 10% presentes nas reuniões de trabalho para encerramento do ano letivo. Fora o percentual em torno de 10% que desenvolveram a forma grave da doença, estiveram internados em UTI, mas que felizmente, sobreviveram, apesar da permanência de traumas limitantes, seja física ou psicossocialmente.

É relevante deixar registrado neste estudo a experiência desta pesquisadora ao descrever o problema central da pesquisa, saúde do trabalhador no IFAM, presenciar e contribuir na construção do plano de biossegurança sistêmico em 2020, e ao mesmo tempo ter

que intervir no amparo aos colegas servidores que sucumbiam diante da forma mais grave da doença, do estrangulamento dos serviços de saúde público e provado do Estado e Municípios, amparando a família e ou atuando junto a central de remoção e internação do Estado do Amazonas no sentido de garantir o atendimento a estes servidores.

Melhor dizendo, escrever e descrever o objeto na cotidianidade, nos rumos e movimentos da história, atuando sobre as contradições do sistema, e até mesmo, de forma egoísta, mediando, mitigando junto aos aparelhos do Estado, o direito a saúde preconizado na Constituição Federal de 1988 do Brasil, e Lei nº 8.080/90 que cria o Sistema Único de Saúde.

Passado o momento de pico da doença em 2020 e em 2021, ainda sob um plano de imunização em andamento, o MEC/SETEC pressionam os IFs a retomarem novamente as atividades acadêmicas cometendo o mesmo erro, o não reconhecimento da gravidade da pandemia, da diversidade dos municípios onde o esquema vacinal por diferentes fatores ainda não atinge um percentual de segurança. Sob a prioridade do desenvolvimento da economia sobre o direito a vida, muito menos, adicionando recurso orçamentário para os IFs de forma que estes possam realmente implementar um plano de biossegurança para o retorno das atividades acadêmicas com um mínimo de segurança.

É relevante destacar que, da mesma forma que em março de 2020, chegaremos em março de 2021 com nossos campi e reitoria contendo a mesma esturra, sofrendo com a mesma escassez de recurso para a manutenção do instituto, ou melhor, com as mesmas responsabilidades orçamentárias, porém com uma significativa redução no orçamento da educação profissional no IFAM, deixando o ambiente mais fragilizado perante qualquer possibilidade de terceira onda da doença, sem levar em conta os sequelados da primeira e segunda onda que são obrigados a retornarem ao trabalho, sem qualquer possibilidade de um planejamento quanto a vivenciar uma velhice com mais autonomia e cidadã.

Observamos que, no decorrer de mais de dezoito meses de pandemia covid-19, proliferaram estudos e pesquisa cujo objeto é a saúde do trabalhador da saúde, o mesmo não ocorre quanto ao objeto da saúde do trabalhador da educação, com destaque, para o trabalhador da Educação Federal.

Em pesquisa recente, o INEP investigou o impacto da pandemia na educação brasileira, porém, o viés foi quanto ao prejuízo ao ano escolar, ao conteúdo que deixou de ser repassado, porém, nada tratou sobre a saúde da comunidade escolar (servidores, discentes, familiares, entre outros), como se o processo educacional brasileiro ocorresse de forma

segmentada, somente com base em conteúdo a ser ministrado, como se os servidores e discentes fossem máquinas e ou indiferentes neste processo educacional.

Entre os vários impactos da pandemia ao trabalho docente, destaca-se o ensino remoto, o qual emerge como solução mágica para a superação de todos os problemas educacionais na atualidade em todos os níveis e modalidades, quando, na verdade, converge para o que já vinha se encaminhando no Brasil em termos de eadização da educação (IDEM,p.8)

Fernandes; Lima, (2020, p.36) inferem que a crise sanitária do contexto da pandemia não apenas desencadeou como agravou processos de adoecimento mental provocados por uma conjuntura de crise generalizada que já vinha ocorrendo em diversas dimensões, como política, econômica, social e cultural; além disso, demandas de saúde pública não podem ser dissociadas de questões de classe, raça e gênero e, como veremos, de ambiências urbanas e rurais.

São vários os estudos centrados sobre os impactos da pandemia na saúde psicossocial dos trabalhadores, com destaque, aqueles em trabalho remoto. Entre eles, A pesquisa “Educação, docência e a Covid-19”, realizada por pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP) entre maio e junho de 2020, que aponta alguns indicadores quanto a situação em questão.

As análises e dados revelam que além dos desafios sanitários, a pandemia tornou-se o cenário ideal para o recrudescimento da precarização do trabalho nos mais diferentes campos profissionais, aqui inclusos os professores. O cenário pandêmico atual exige que os docentes se “reinventem”, lançando mão de “criatividade”, “inventividade” e “jogo de cintura” para minimizar as consequências sofridas em seu trabalho, as quais abordaremos no tópico a seguir (SOUZA; ANTUNES; PEDROSO; ALCÂNTARA, 2021, p.55).

É evidente que a Educação se reinventou, se transformou, se adaptou nesses últimos dois anos de pandemia. A pandemia covid-19 da forma como foi gerida no país, que, além de levar milhares de vidas embora, devastando famílias inteiras, trouxe dor e sofrimento psicossocial, como foi observado em algumas, pesquisas de diferentes áreas do conhecimento centrados no campo da saúde do professor (PACHIEGA& MILANI, 2020,p.234).

Os autores, citando os estudos de Françoise Dolto (1980, p. 12) inferem que “o que importa não são os sintomas [...], mas o que significa, para aquele que vive, exprimindo tal ou qual comportamento”. Que, sob o olhar da psicanálise, a expressão, a fala e a escuta são indicadores, símbolos dos sintomas e, indicando a necessidade de ouvir os professores e suas ansiedades, deixá-los falar sobre o que sofrem e como sofrem. Diante dos problemas e das necessidades atuais, esses profissionais precisam ter habilidades técnicas, sociais e emocionais, além de estimular a construção crítica pessoal para que aprendam a ser

conscientes, reflexivos e participativos, sem deixar de lado a saúde mental e emocional. (PACHIEGA& MILANI, 2020, p.234)

Ao nos determos especificamente a visão dos servidores em relação as ações de saúde do trabalhador desenvolvida pelo IFAM nesses dois últimos anos de enfrentamento da pandemia COVID-19, e já entrando no terceiro ano, pois, já iniciamos a quarta a ou quinta onda com a chegada da variante do coronavirus Ômicron no Brasil, no Amazonas, os resultados da pesquisa evidencia um continuo e permanente descompasso entre a instituição do plano de biossegurança pelo IFAM e o contexto pandêmico e laboral vivenciado pelos servidores, sugerindo um distanciamento entre a instituição e o conjunto de seus servidores.

Quanto a indagação se a instituição implementou algum plano específico voltado à saúde do trabalhador durante o período pandêmico da Covid-19, 80% de seus servidores entrevistados afirmam desconhecer a existência de este normativo. Cerca de 20% afirmam que sim, que o IFAM possui plano de biossegurança para o enfrentamento da COVID-19. Ao questionarmos se este plano atendeu as necessidades do servidor no campo do direito à vida IFAM, 80% afirmam desconhecer o citado normativo; 10% afirmam que sim, atendeu sim as suas necessidades; 10% afirmaram que não utilizaram o protocolo instituído pelo IFAM.

Ao solicitarmos para que os servidores relatassem quais ações no campo da saúde do trabalhador tem sido implementadas pela instituição durante o contexto pandêmico Covid-19, 70% informou desconhecer totalmente qualquer ação implementada; 10% informaram que foram ações somente ilustrativas; 10% informaram que as ações limitaram-se a palestras online; (10%) informaram que foram ações que possibilitaram o trabalho remoto.

Ao solicitarmos para que os servidores avaliassem as ações no campo da saúde do trabalhador implementada pela instituição durante o contexto pandêmico da Covid-19, cerca de 80% afirmaram desconhecer tais ações; (10%) avaliaram como regular as ações desenvolvidas pelo IFAM e os outros (10%) avaliaram como sendo péssimas essas ações desenvolvidas.

O resultado da pesquisa mais uma vez deixa claro falácias no campo da saúde do trabalhador no IFAM, orquestrado pelo desencontro de informações, o não envolvimento dos servidores no processo de tomada de decisões quanto a construção de políticas de saúde voltadas ao servidor. Cabe destacarmos que é fluxo no IFAM a adoção de estratégia de criação de comissões central e local para construção de normativos institucionais.

No caso da construção do plano de biossegurança para o enfrentamento ao COVID-19 foram constituídas as comissões em questão. Mas as mesmas padecem da mesma limitação, não conseguem envolver a maioria dos servidores, mesmo localmente, e em consequência, estes desconhecem tais normativos, na maioria das vezes, ficam sabendo, com surpresa, quando já

foram publicados. Esses dois últimos anos caracterizado pela pandemia, trouxeram a tona várias formas de vulnerabilidade, seja do seguimento de servidores, ou mesmo de discente. No campo social fomos atropelados por uma economia desorganizada e com altos índices de inflação e reajustes, principalmente, de itens que compõem o rol de necessidades físicas e biológicas dos sujeitos, isso sem contar, o alto índice de desemprego estrutural, que só cresce, indicando, inclusive, período de recessão na economia.

No IFAM, inicialmente, foi deliberado pela suspensão das aulas presenciais, posteriormente, veio a suspensão, e no segundo semestre de 2020, deu-se início as atividades remotas. Na reitoria, os servidores passaram a desenvolver atividades remotas e no segundo semestre de 2020, as chefias retornaram ao presencial. No geral, os servidores passaram a desenvolver atividades remotas, mas considerando que suas famílias continuavam trabalhando normalmente, a contaminação de servidores foi inevitável. Esse fator, além de comprometer e onerar mais as atividades laborais dos servidores não contaminados para dar conta das demandas, estes sofriam também com os sucessivos óbitos de servidores, amigos e familiares por covid-19.

Ao longo desses dois anos, foram mais de trinta óbitos somente no IFAM. Foram dias muito difíceis, não conseguíamos mais olhar o celular nem para o trabalho, pois, a cada momento, postavam o óbito de um ou mais servidores. Como as atividades na reitoria e departamentos centrais dos campi, o mês de dezembro de 2020 foi o mais crítico, tivemos contaminação em massa de quase a totalidade dos servidores em trabalho presencial, inclusive nos campi. Na reitoria, perdemos três servidores, neles incluído o próprio reitor da instituição.

Nos campi do interior, o desespero era grande também, pois, os equipamentos de saúde do município ficaram logo colapsados, não diferente dos equipamentos da capital, diante desta crise de saúde pública, o governo do estado não conseguia atender a demanda dos municípios para remoção dos casos críticos de paciente com covid19. Diante desta conjuntura, o IFAM organizou-se para atender as demandas mais urgentes no âmbito da saúde, disponibilizando, em alguns campi, atendimento online de servidores, principalmente em relação aos agravos psíquicos.

No campo financeiro, as famílias dos servidores vivam um drama após o outro, pois, com os equipamentos de saúde em colapso, os poucos servidores com plano de saúde não conseguiam atendimento, e eram conduzidos ao sistema único de saúde. Outros não conseguiam internação na unidade de saúde, e ficavam internados em suas residências com onerosidade para a família, que só acumulavam dívidas.

Os colegas de trabalho junto com a família se mobilizavam em organizar vaquinhas para arrecadar recursos financeiros para manter as despesas médicas. Alguns servidores foram

transferidos pelo estado para outros estados, mas cabia a família arcar com os custos com acompanhantes.

O conjunto desses fatores, com certeza, influenciou nas respostas dos servidores aos questionamentos da pesquisa, mas, isso não foi determinante nas respostas, mas o fato do instituto não ter uma cultura de cuidado de saúde do servidor. Esse cuidado fica totalmente sob a responsabilidade do servidor, que como já mencionei, tem sua renda comprometida em quase 50% com ações e gastos de saúde, encurtando cada vez mais despesas com alimentação, vestuário, lazer, transporte, entre outros.

É notório que as medidas de controle adotadas para conter o avanço da doença contribuíram significativamente para o aumento de casos relacionados à depressão e ansiedade, uma vez que afasta as pessoas de suas rotinas e convívios sociais. E, ainda, a incidência e/ou número de óbitos, que dependem de vários outros fatores ligados à mídia (e Fake News) e à organização dos sistemas de saúde e de vigilância epidemiológica; outra consequência, é o empobrecimento da população. Mas, enquanto Governos estaduais e municipais atendiam a população de diferentes formas (isenção de tarifas, distribuição de cestas básicas), o governo federal por iniciativa dos parlamentares limitou-se a conceder o auxílio emergencial (COUTO, BARBIER & MATOSA, 2021, p. 14).

Antes de apresentarmos os dados do estudo obtidos junto aos servidores (as) da SES/AM e SEMSA/Manaus, todos atuando na linha de frente da pandemia Covid-19, alguns deles, também servidores (as) no IFAM, considerando terem dois vínculos de trabalho, cabe relembrarmos a conjunto de grave crise de saúde pública vivenciada no Amazonas.

Longe de parecer repetitivo, as especificidades da pandemia vivenciada no Amazonas fugiram a todas as dimensões de normalidade, extrapolou todas as dimensões do que se caracteriza como colapso, falência dos equipamentos e sistema de saúde.

Disertar sobre a situação de saúde dos trabalhadores e trabalhadoras dentro da perspectiva crítica requer analisarmos a situação problema a partir de sua conjuntura histórica, política, econômica, social, psíquica e geográfica, ou mesmo sob o olhar, antropológico.

Da mesma forma que não dá para discutir a problemática local envolvendo dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde sem referir-se introdutoriamente aos trabalhadores em geral amazônico, também, vítima da Covid-19, e razão do fazer profissional de trabalhadores e trabalhadoras da saúde no Amazonas.

Lembrando que assistimos o o estado do Amazonas tornar-se o epicentro da Pandemia covid-19 durante o segundo trimestre de 2020 e primeiro trimestre de 2021, comprovando-se na prática, que Embora o Brasil tenha um sistema de saúde público e universal, a utilização dos

serviços de saúde é marcada por discrepâncias sociais e regionais (GALVÃO ET AL,2019, p.1), explicando, em princípio, o elevado número de óbitos ao longo de quase dezoito meses de pandemia, onde, somente no mês de abril de 2020 o número de sepultamentos registrado pela Prefeitura de Manaus superou 2,5 mil óbitos (PMM,2020,p.1),

Durante o primeiro trimestre de 2021 a situação aprofundou-se, em parte, como resultado do relaxamento das medidas de distanciamento social e das festividades natalina e de final do ano, superando em mais de 1.000 o número de óbitos total por covid-19 em 2020, segundo reportagem publicada no Portal do G1 Amazonas em 03.03.2021.

Mellan (2020, p.1) sobre os impactos da pandemia do coronavírus no Brasil, infere que em maio de 2020 o país tornou-se o epicentro da pandemia, ao mesmo tempo em que constatou que a pandemia adentrou no país de forma diferenciada, evidenciando a heterogeneidade de casos, óbitos, gestão da pandemia entre outras.

De acordo com o boletim epidemiológico da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas Dra. Rosemary Costa Pinto (FVS-RCP) datado de 10/10/2021, em uma curva contínua de regressão dos casos de Covid-19 no Amazonas, foi confirmado neste dia apenas 1 óbito, elevando para 13.747 o total de mortes ao longo de dezoito meses de pandemia no estado. Em Manaus, a Prefeitura de Manaus, registrou 2 sepultamentos pela doença no mesmo período. Destes, 9.474 óbitos foram em Manaus, enquanto o interior, contando 61 os municípios, esse quantitativo foi de 4.273 óbitos por COVID-19.

Dos casos confirmados nesse mesmo período, somente Manaus responde por 694.264 casos notificados, e o interior do estado, as notificações chegaram a 554.199 casos, o equivalente a 55,61% dos casos foram notificados em Manaus contra 54,39 % no interior do Amazonas.

Quando o quadro epidemiológico em questão é comparado a estimativa da população do Amazonas de 4.269.995 pessoas em 2021; onde Manaus concentra cerca de 2.255.903 pessoas, podemos inferir que cerca de 30,78% da população foram contaminados pela doença e atendidas em unidades de saúde. Enquanto no interior, esse percentual foi de 27,52% em relação a um total de 2.014.092 de pessoas (SES/AM,2021).

Outros dados informados no boletim foi o quantitativo de 649 (0,15% dos casos confirmados ativos) de trabalhadores com diagnóstico da doença sendo acompanhados pelas secretarias municipais de saúde no Estado do Amazonas até a data de 10/10/2021. Destes, 8 casos suspeitos aguardando diagnóstico e 54 confirmados estão internados em Manaus (26 em leitos clínicos e 28 em UTI) e mais 7 trabalhadores internados entre os municípios do estado.

Neste cenário de guerra contra o coronavírus, é relevante centrarmos nossa atenção aos nossos exércitos inter-regionais que estiveram e continuam a estar na linha de frente no enfrentamento deste agravo, onde milhares de soldados, digo, profissionais de saúde sucumbiram diante da contaminação pelo vírus em prol de cuidar da população infectada, evidenciando, tudo leva a crer, um longo distanciamento entre as garantias das legislações vigente no campo da saúde do trabalhador e as reais condições de trabalho e vida destes profissionais ao longo de suas vidas, com destaque, para o enfrentamento do período pandêmico entre o final de 2019 e 2021.

Ao analisamos os documentos, relatórios, decretos, resoluções, planos, portarias, boletins publicados no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, inclusive, aqueles publicados pela Fundação de Vigilância Sanitária no período entre janeiro de 2020 e outubro de 2021, identificamos uma quase continua ausência de ações voltadas a proteção da saúde do trabalhador de saúde, intercedas apenas pela citação da categoria no plano de imunização contra o COVID-19 em 2021 e grupo de risco assegurados em lei. Foram analisadas 48 portarias, 66 resoluções, 1 ato administrativo, 35 decretos estaduais.

O Protocolo Geral de Prevenção à COVID-19 publicado em outubro de 2021 pela Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas - Dra. Rosemary Costa Pinto, que traz 46 recomendações preventivas baseadas em boas práticas de higiene, limpeza, comportamento e procedimentos elencadas para o grupo enquadrado em toda atividade econômica (FVSRCP,2021, p.6).

Ao analisarmos o relatório de gestão ano base de 2020 publicado pela FVSRCP, identificamos três momentos em que este documento faz inferência aos trabalhadores de saúde. Na página 25, as ações dizem respeito a vigilância laboratorial e estão relacionadas a coleta de amostras biológicas de nasofaringe para a realização de exames de RT-PCR e teste rápido em diferentes postos de atendimentos para profissionais: de saúde, da segurança pública, do sistema prisional e da educação; e a saúde do trabalhador, voltadas para a fiscalização das condições sanitárias da saúde do trabalhador, porém, sem maiores informações, resultados e ou indicadores, ou mesmo condições de saúde advindos por COVID-19.

O documento em questão lista cerca de 213 ações como executadas por esta instituição, destas, verificamos que, menos de 10% dizem respeito ao trabalhador de saúde, porém, elas estão direcionadas a estes trabalhadores como mão de obra e não relacionadas aos cuidados com a saúde dos mesmos. No item 4.5 do relatório, intitulado Vigilância em Saúde do Trabalhador foram descritas algumas ações desenvolvidas por meio do Centro de Referência

em Saúde do Trabalhador – CEREST. Ao analisarmos as mesmas, percebemos que as ações de fiscalizações estão priorizando as empresas privadas e ainda, quando motivadas pelo órgão de controle externos, talvez, objeto de denúncia dos próprios trabalhadores.

Outro ponto a ser considerado é novamente o uso dos profissionais de saúde como mão de obra, agora, pelo próprio CERESTs no trabalho com as notificações compulsórias em saúde do trabalhador, ao invés de visitas rotineira para verificação das condições de trabalho destes trabalhadores nas unidades de saúde estadual e ou municipal, nem mesmo considerando o alto risco de contaminação por COVID-19 enquanto profissionais de linha de frente no enfrentamento da doença.

A atuação, limitada do CERESTs quanto as suas reais atribuições no âmbito da saúde do trabalhador nos instiga a questionar se essa situação é decorrente da falta de recursos humanos para atuar no desenvolvimento das atividades do centro; excesso de demanda; ou, ainda, será em decorrência da falta de percepção do CERESTs de que as instituições públicas de saúde no Amazonas concentram a maioria dos locais onde os profissionais de saúde desenvolvem suas atividades laborais e, expõem-se aos riscos de contágio e acidentes de trabalhos diariamente. Ou melhor, da falta de percepção de que os governos do Estado do Amazonas junto com a Prefeitura de Manaus representam os maiores empregadores destes profissionais; ou mesmo, até que ponto o CERESTs tem autonomia para fiscalizar os próprios aparelhos do Estado e Município.

O Governador do Amazonas, por meio do Decreto 41.126 datado de 26 de março de 2020 transfere as competências e estrutura do CERESTs Amazonas para a estrutura organizacional da Fundação de Vigilância Sanitária do Amazonas. Na contramão do processo de valorização e autonomia do descaso com os os trabalhadores de saúde estadual e municipal, enquanto profissionais da linha de frente considerando o contexto pandêmicoCovid-19, em particular, no Amazonas, o governo do Amazonas publicou o Decreto n.º 42.126, de 26 de março de 2020 transferindo para a estrutura organizacional da Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas, as competências e atribuições estaduais relativas ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST.

Mas, ao analisarmos as ações registradas pela FVS em seu relatório de gestão 2020, nada das principais melhorias previstas no decreto em questão para o CERESTs Amazonas, realmente foi implementada, a não ser o uso dos recursos humanos como mão de obra para atuar no controle da pandemia, porém, sem centrar o olhar e/ou as fiscalizações para as condições de trabalho e do ambiente laboral de trabalhadores de saúde nos equipamentos fiscalizados.

Ao analisarmos as ações previstas, e os pontos para melhoria contidas no Plano Estadual de Saúde do Amazonas para 2020 -2023, mais uma vez, constatamos que o campo da saúde do trabalhador é deixado de lado, não faz parte das preocupações de nossos governantes, mesmo quando apresentadas as considerações quanto a estrutura, organização e ações da atenção primária e básica. Na Vigilância em Saúde, a saúde do trabalhador foi citada uma única vez, mas apenas para inferir sobre a transferência do CERESTs da SUSAM, hoje SES para a FVS.

Ainda, em relação ao Plano Estadual de Saúde, em 2019, o valor destinado a todas as ações no campo de Vigilância em saúde foi de apenas 1%, chama atenção a desproporcionalidade na aplicação dos recursos da saúde nas diferentes áreas e programas: 43% Atenção saúde da população; 42% Apoio administrativo; 10% Assistência farmacêutica; 1% Vigilância em saúde; 4% outros investimentos.

Com todas essas contradições em relação a desproporcionalidade quanto ao uso do recurso da saúde, o relatório destaca que o governo do Amazonas tem investido na saúde percentual muito acima do valor mínimo previsto no texto constitucional. Esse documento, ao analisar da situação de saúde no Estado do Amazonas, destaca aspecto da natalidade, mortalidade. E apesar dos números, o diagnóstico dessa rede de saúde contido no plano, constatamos que no Estado do Amazona as adentrou no contexto pandêmico da COVID-19 com uma rede extremamente defasada no âmbito do atendimento das demandas de saúde cotidiana, básica, quiçá, para o enfrentamento de uma pandemia como a atualmente vivenciada pela população. Isso, envolve tanto a estrutura física, logística, insumos, exames e principalmente, recursos humanos, do médico ao maqueiro.

Em se tratando da força de trabalho, em 2019, a média de médicos para cada grupo de 1.000 habitantes na rede de saúde do Amazonas, incluindo a rede pública e privada e envolvendo todas as especialidades médicas, era de era de 1,17; 1,7 e 0,49 no Amazonas, Manaus, e interior respectivamente Ao considerar o quantitativo de 4.144.597, 2.182.763, 1.961.834 respectivamente de habitantes, segundo informações do SCNES/MS coletado em dezembro de 2019 e na população estimada pelo IBGE em 2019 (SES/2020, p.85).

Quanto aos demais profissionais de saúde (enfermeiros, fisioterapeuta, psicólogo nutricionista, assistente social, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde entre outros), também denominados de profissionais do SUS, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), envolvendo a rede pública e privada no mesmo período eram de 35.358 profissionais. Destes profissionais de saúde que compõe o quadro do SUS, 96% (34.437) são da administração pública; 4% (931) são da administração privada (SES, 2020, p.86).

É preocupante na administração pública o quantitativo de profissionais com vínculo empregatício preconizado dentro do próprio Estado, considerando a constatação de que, dos 34.437, cerca de 21.141 (61,39%) são cargos temporários e ou comisionados. Na rede privada, esse quantitativo é de 116 (12,46%). (SES, 2020, p.86)

A Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas – FVS/AM, órgão estadual onde estar inserido o CEREST Amazonas, responde por um total de 1.680 destes profissionais. A situação é mais crítica quando constatamos uma significativa queda ao longo de cinco anos que o número de cobertura de saúde representado pelos planos de saúde, cujas empresas privadas formam o quadro suplementar. A classe trabalhadora vem perdendo gradativamente o poder aquisitivo, cuja reserva, estava destinada ao pagamento de plano de saúde, sob a perspectiva de, no momento de adoecimento tivesse a garantia de atendimento de qualidade, uma vez que o SUS não atende a todos, contraditoriamente

Conforme o PESA-2020-2023 (Plano Estadual de Saúde do Amazonas), pautado nos registros da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) do Ministério da Saúde, em 2019 o estado do Amazonas ocupou a 16ª. posição entre as demais Unidades da Federação e a 1ª. na Região Norte em relação a Taxa de Cobertura de Planos de Saúde. No mesmo período, Manaus ocupou a 22ª posição entre as capitais brasileiras e a 2ª. posição na Região Norte, ficando atrás apenas de Belém, capital do Pará (p.87).

A população do Amazonas tem uma taxa de cobertura de Plano de Saúde com assistência médica, em média de 14,5 considerando a série histórica dos últimos cinco anos. Em 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019 foi respectivamente na Capital de: 29,7%; 26,7%; 27,5%; 27,2%; 26,9%; Interior, 1 0,9%; 0,8%; 0,8%; 0,7%; 0,8%; totalizando 14,3% 14,6% 14,5% 14,3%,respectivamente (p.87).

O diagnóstico trazido pelo PESA-2020-2023, construído no governo de Wilson Lima já indicava um possível cenário de guerra, caso o Estado fosse impactado pela pandemia Covid-19, cuja as mídias bem como os documentos publicados pelo Ministério da Saúde mostravam preocupação, diante da conjuntura pandêmica, que se lançava como larvas de um vulcão em erupção por diferentes países, ignorando qualquer tipo e forma de fronteira e barreira sanitária.

No Amazonas, o primeiro caso de Covid-19 ocorre em março de 2020, sendo o mês de janeiro de 2021 o marco do colapso do SUS e de sua Rede Suplementar, representado principalmente pelo colapso de seus orçamentos, insumos, recursos humanos, capacidade de diagnóstico entre outros, agravadas por denúncias de corrupção por parte do governo, passando o Amazonas a ser fonte diária de preocupação por parte de países, comunidade científica, veículos de comunicação, governos nacionais e internacionais.

Mas que, contraditoriamente, foi tratado com desdém pelo governo do Brasil, presidente Bolsonaro e Ministério da Saúde, Ministro Eduardo Pazuello, à exemplo do noticiado pelo site do g1.globo.com em 25/01/2021. “Documentos obtidos pelo Ministério Público de Contas indicam que 31 pessoas morreram por falta de oxigênio em Manaus nos dias 14 e 15 de janeiro, quando a capital atingiu o ápice da falta do insumo”.

No campo da Atenção Psicossocial (RAPS), o Amazonas continua a apresentar um quadro crítico e incapaz de atender a demanda na capital. A situação ficou mais grave com o fechamento do púnico hospital da rede- Hospital Eduardo Ribeiro-, que hoje, atendente somente na condição de urgência e para medicalização dos usuários que ali chegam.

A situação não é diferente nas policlínicas e Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) e Policlínicas, cujo número de psiquiatras é insuficiente para a grande demanda de usuários que são encaminhados para essas unidades, cujo resultado, é uma fila quilométrica de usuários “invisíveis” junto ao sistema de regulação, SISREG. São os “invisíveis do sistema, considerando que, estes, chegam cotidianamente a essas unidades de atendimento para marcar a consulta e a resposta é sempre: volte outro dia, não tem vaga no sistema”. Também, o que espera de um quadro de recursos humanos de 34 profissionais médicos psiquiatras para uma população de mais de 4.000.000 no Amazonas, o que equivale a, aproximadamente, 0,034 profissional para cada 1.000 habitantes.

De acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde o Estado do Amazonas já apresentava no ano de 2010 o status da cobertura em saúde mental como regular, baixa, insuficiente ou crítica. Das 27 unidades federativas do país, oito (Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Roraima, Distrito Federal, Goiás e Espírito Santo) acompanhavam esses mesmos status e perfil, afirmando que, entre as regiões brasileira, os estados da região norte permanecem apresentando maior dificuldade na expansão e consolidação de sua rede, considerando suas peculiaridades à exemplo da distância entre os municípios, recursos humanos deficitários, fatores que dificultam esta rede de se consolidar a Rede a nível nacional que se agudiza na região norte (PES/SES, 2020,p.103).

O conjunto da rede de atenção psicossocial no Amazonas envolve a instalação 27 Centros de Atenção Psicossociais nas 09 Regiões em 23 municípios. E de pelo menos um 1 CAPS em cada uma dessas regiões. Em Manaus, a gestão é estadual e são apenas 04 Centros de Atenção Psicossocial –CAPS: 1 CAPS i, 1 CAPS ad III, 1 CAPS II, 1 CAPS III; 05 (cinco) Policlínicas para atendimento ambulatorial, 1 Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro – CPER, com 08 leitos de observação e 20 leitos de internação breve, e mais 08 residências inseridas no Serviço Residencial Terapêutico, sendo que duas residências estão desativadas. Nos demais

municípios, funcionam CAPS nas tipologias I e II, sendo Manacapuru o único município, além da capital, que possui um CAPS AD e um consultório na rua (IDEM, p.104).

De forma geral, a rede de saúde mental e seus equipamentos, em todos os níveis de densidade tecnológica, ainda são incipientes e insuficiente para a própria demanda da capital, apesar de concentrando-se na capital os serviços de saúde mental nessa área, sendo significativo o número de usuários que se deslocam de seus municípios em busca de assistência especializada, seja no nível ambulatorial ou no emergencial, problemática que acaba por deixar excluída desses serviços uma grande parte dos usuários demandante destes serviços, passando estes a formarem a lista dos “invisíveis” no sistema SISREG.

O relatório de gestão do período de 2017 a 2019 continua a evidenciar os mesmos problemas estruturais na rede de saúde mental no Amazonas, onde o estado não conseguiu no período nem atingir as metas inquiridas pelo Ministério da Saúde para o período. O desafio posto para o Amazonas ter sua Rede de Atenção Psicossocial consolidada perpassa pela implantação de serviços, que no mínimo, atendam a legislação.

Na sua totalidade a Rede de Atenção Psicossocial precisa de diversos dispositivos que estão preconizados pela Portaria Nº 1.631/2015, à exemplo da implantação dos leitos aprovada em CIB desde janeiro de 2018, bem como a articulação necessária para a construção de uma linha de cuidado integral à saúde, em resposta a conjuntura atual vivenciada, de uma completa ausência, seja pela insuficiência de serviços, seja pela condição dos serviços especializados atuarem isolados com fluxos e protocolos próprios não integrados à Rede (IDEM, p.104).

Perpassa pela implantação de leitos em saúde mental nos Hospitais Gerais, juntamente com investimentos em estruturas físicas de enfermarias, disponibilidade de recursos humanos qualificados e aquisição de equipamentos. Com o enfrentamento da pandemia COVID-19 no Amazonas, vivenciado a partir de março de 2020, todo o serviço da rede de saúde mental foi impactado, ficando funcionando somente a unidade de urgência localizada no Hospital Eduardo Ribeiro em Manaus, deixando trabalhadores e usuários sob a responsabilidade da família.

Diante do clamor e pressão popular, comunidade científica e meios de comunicação, o governo do Amazonas, por meio da Secretaria de Administração do Estado (SEAD) lança o Plano de Ações em Saúde Mental e Apoio Psicossocial para atender profissionais de saúde que atuam no enfrentamento à pandemia do novo coronavírus (Covid-19).

Quanto ao atendimento específico dos profissionais de saúde, contraditoriamente, a demanda não partia do próprio profissional, mas por indicação das unidades de saúde, indicando para um serviço de vigilância aqueles profissionais que avaliassem possuírem perfil para o atendimento. Contraditoriamente ao afirmado pelo coordenador do plano de ação na SEAD,

senhor, Helione, inexistem cuidados de saúde e condições de trabalho destes profissionais entre eles, o excesso de carga horária, quantidade de profissionais insuficiente para a demanda de pacientes internados nas unidades, falta de EPI, medicamentos e outros insumos.

A força de trabalho na área de psicologia que realizam os atendimentos foi remanejada de unidades de saúde, como Centros de Atenção Integral à Saúde da Criança (CAICs), Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMIs), que tiveram atendimento temporariamente suspenso ou reduzido por conta da pandemia.

Esses mesmos profissionais, além de atender os profissionais de saúde, realizam o atendimento gratuito direcionado à população, por meio do aplicativo Sasi, em parceria com a UEA, visando acolher as ansiedades e tristezas dos cidadãos, em um momento que é necessário lidar, por exemplo, com o luto, além de todo o cenário de mudanças ocasionado pela pandemia.

Numa base montada nas dependências da UEA, reversavam-se mais uma média de 30 psicólogos, cedidos pela SES e mais 20 voluntários que atenderam à chamada do Conselho Regional de Psicologia (RP) para essa ação e que foram direcionados para às chamadas feitas realizadas pela população, em uma base montada na Escola Superior de Ciências da Saúde da UEA, zona sul de Manaus.

Ao nos voltarmos para os resultados da pesquisa a partir dos olhares dos servidores da saúde estadual e municipal, entrevistados sobre as ações desenvolvidas por suas respectivas unidade de saúde durante esses quase dois anos de pandemia covid-19, verificamos que 92% desconhecem se a instituição implementou algum plano específico voltado à saúde do trabalhador durante esse período; ; cerca de (8%) afirmam que sim, que a SES e ou a SEMSA publicou o plano de biossegurança e mas que na unidade somente distribuem os EPIs, que não são suficientes e fazem leitura da temperatura na entrada do plantão.

Ao questionarmos se o plano de biossegurança citado atendeu as necessidades do servidor no campo do direito à vida, 94% continuam a afirmar completo desconhecimento do citado normativo; 6% afirmam que não tiveram acesso ao documento por isso não sabem responder sobre sua efetividade.

Ao solicitarmos para que estes servidores relatassem quais ações no campo da saúde do trabalhador tem sido implementada pela instituição durante o contexto pandêmico Covid-19, 94% informou desconhecer totalmente qualquer ação implementada; 4% informaram as ações que possibilitaram o trabalho remoto e distribuição de EPIs.

Ao solicitarmos para que os servidores avaliassem as ações no campo da saúde do trabalhador implementada pela instituição durante o contexto pandêmico da Covid-19, cerca de 94% afirmaram desconhecer tais ações; 4% avaliaram como regular as ações desenvolvidas pela

unidade de saúde. O resultado da pesquisa nos mostra reiteradas vezes as falácias no campo da saúde do trabalhador no Amazonas, com destaque, no ambiente laboral de trabalhadores (as) da área da saúde estadual e municipal, tendo como pano de fundo a publicação de normativos precários, poucos ilustrativos, desencontro de informações, o não envolvimento dos servidores no processo de tomada de decisões quanto a construção de políticas de saúde voltadas ao servidor na pandemia Covid-19.

Este quadro e cenário não se apresenta como uma especificidade do estado do Amazonas, mas como intrínseco ao cenário e quadro nacional vivenciado pelos trabalhadores de saúde, com destaque, durante o contexto pandêmico vigente.

Na mesma trilha e vestígio, a Fiocruz (2021a) tem reiterado suas preocupações em seus estudos e publicações científicas quanto a crescente e contínua da curva do índice de contaminação de profissionais de saúde, concebendo o problema como altamente relevante no enfrentamento da Covid19 e fator de extrema importância, que, por sua vez, impacta sobre a segurança dos pacientes. Pensar a saúde destes profissionais implica trazer para o centro do debate o quadro de crescente precarização e flexibilização das relações de trabalho no SUS, assim como adentrar na discussão sobre as concepções/dimensões de qualidade do cuidado e a segurança/saúde da categoria de trabalhadores (as) em saúde.

Os riscos de contaminação que esses profissionais incorrem, cotidianamente, durante suas respectivas jornadas de trabalho no equipamento de saúde, o contato com o sofrimento e a finitude da vida, entre outros, tem contribuído para o adoecimento psíquico dos mesmos, aprofundando o nível de sofrimento e compromete o desenvolvimento de suas atividades.

Entre as ações estratégicas da qualidade do cuidado e da segurança/saúde do trabalhador é primordial que sejam incluídas a adesão aos protocolos de manejo clínico, o uso de protocolos de segurança do paciente, as estruturas e processos destinados a proteger pacientes e profissionais de saúde da disseminação do Covid19 no interior dos serviços de saúde, assim como a avaliação e monitoramento do risco de profissionais de saúde pós-exposição ao COVID 19 (FIOCRUZ, 2021a, p.1).

Diante do cenário pandêmico de Covid-19 que vem comprometendo a saúde e a vida da população mundial, sem reconhecer qualquer fronteira geográfica, econômica, política, social e cultural, e os resultados apresentado pela pesquisa, quando comparamos a alguns dos estudos promovidos pela Fiocruz (2021a) compreendemos os sentidos do trabalho concebido pelos trabalhadores de saúde e educação federal no Amazonas para os quais o trabalho passou a significar adoecimento e sofrimento em detrimento do sentido ontológico do trabalho concebido por Marx (2013) como fonte de emancipação, humanização, e de liberdade.

Marx (2010, p.80) lembra que a alienação consubstanciada no processo de compra e venda da força de trabalho torna o homem uma mercadoria e o torna “tanto mais pobre quanto mais riqueza produz, quanto mais a sua produção aumenta em poder e extensão” (MARX, 2010, p. 80). O trabalho emancipado, humanizante e libertador, contrapõe-se ao trabalho na sociedade capitalista que se torna estranho ao homem, natureza, a própria consciência e a vida; um trabalho que onde a produção social da existência é alienadora da constituição essencial do ser humano; ou seja, do trabalho como forma de liberdade, pois, esta é a base fundamental para que o ser humano se constitua como ser social, dominando a natureza de forma a garantir sua existência (MARX,2013, p.258).

O autor explica que, ao converter a natureza em meios de subsistência ou de produção, o homem atua de forma consciente e intencional, controlando e executando sua ação através de seus membros corpóreos contra os elementos da natureza. O homem, a partir do domínio de suas habilidades, desenvolve técnicas através de conhecimentos adquiridos no intercâmbio com meio natural, onde o trabalho é o elemento central e mediador entre o homem e a natureza, participando do processo de humanização deste homem, transformando-se no modelo de toda a práxis social, realizando-se pela relação entre teleologia e movimentos de séries causais, constituindo-se o trabalho no fundamento ontológico do ser social; na protoforma do ser social (LUKÁCS, 2012,p.199; MARX (2013, p. 254).

De acordo com Marx (2013), o trabalho é uma atividade tipicamente humana, porque implica a existência de ação previamente concebida no plano das ideias que orientam a ação a ser efetivada para alcançar um fim estabelecido. Ontologicamente, de qualquer atividade natural desenvolvida por outros seres, somente o homem possui a capacidade de idealizar o resultado final do trabalho antes de sua objetivação. Ao converter a natureza através de sua ação, o faz por meio de sua força física e de sua potência espiritual.

De acordo com os pesquisadores, quase a metade destes trabalhadores acusaram excesso de trabalho ao longo da crise sanitária, com jornadas acima de 40 horas semanais; cerca de 45% precisam ter mais de um emprego para se manter e que 14% da força de trabalho que atua na linha de frente está no limite da exaustão (MACHADO, 2021, p.1).

Os dados da pesquisa, apresentam que 43,2% dos profissionais de saúde não se sentem protegidos ao enfrentar a Covid-19. 23% deles, atribuem seus temores, a falta, escassez e inadequação do uso de EPIs, daí 64% dos profissionais relataram a necessidade de improvisar equipamentos como forma de amenizar os riscos de contágio no ambiente de trabalho (MACHADO, 2021, p.2).

Ao analisar os tipos de transtornos entre s consequências mais graves e prejudiciais na saúde mental desses trabalhadores (as) e por eles indicados no cotidiano estão a perturbação do sono (15,8%), irritabilidade/choro frequente/distúrbios em geral (13,6%), incapacidade de relaxar/estresse (11,7%), dificuldade de concentração ou pensamento lento (9,2%), perda de satisfação na carreira ou na vida/tristeza/apatia (9,1%), sensação negativa do futuro/pensamento negativo, suicida (8,3%) e alteração no apetite/alteração do peso (8,1%) (IDEM).

Outro estudo apresentado por pesquisadores da Fiocruz (2021) junto aos profissionais de saúde em serviços públicos de saúde na atenção primária no Rio de Janeiro nos últimos dois anos, que estão na linha de frente do combate ao novo coronavírus apontou que mais da metade (54,8%) dos participantes da pesquisa referiram sintomas associados à Covid-19 e 24,6% testaram positivo para o novo coronavírus. Para os autores da pesquisa, é evidente a negligência das esferas de gestão municipal e federal na garantia das condições materiais para que os profissionais da saúde atuem plenamente no enfrentamento à pandemia por Covid-19 e tenham garantido o seu direito à saúde (2021b, p.2).

Acrescentamos o estudo de Pfaffenbach et al (2020) sobre a precariedade dos normativos de biossegurança publicados pelo Ministério da Saúde, Anvisa e governos estadual e municipal no Amazonas. Os autores analisaram cerca de vinte documentos técnicos no campo da biossegurança, identificando que 95% não apresentaram detalhamento ou indicação direta das ações práticas para uso de equipamentos de proteção individual; 55% apresentaram informações pouco precisas; em termos de organização visual, 80% tinham ausência de sumário nem síntese das evidências anteriores, mesmo os atualizados, elementos estes que comprometem a qualidade das orientações dificultando a tomada de decisões.

Explicam que o atual cenário epidemiológico provocado pela pandemia de COVID-19 exige que profissionais de saúde adotem atitudes corretas e seguras para sua biossegurança e, em especial, para o uso de equipamentos de proteção individual (EPI). Que as medidas de biossegurança no país vêm sendo instituídas nas três esferas de governo- União, estados e municípios voltados aos profissionais de saúde e ambiente de trabalho, mas que ela vem apresentando-se como insuficientes para o controle da disseminação do SARS-CoV-2 nestes ambientes laborais.

No Amazonas, a situação de saúde fugiu ao controle das autoridades em 2020 e também em 2021, onde somente no primeiro semestre deste ano 5.5% dos casos de contaminação foram de profissionais de saúde pela Covid-19, decorridas, entre outros fatores, falta de equipamentos, inclusive de proteção individual (FUNDAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO AMAZONAS, 2020).

A Covid-19 exigiu uma forte organização de todos os níveis de atenção à saúde, revisando protocolos de organização dos processos de trabalho para atender aos usuários com este agravo, na qual é imprescindível uma adequada comunicação no ambiente de trabalho voltada aos profissionais de saúde e especificidade de seus equipamentos e ambientes laborais no que diz respeito aos cuidados com a biossegurança, principalmente quanto ao uso dos EPIs. Tais medidas e estratégia de ação foi, inicialmente, preconizada pela OMS logo no final do primeiro trimestre de 2020 (MACEDO JÚNIOR, 2020; PFAFFENBACH ET al, 2020, p.94).

É importante destacarmos que as fragilidades das ações e normas de biossegurança emitidas pelo Estado, independentemente do nível de Governo) acabam por expor aos diferentes modos de risco e suscetibilidade ao adoecimento os sujeitos, comunidades ou cidades inteiras (AYRES et al, 2003)

Esses riscos pela exposição irão variar de acordo com a maior ou menor disponibilidade de recursos de cuidado e proteção, neles, incluídos os processos individuais, coletivos e contextuais, as dimensões que mutuamente se inter-relacionam e se conectam na análise panorâmica de uma dada situação de saúde (AYRES et al,2003).

Neste contexto, o estudo de Pfaffenbach et al (2020, p.96), ao detectarem as fragilidades das normas publicadas pelo Estado (federal, estadual e municipal) apontam indícios que podem ter contribuído para o alto índice de servidores que desconhecem esses normativos e ações implementadas por suas instituições.

Ao realizarem uma análise descritiva geral de notas técnicas e outros documentos técnicos sobre biossegurança na Atenção Primária à Saúde publicados pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em relação ao uso equipamentos de proteção individual para o enfrentamento da COVID-19, Pfaffenbach et al (2020,p.96-97) ressaltam que “somente a Nota Técnica GVIMS-GGTES-Anvisa nº /2020 emitida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) apresenta informações precisas”.

No Amazonas, as recomendações realizadas pelos autores, conforme podemos verificar no texto descrito acima, sobre biossegurança no plano de contingência elaborado pela SES orientam a prática de higienização das mãos para a população, mas não mencionam outras medidas de biossegurança para as equipes e profissionais dos estabelecimentos da APS. Apesar de enfatizado o uso de EPI, o plano de contingência apresenta fragilidades ao não especificar itens e formas adequadas de manejo desses equipamentos.

Ao analisarem os documentos supracitados quanto à segurança e à saúde do trabalhador, Pfaffenbach et al (2020) alertam que, ao contrário de publicação pouco precisos, trazendo lacunas no entendimento e, conseqüentemente, dificultando a adoção de práticas seguras no uso

de EPI, os entes federados devem emitir normativos para adoção de práticas seguras à proteção do profissional, independentemente do local de trabalho. Dessa forma, durante a pandemia de Covid-19, a adoção de recomendações do MS pelos entes da federação (estados e municípios) não se mostrou efetiva.

Enquanto isso, em 2020, a Amazônia atravessava uma crise sem precedente, talvez, até mais profunda que a vivenciada durante a Revolta dos Cabanos, entre 1835 e 1840, e, em especial, o estado do Amazonas, e considerando a grave crise econômica, política, social e de saúde esteira favorável e facilitador da rápida propagação do Covid-19 por todos os 62 municípios, o que levou já em 2020 ao evidente colapso da saúde no Amazonas (GARNELO, SOUSA E SILVA, 2017; MENDONÇA, 2020), incluindo neste rol de serviços, o da renda privada.

Nem bem estabilizou o colapso e crise da saúde de 2020, em janeiro de 2021, o Amazonas vivenciou de forma mais profunda outra desta crise, ou seria, mais um ciclo dessa crise, agora, com mais de uma dezena de óbitos em um único dia por Covid-19, porém, agravada, ou talvez, acelerado o óbito pela falta de oxigênio nas unidades de saúde, estrangulamento e colapso da rede de saúde, onde várias unidades de saúde fecharam suas portas por não terem leitos e ou recursos humanos e matérias para atender as dezenas de pacientes que chegaram desfalecidos vivenciaram ou morreram nos braços de parentes, amigos, viaturas de polícia, ou rodavam ou permaneciam por horas dentro das ambulâncias do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) esperando serem atendidos, dificultados pela de leitos

O contexto pandêmico amazônico em 2021, além de vitimar centenas de trabalhadores, em meio a denúncias e prisões de membros do alto escalão do Governo estadual, denúncia e jogo de empurra, empurra entre o governador Wilson Lima e o Ministro da Saúde sob General Pazuello de omissão de socorro ao Amazonas.

Em janeiro de 2022, novamente o Amazonas votou a vivenciar outro período de contaminação considerando o relaxamento das medidas de prevenção por parte do Governo estadual e municipal, descasos de parte da população quanto as medidas de prevenção da doença, a chegada do inverno amazônico (período de chuvas) elevando os casos e síndrome gripais, bem como a identificação dos primeiros casos de contaminação pela variante do coronavírus Delta e ômicron, ambas com potencial poderoso de contaminação e propagação da Covid-19, indicando um novo ciclo de crise e provável colapso na saúde no Amazonas, repercutindo direto e reiteradas vezes na saúde dos trabalhadores e trabalhadoras no Amazonas.

Na Europa o poder de transmissão do Ômicron foi responsável pelo retorno das medidas de restrições rígidas, pelas lotações de hospitais e fonte de stress de profissionais de saúde locais. Contexto pandêmico este que deixa dúvidas quanto ao nosso futuro e da própria

humanidade, diante de um governo federal que, a todo momento se supera no negativismo, boicote a ciência, propagação de *fake news*, incitando a sociedade a naturalizar os números e gravidade da doença e 650.000 mil, mortos no país.

Capítulo 4 O TRABALHADOR ENVELHESCENTE E PREVENÇÃO À VELHICE SAUDÁVEL

Neste momento, estaremos adentrando nas discussões e resultado do estudo quanto a problemática da envelhescência e a velhice e sua influência ou não na saúde desses trabalhadores, suas condições de saúde, envelhescência ou velhice no percurso de pandemia

Covid-19; sua práxis social sobre a prevenção, promoção e cuidados em si para vivenciar/vivenciando uma velhice ativa e saudável.

Buscamos analisar o resultado da pesquisa quanto ao processo de envelhecimento de trabalhadores e trabalhadoras da educação federal e da saúde no Amazonas, de um breve panorama sobre o envelhecimento enquanto uma das manifestações da questão social no país, em particular, refletindo sobre suas envelhescência e ações de sua prevenção.

No campo da saúde, analisamos as condições de saúde, prevenção, promoção e cuidados para os (as) trabalhadores (as) envelhescentes no Amazonas, bem como sua prevenção à velhice.

E por último, buscamos inteirar da práxis social dos entrevistados do IFAM, SES/Am e SEMSA/Manaus, buscando analisar o cotidiano desses(as) trabalhadores(as) e suas implicações com sua saúde, envelhescência e/ou velhice.

4.1 Stuando a envelhescência dos (as) trabalhadores (as) na educação federal e saúde no Amazonas

O problema do envelhecimento populacional leva à reflexão sobre o modo com que as pessoas idosas vivem essa fase da vida, nas políticas públicas que contribuam para a longevidade, saúde e autonomia dos sujeitos.

O Brasil é um paradoxo, enquanto, no mundo o envelhecimento ativo e autônomo é uma política de Estado, aqui, não passa de política compensatória, fragmentada, focalizada e não universalizante, pois apesar de garantida nos marcos regulatórios, não são efetivadas de fato e estendida a todos os cidadãos brasileiros.

Diferentes termos são utilizados para descrever o processo de envelhecimento no qual as consequências negativas da idade avançada possam ser adiadas, tais como: envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento saudável e, mais recentemente, envelhecimento ativo, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O envelhecimento bem-sucedido é indissociável das relações sociais, atividades produtivas, saúde, manutenção da capacidade funcional e autonomia. O envelhecimento saudável está além da ausência de doença, do processo de adaptação às mudanças ao longo da vida, e a manutenção do bemestar biopsicossocial e boa velhice, daí, a importância de identificar as políticas públicas que tem sido implementadas e seu acesso por trabalhadores (as) no Amazonas, atuando preventivamente no envelhecimento cidadã (OMS,2005, VITORINO et al , 2012; BARTLETT; PEEL, 2005).

O relatório de gestão da Secretaria de saúde do Amazonas com base nos dados fornecidos pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) (SES, 2020, p.9), em 2020, o estado do Amazonas possui um total de 1.570.745,69 km² de território atendido pelo SUS, com um total de 4.207.714 de habitantes, e uma densidade populacional por km² de 2,63, não identificando o perfil etário desta população no relatório. O censo demográfico de 2010 (IBGE,2012), apontou cerca de 3.483.985 habitantes, segunda unidade da federação mais populoso da Região Norte.

Desse total, 79% vivem em centros urbanos, a capital, Manaus, que concentra mais de 50% dos habitantes do Estado, distribuídos: 43,8% da população tem idade entre 0 e 14 anos; 52% entre 15 e 59 anos e 4,2% da população são pessoas acima de 60 anos; as mulheres representam 49,7% e os homens 50,3% da população.

O Plano Municipal de Saúde para o triênio 2018-2021 de Manaus traz o perfil etário da população envelhecida com base na estimativa populacional de 2016, onde havia 517.260 pessoas envelhecidas (244.482, homens; 272.778, mulheres), distribuídos no **Quadro 1**:

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
40 a 44 anos	65.812	67.740	133.552
45 a 49 anos	52.660	55.420	108.080
50 a 54 anos	41.610	45.260	86.870
55 a 59 anos	29.914	33.227	63.141
60 a 64 anos	20.377	23.851	44.228
65 a 69 anos	13.347	16.455	29.802
70 anos ou mais	20.762	30.825	51.587
TOTAL	244.482	272.778	517.260

Fonte:SEMSA 2018

O perfil demográfico e expectativa de vida até 2015, na velhice em Manaus era de esperança de vida ao nascer crescer 59 anos, pois, era de 65,9 anos em 1991; 68,6 anos em 2000; 74,5 anos, em 2010; enquanto, no Brasil, a esperança de vida ao nascer era de 75,44 anos, em 2015, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991. Nessa trilha, nos últimos 40 anos, a população de Manaus com idade acima de 60 anos cresceu mais de dez vezes, passando de 10.584 para 108.902 habitantes (IBGE, 2010; SEMSA, 2020).

As ações de Vigilância em Saúde campo da saúde do trabalhador implementada pela SEMSA se limitaram a pontuar que foi criado o CEREST Manaus, área de abrangência, incorporação a RENAST, e suas atribuições no monitoramento de ações de Vigilância à Saúde do Trabalhador, inferindo que cabe ao CEREST Amazonas a implementação (SEMSA,2020).

O relatório de Gestão de 2020/SEMSA/Manaus mostrou significativo crescimento da população envelhecida na capital: 686.001 pessoas envelhecida (318.136 homens; 367.865 mulheres, distribuídos conforme abaixo:

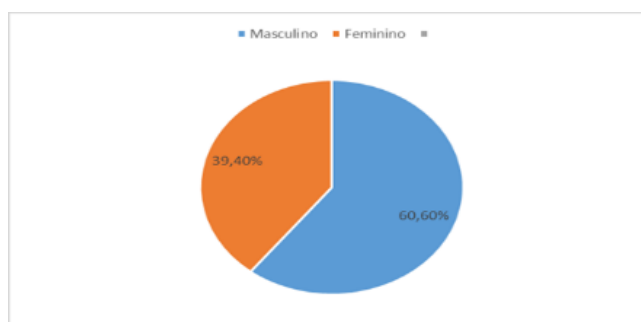
Quadro II Faixa Etária da população envelhecida e de velhice de Manaus

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
40 a 49 anos	143.887	159.774	303.661
50 a 59 anos	94.178	102.921	197.099
60 a 69 anos	52.036	63.222	115.258
70 a 79 anos	20.946	28.778	49.724
80 anos ou mais	7.089	13.170	20.259
TOTAL	318.136	367.865	686.001

Fonte: SEMSA 202

O quadro de pessoal efetivo permanente do Instituto Federal do Amazonas é composto por servidores do Plano de Carreira dos Cargos Técnico Administrativos em Educação com o total de 897 (oitocentos e noventa e sete) e 902 (novecentos e vinte e sete) professores do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico, somando um total de 1824 (mil e oitocentos e vinte e quatro) servidores, sendo: 39,40% mulheres e 60,60% homens (IFAM, 2020, p.30).

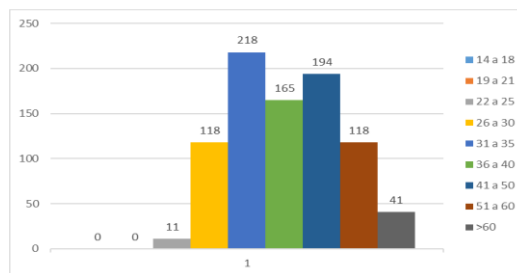
Gráfico I- Servidores por sexo - (TAE e PEBTT)



RG-IFAM-SIAPE dez,2020

Entre o seguimento dos Técnico Administrativos em Educação, do total de 897 (oitocentos e noventa e sete), 53,18 % estão na faixa etária de 36 a 60 anos; e cerca de 4,57% estão com idade acima de 60 anos (IFAM, 2020, p.29).

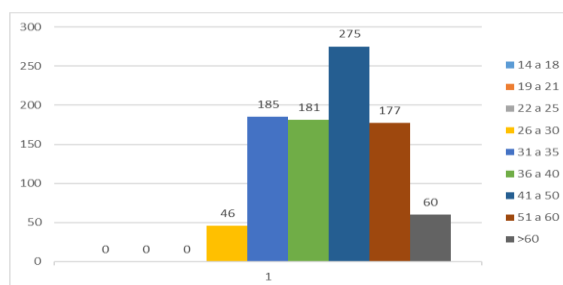
Gráfico II - Distribuição dos servidores por faixa etária - TAE



RG-IFAM-SIAPE dez,2020

Entre o seguimento dos Docentes, do total de 902 (novecentos e dois), 70,18 % estão na faixa etária de 36 a 60 anos; e cerca de 6,65% estão com idade acima de 60 anos (IFAM,2020, p.29).

Gráfico III - Distribuição dos servidores por faixa etária – DOCENTE



RG-IFAM-SIAPE dez,2020

O quadro de pessoal efetivo permanente do Instituto Federal do Amazonas é composto por servidores do Plano de Carreira dos Cargos Técnico Administrativos em Educação com o total de 897 (oitocentos e noventa e sete) e 902 (novecentos e vinte e sete) professores do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico, somando um total de 1824 (mil e oitocentos e vinte e quatro) servidores, sendo: 39,40% mulheres e 60,60% homens (IFAM,2020, p.30).

Conforme o Plano Estadual de Saúde para o triênio 2020-2023, em 2019 a secretaria apontava que os profissionais da saúde que compõe o quadro do SUS são administrados pelas redes pública e privada. Destes, a administração da rede pública representa 96% frente a administração privada que corresponde a 4% (SES/PES, 2020, p.86).

Na rede pública os estatutários representam a maior carga de ocupação chegando a 34.437 postos de trabalhos. Na rede privada a maior ocupação se deve a servidores intermediados por outra entidade com cerca de 931 contratados. As ocupações de cargos temporários e em comissão representam um total de 21.257. Sendo 21.141 administrados por estabelecimentos públicos e 116 pelo privado (SES/PES, 2020, p.87).

A quantidade de servidores públicos da SES e Fundações de Saúde em seu quadro funcional contabilizam um total de 23.989 cargos, sendo 83,01% estatutários, 14,87% com

vínculos temporários, 1,77% comissionados e 0,35% outros vínculos (Tabela 31). Ressaltando que neste total de cargos não estão contabilizados os terceirizados das empresas assistenciais e nem os colaboradores (SES/PES, 2020, p.85).

Em relação ao quadro de trabalhadores de SES/AM, os relatórios publicados pelas secretarias estaduais e municipal de saúde não fazem inferência ao detalhamento etária do quantitativo de trabalhadores, apenas os dados bem gerais. Mas, em relação aos trabalhadores, sujeitos deste estudo, apresentamos seus perfis socioeconômicos no capítulo 3, item 3.2.1.

4.2 Condição de saúde, prevenção, promoção e cuidados para os (as) trabalhadores (as) envelhescentes no Amazonas

Há, pelo menos meio século, o envelhecimento humano fazia parte das preocupações apenas da esfera privada e familiar, emergindo à cena pública, inicialmente, como objeto de políticas previdenciárias, e, por volta dos anos 1960 passou a compor uma das manifestações da questão social e política de maior importância no mundo contemporâneo. Essa conjuntura e status envolvendo o envelhecimento humano foi impulsionado por organização dos idosos e de entidades da sociedade civil que passaram a atuar de forma efetiva em prol de sua causa, principalmente de organizações multilaterais internacionais, que se constituíram em grupos de pressão, fundamentais na transformação da questão do envelhecimento em agenda pública (TEIXEIRA, 2003, p.1).

Mas, afirma a autora, esse processo não foi concretizado de uma hora para outra, de forma instantânea, mas lento e diferenciado ao longo da constituição do Sistema de Proteção Social Brasileiro, diferenciando-se também quanto aos sujeitos ou grupos de pressão envolvidos na luta pelos direitos dos idosos, quanto às respostas estatais dadas e quanto aos significados do envelhecimento.

Enquanto uma das manifestações da questão social, na maioria das vezes é relacionado a uma das mazelas sociais, como sinônimo de problemas sociais. No entanto, assim como qualquer outra manifestação da questão social, caracteriza-se como um fenômeno dialeticamente contraditório que socializa a produção de riqueza e individualiza sua apropriação e acumulação, engendrando profundas desigualdades sociais (TEIXEIRA,2003, p.1).

A existência de pobreza ou de necessidades extremas para as condições de vida dos indivíduos é insuficiente para a compreensão da questão social em sua totalidade, em especial para compreensão de como determinados problemas sociais extrapolam as relações privadas, emergindo à cena pública como objeto de intervenções sociais, de políticas públicas. Com isso,

o processo de generalização e das lutas sociais é visto como ameaça à hegemonia da classe dominante, e no caso do fenômeno do envelhecimento passou a requerer sua inserção na agenda pública dos governos requerente a constituição de políticas públicas voltadas a atender as demandas de um significativo setor da sociedade, enquanto meio para equacioná-los, tornando-o em demanda política, mesmo que implicando em tensões e conflitos.

A Constituição Brasileira de 1988 institucionalizou direitos sociais e, ao fazê-lo, impôs, por via reflexa, os contornos gerais das políticas públicas. Contudo, considerando-se a dimensão democrática do Estado de Direito (Art. 10), cabe frisar que a concretização de tais políticas deve ser submetida à participação dos sujeitos sociais, sob pena de se reeditarem, no país, os malfadados períodos de ditadura (GONÇALVES, 2003, p.17).

Nestes termos, com base na CF/88, segundo a autora, os governos, ao fixarem as políticas sociais, não podem agir com a liberdade dos Leviatãs; muito pelo contrário, devem desfrutar apenas do poder de configurar, de fato, a Constituição, pois ela impõe limites e obrigações ao Estado. Teixeira (2003, p.13) o compromisso do governo, expresso na CF/88 foi resultado da organização dos trabalhadores aposentados e pensionistas, e do forte *lobby* que exerceram pressão no período da Constituinte. Assim, a Constituição de 1988 para ampliar e consolidar direitos à população idosa.

A autora explica que outro importante momento desse compromisso governamental com o envelhecimento foi a criação, em 1994, através da Lei Federal 8.842, da Política Nacional do Idoso, que estabelece como objetivo “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”, finalidades compatíveis com as normas internacionais para o envelhecimento difundido pela ONU e defendida pelo movimento dos idosos.

Entre os princípios básicos, destaca-se que a “família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida”. Somente em 1996, com a pressão interna dos grupos organizados em prol da ampliação dos direitos da categoria de idosos, e sob nova pressão das organizações internacionais, foi assinado o Decreto-Lei nº 1.948, de 3 de julho que regulamenta a Política Nacional do Idoso. (PNI).

O decreto impõe competências dos órgãos e entidades públicas na implementação da PNI, cabendo ao Ministério da Previdência e Assistência Social de coordenar as ações relativas a essa política e de promover articulações inter e intraministeriais necessárias à sua implementação, além de intensificar as relações entre organizações governamentais e não governamentais na prestação de serviços à população idosa (TEIXEIRA,2003,p.14).

O processo de ascensão do envelhecimento à cena pública variou segundo determinadas conjunturas históricas e por meio das lutas sociais. Se no primeiro momento a velhice extrapola a lógica do cuidado familiar e privado, por meio da agenda pública e lutas operárias, constituindo-se a aposentadoria e sistemas de seguros, numa das primeiras formas de intervenção pública sobre a questão social, num segundo momento, a categoria é elevada à cena pública enquanto sujeito político, fundamentado numa rede mundial e nacional de organizações da sociedade civil, lutando por políticas nacionais para seu segmento.

Mas, se o seguimento de idoso exerceu com afincos seu direito enquanto cidadão brasileiro ao longo nas últimas décadas, desembocando na Constituição de 1988, na Política Nacional do Idoso em 1994, Estatuto do Idoso em 2003, entre outros direitos, é relevante entendermos quais tem sido as estratégias que vem sendo implementadas pelos sujeitos trabalhadores envelhecidos da educação federal e saúde estadual e municipal no Amazonas, cotidianamente em relação aos cuidados de saúde no campo da prevenção e promoção preparando-se para vivenciar uma velhice cidadã.

Se até então a velhice esteve relacionada a doença, a partir das últimas décadas, incorporou-se uma nova visão, de um tempo no qual se pode optar com menos constrangimentos pelo rumo que se quer dar a esta última etapa da vida, produzindo dela uma síntese criadora. Essa autoria, para a qual não estão definidos os caminhos a priori, cabe ser inventada, como tem sido feito pelos movimentos construídos por estes sujeitos de direitos, e com certeza, constituindo-se em um bem para a sociedade, ao mesmo tempo em contornos de seus próprios interesses, num mundo cheio de outros poderosos interesses (MINAYO; COIMBRA JR, 2002, P.24).

Condições estas que criam/recriam representações sociais dos indivíduos em suas diferentes fases da vida, à exemplo da velhice e ou sobre todo o processo do sujeito que estar envelhecendo. São inúmeros os estudos realizados em sociedades não ocidentais retratando imagens e histórias de vidas positivas da velhice e do envelhecimento, evidenciando que a representação negativa de velhice não é universal (UCHÔA, 2003, p.851).

Assim, diante da necessidade de identificarmos como os (as) trabalhadores (as) envelhecidos no Amazonas vem se preparando para vivenciar uma velhice saudável procuramos fazer um paralelo entre os resultados obtidos junto aos servidores(as) do IFAM e os da SES e SEMSA, os quais apontaram evidentes situações de fragilidades quanto a qualquer futuro e velhice pautado em prática de promoção e ou prevenção, condições precária de trabalho que não tem contribuído para um envelhecimento ativo, outros, se quer, acreditam em velhice ativa e cidadã, tamanho é a negatividade que exerce o trabalho e o ambiente laboral.

Para a OMS (2005), qualquer projeto de política de saúde deve sistematicamente fornecer informações para a discussão e formulação de planos de ação que promovam um envelhecimento saudável e ativo; deve conceber a saúde a partir de uma perspectiva ampla, resultado de um trabalho intersetorial e transdisciplinar de promoção de modos de vida saudável em todas as idades.

No processo de saúde defendido pela OMS, papel de destaque é concebido aos profissionais da saúde, enquanto protagonistas de sua história, no enfrentamento dos desafios do envelhecimento saudável, e ao mesmo tempo, considerando os idosos enquanto recurso cada vez mais valioso para suas famílias, comunidades e para o país, como afirmado na Declaração da OMS sobre Envelhecimento e Saúde, em Brasília, em 1996 (OMS, 2005, p.4).

Essas idéias nos reporta ao papel do intelectual orgânico defendido por Gramsci (1968) onde o sujeito está inserido completamente autônomo em relação à estrutura social. Mas estão se referindo às pessoas idosas de camadas médias, e não a grande maioria da camada pobre do mundo e do Brasil.

Conforme o autor, cada grupo social é essencial estar envolvido diretamente nas relações de produção hegemônica de uma etapa do desenvolvimento histórico real, nele, cria para si uma ou mais camadas de intelectuais que lhes proporcionam homogeneidade e consciência de sua própria função, não apenas no campo político, mas no social e econômico. Esses “intelectuais orgânicos” mantinham ligação vital com a classe; todos os homens são intelectuais, mas nem todos desempenham a função de intelectual (GRAMSCI, 1968, p.9).

No geral, a nível macro, as ações de promoções e prevenção a serem implementadas pelo IFAM, SES, SES e SEMSA não tem avançado além do campo teórico, quando muito, chegou ao nível de planejamento, não sendo percebida pelos servidores (as), conforme ficou evidenciado na pesquisa imoírca, pois, a maioria dos servidores(as) desconhecem a existência das mesmas, quando muito, indicam, apenas, as campanhas de vacina, prevenção de câncer, conforme poderemos identificar a seguir.

4.2.1- Os servidores (as) do IFAM, SES/AM e SEMSA/Manaus e sua prevenção para a velhice

Ao nos determos ao resultado da pesquisa junto aos trabalhadores da educação federal, saúde estadual e municipal em Manaus, Amazonas, quanto as quais medidas preventivas os mesmos tem realizado, de forma a contribuir para preservar sua saúde no dia a dia, os resultados na educação Federal foram: 75% não pensam nisso; 3% afirmaram manter hábitos saudáveis ; 3% praticam atividade Física ; 6% mantém rotina de lazer em família; 4% possuem

hábito de fazerem exames médicos periódicos; 1% primam por manter uma poupança para a velhice; 7% não abre mão da religiosidade.

Ao questionarmos se estes (as) trabalhadores (as) tem se preparado para vivenciar uma velhice plena e cidadã, 95% que afirmaram que não tem se preparado para a velhice. Na educação Federal 5% afirmaram que sim, quando comparado aos da SES e SEMSA.

Quanto às condições dadas pelo IFAM para que esses trabalhadores desenvolvam suas respectivas atividades laborais, tem contribuído para vivenciar futuramente uma velhice plena e cidadã, na educação Federal o índice de trabalhadores que responderam que não foi de 98%, enquanto que apenas 2% responderam que sim; ninguém nunca pensou nessa relação.

Ao questionarmos sobre qual o impacto da pandemia Covid-19 na vida desses trabalhadores, considerando a perspectiva de um envelhecimento com melhores condições de trabalho, saúde, na educação profissional, 58% afirmaram ter despertado para o cuidar em si; cerca de 22% afirmaram não ter tido nenhum impacto; 17% avaliam que a pandemia ensinou-os a valorizar cada momento da vida; 3% não viram nenhuma positividade.

Esses indicadores até aqui identificados demonstram que a maioria dos servidores entrevistados não tem primado por manter o cuidado em si no dia a dia, despertado em parte durante o contexto pandêmico da Covid-19, trazendo a tona um velho problema, ou seja, a ausência e ou ineficácia da política de atenção à saúde do trabalhador Federal.

Martins et al (2016), ao analisar em que medida o setor público tem avançado no sentido da institucionalização de um modelo integral e participativo de atenção à saúde do servidor, pautado pelos princípios da universalidade, integralidade e participação dos trabalhadores, a partir processo de implantação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público (SIASS) no Município do Rio de Janeiro, entre 2009 e 2016.

Os autores explicam que pressionados por uma agenda internacional, no Brasil, as discussões aparecem com força durante as Conferências Nacionais de Saúde e na pauta dos movimentos sociais e dos trabalhadores, que passam a reivindicar uma política pública direcionada à saúde do trabalhador. Mas, somente em 1993, é criado o Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador – GEISAT com o objetivo de construir uma proposta para normalizar, regular e monitorar as relações de trabalho e saúde dos trabalhadores, incluindo os servidores públicos; e em 2011 é criada a Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho – PNSST, por meio do Decreto Lei nº 7.602, de 7/12/, porém, somente em 2012 é publicada a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT5 (p.1429).

Após a aprovação das políticas públicas supracitadas, o Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG) promove discussões com instituições públicas federais,

representantes de sindicatos e gestores visando à elaboração de uma política específica aos servidores públicos da União, submetidos à Lei nº 8.112/90. Em outra tentativa de estruturar e regulamentar um sistema de proteção social para os servidores públicos, o MPOG, em 2006, cria o Sistema de Saúde Ocupacional do Servidor Público – SISOSP, inicialmente voltado aos servidores públicos civis, mas que cobrisse universalmente todos os trabalhadores em atividade no serviço público federal, mais tarde, constitui-se como Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador – SIASS (MARTINS et al, 2016).

Ao mesmo tempo, segundo os autores, no âmbito federal, avança a mudança de uma concepção restrita à saúde ocupacional para o conceito de Saúde do Trabalhador, definido como expressão do poder dos trabalhadores de ter saúde e tomar em suas mãos o controle de suas próprias vidas, saúde e trabalho, na interdisciplinaridade e participação dos trabalhadores como sujeitos ativos e centrais no planejamento e implementação das ações de transformação dos processos de trabalho.

Mas, conforme os próprios autores, no caso do SIASS/RJ os resultados indicam a necessidade de ampliação do diálogo entre as Políticas de Saúde, Trabalho e Gestão e de uma aliança com os sindicatos e a representação dos trabalhadores no sentido de uma pauta comum que privilegie as ações de promoção e vigilância da saúde, transformando-os em agentes de mudança e mudança dos espaços de trabalho. (p.1437).

Apesar dos avanços significativos na ampliação dos recursos legais para efetivação de uma política de atenção à saúde dos servidores públicos, observa-se que é necessária uma maior articulação com os princípios que orientam a saúde dos trabalhadores, como integralidade, interdisciplinaridade e participação destes as ações de vigilância e assistência e com foco na prevenção e promoção da saúde. Os desafios são de considerarem os problemas relacionados do ambiente do trabalho contemporâneo nos moldes de gestão que perpetuam situações de trabalho precárias, mesmo letais a saúde do servidor (a). (IDEM, 1.438).

Ao questionarmos se os informantes concluíram o ciclo completo da imunização contra a Covid-19, na educação federal, 98% afirmaram ter concluído; 2% afirmaram que não, sem especificar o motivo. Esses dados refletem em toda conjuntura nacional que levou o país a uma verdadeira guerra da vacina contra Covid-19, orquestrada pelos desmandos do presidente Jair Bolsonaro com sérios impactos para a população brasileira, contraditoriamente.

No instituto, assim como em inúmeras outras instituições, vivenciaram os descaminhos dessa guerra, apesar de ter prevalecido a razão e o bom senso, dois grupos se confrontavam nas discussões sobre a quem cabia a decisão de se vacinar, se ao próprio indivíduo e ou Estado obrigar o indivíduo em prol da comunidade em geral.

Em janeiro de 2021 o IFAM perdeu seu reitor e vários outros servidores para a Covid-19, passou por um processo de eleição para um mandato tampão, e, nesse período de campanha, as discussões e debates se intensificaram, lembrando mesmo a Revolta da Vacina” de Osvaldo Cruz no passado longínquo.

No centro do debate estava a discussão também do retorno ou não das aulas presenciais no Instituto, tudo, dentro do pacote a ser discutidos e inclusos ou não em suas agendas enquanto candidatos a reitor. Felizmente, o maior grupo de servidores tinham a opinião de que o setor das atividades acadêmicas poderia ocorrer somente com a total imunização dos servidores e discentes, era do grupo a favor do retorno seguro, decisão esta que foi recepcionada pelo candidato eleito, Professor Jaime Cavalcante Alves.

Decorrido o ano 2021, o IFAM, subsidiado por decisões dos colegiados e Comitê central de biossegurança manteve as atividades acadêmicas no sistema híbrido, tratando a situação quanto ao processo de imunização da comunidade escolar com muita responsabilidade.

Recentemente, em 29/12/ 2021, o Governo Federal, negativista da vacina, publicou, por meio do Ministério da Educação (MEC) no Diário Oficial da União (DOU) um parecer em que proibia o passaporte de vacinação no retorno presencial. Mas, após, partidos de oposição ingressarem com uma ação, no dia 31/12, o ministro do Supremo Tribunal Federal (STF) Ricardo Lewandowski suspendeu a decisão do MEC, justificando que tal decisão feria a autonomia das universidades e ao princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, previstos no Art. 207 da Constituição Federal de 1988, onde as universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial.

A Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-administrativos em Instituições Federais de Ensino Superior do Brasil (FASUBRA) explica que o passaporte de vacinação é uma das resoluções da última Plenária Nacional Virtual da FASUBRA Sindical, realizada nos dias 16 e 17 de dezembro, como condição para o retorno presencial. A plenária também definiu que haja medidas de monitoramento da saúde dos (as) trabalhadores (as) e estudantes, como teste amostrais periódicos para identificar assintomáticos de Covid-19.

Outras medidas de segurança aprovada pela instituição foram a completa imunização (segunda dose) de toda a comunidade universitária; a queda sustentada da curva epidemiológica nacional, estadual e local; a adequação dos espaços físicos das IES atendendo às normas sanitárias de controle de contágio; o escalonamento do retorno seguindo os protocolos de saúde sobre os grupos de risco; e a garantia, para toda a comunidade, de equipamentos de proteção individual, conforme orientado pela ANS; entre outras.

Quanto ao acesso a plano de saúde, na educação federal, apenas 32% informaram possuir plano de saúde; 58% indicaram não possuir por questões financeiras; 10% indicaram não possuírem por valorizar o SUS. Na educação federal, 79% já tiveram acesso a serviços de saúde na rede do SUS; 21% afirmaram que não.

Esse resultado não representa uma novidade do ponto de vista da vivência do cotidiano enquanto assistente social no IFAM, pois, em cerca, de pelo menos uma década, é comum relatos de colegas servidores sobre terem que abandonar o plano de saúde por falta de condições financeiras para mantê-lo, sem que essa opção comprometa o custeio de suas necessidades básicas para sobrevivência.

A educação Federal está sem reajuste desde o ano de 2016, quando foi repassada a última parcela do acordo coletivo assinado, ainda, no primeiro governo da presidente Dilma Rousseff, passando os servidores a serem ignorados durante os governos de Michel Temer, bem como no governo de Jair Bolsonaro, que congelou reajustes por dois anos, mas, contraditoriamente, concedeu aumento em dezembro de 2021 aos policiais federal, gerando insatisfação em todas as áreas do executivo, levando, inclusive, a entrega em conjunto pelos auditores da Receita Federal como protesto a essa decisão do governo em privilegiar a bancada da bala sempre em seu governo.

Em cenário tão adversos vivenciados por nós servidores da educação federais ao longo dos dois últimos governos (Michel Temer e Jair Bolsonaro), o acesso a saúde suplementar por parte dos servidores do IFAM tem ficado cada vez mais difícil considerando a perda do poder aquisitivo dos mesmos no período de 2016 a 2021, onde o reajuste não advém de perdas ocasionadas pela inflação no mesmo período, mas através de diferentes formas de reclassificação: “avaliação de desempenho, remuneração meritocrática, remuneração de incentivo a qualificação, gratificação de desempenho, progressão funcional” (RG/IFAM,2019,P.32).

Destacamos que em 2016 o IFAM contava com 15 campi implantados, em 2019, já são 19 campi implantados, o que, necessariamente, alterou o quantitativo de servidores e conseqüentemente, alterou o valor do orçamento comprometido com despesa de pessoal. E mesmo com todos esses indicadores, podemos verificar no Quadro 20 - Despesa de Pessoal abaixo, que a variação dessa despesa não ultrapassou o percentual de 38,25% no período de 2016 a 2019 (RG/IFAM,2019, p.32).

Quadro III Detalhamento da despesa de pessoal - Quadro 20 - Despesa de Pessoal

Situação Funcional	2016	2017	2018	2019	2020
Ativo	161.802.939,20	200.722.227,02	206.982.511,43	223.103.250,65	*
Inativo	22.354.968,58	26.226.001,06	28.215.035,02	32.749.102,74	*
Pensionista	6.632.838,93	7.466.921,74	7.598.618,42	68.213.732,09	*
TOTAL	190.790.746,71	234.415.149,82	242.796.164,87	264.066.085,48	*

Fonte: Siafi Dez/2019 * -Não informado no Relatório de Gestão 2020.

Sobre a evolução do quantitativo de servidores no IFAM, podemos inferir que o mesmo demonstra o aprofundamento do poder aquisitivo desta categoria ao longo do período de 2016 a 2020 o aprofundamento das precárias condições de trabalho, considerando o excesso de demanda para o quantitativo de servidores, mesmo, após expansão de mais quatro campi no período. Este quadro tem determinado a opção da categoria de cancelar o plano de saúde suplementar, migrar de um plano de maior categoria para menor, migrar de operadora entre outros, em prol de garantir o mínimo para a família.

Apesar do ano de 2016 não estar inserido no gráfico abaixo, destacamos que, ao cruzarmos os dados referente aos anos de 2016 e 2020, evidenciamos que houve um acréscimo de apenas 12 servidores, apesar da expansão e implantação de mais quatro campi do IFAM no mesmo período (RG/IFAM, 2018; 2020).

Quadro IV –Distribuição de pessoal no IFAM -2016 a 2020

Exercícios	Taes	Docentes	Total
2016	816	936	1.807
2017	917	899	1.871
2018	898	944	1.907
2019	870	902	1.772
2020	884	928	1.812

Fonte:Siape Dez/2018;2020

O benefício que dá direito a saúde complementar (plano de saúde) no âmbito do IFAM é de natureza indenizatória, concedido pela União, mediante ressarcimento parcial do valor despendido pelo servidor ativo ou inativo e seus dependentes ou pensionistas, com planos ou seguros privados de assistência à saúde.

Para fazer jus à assistência à saúde suplementar na modalidade de ressarcimento (auxílio de caráter indenizatório), a condição é que o servidor possua plano de saúde na condição de titular, sendo que somente fará jus ao ressarcimento de um plano de saúde.

Na contínua e efetiva desvalorização do poder aquisitivo dos servidores, considerando o não reajuste de seus salários com base, no mínimo, a reposição dos índices inflacionários que ultrapassam somente em 2021, os 10% ano. Enquanto os índices de reajustes dos planos de

saúde, também em 2021, ultrapassaram até os 25%, dependendo da faixa etária e categoria. Para os servidores acima de 59 anos, essa alteração ultrapassa, em muito, esse teto, ficando, praticamente, impossível manter esse serviço, tão significativo para os servidores e familiares.

Quadro V - Resumo de estatísticas de reajustes de planos coletivos (empresariais e por adesão) – jan/2016 a mai/2021, segundo dados publicados pela ANS/Painel de Reajustes de Planos Coletivos:

Porte RN309	Operadoras	Beneficiários	Contratos	Reajuste médio*	Mediana	Média	Desvio padrão	Moda
30+ vidas								
2016	608	19.174.858	64.719	15,05	15,0	17,5	11,0	13,6
2017	625	23.469.865	74.202	13,86	14,8	16,4	11,6	13,6
2018	621	23.726.462	75.799	11,33	13,6	13,9	10,5	10,0
2019	597	23.052.711	72.457	9,99	11,0	12,2	12,0	10,0
2020	560	20.392.051	64.220	7,10	7,9	9,2	10,8	0,0
2021	478	8.662.482	27.212	5,55	7,0	7,6	7,9	0,0
até 29 vidas								
2016	562	3.976.951	749.377	16,94	17,9	17,1	4,9	19,5
2017	566	4.783.154	951.209	16,86	19,2	17,0	5,8	20,0
2018	557	5.132.837	1.068.703	15,64	15,8	15,4	5,6	18,9
2019	537	5.275.653	1.118.765	13,50	13,8	13,7	5,6	18,0
2020	508	5.140.065	1.104.594	11,15	12,2	11,4	9,3	14,0
2021	472	2.281.614	511.894	9,84	9,5	10,0	4,2	14,0

Notas:

Os indicadores estatísticos descrevem a base completa de reajustes informados por contrato, exceto quando indicado em contrário.

Todos os dados estão sujeitos à aplicação dos filtros disponíveis no cabeçalho do relatório.

O ano de 2021 reflete os comunicados referentes a reajustes aplicados até maio de 2021.

(*) *Média ponderada ou Reajuste médio* refere-se à média dos percentuais de reajuste ponderados pela quantidade de beneficiários atingidos pelo reajuste no mês de início de sua aplicação, excluindo-se valores atípicos (outliers) por boxplot 1,5xIQR e negociações de reajuste com alteração de fator moderador.

De acordo com a ANS, o gráfico Distribuição de Beneficiários por Percentual de Reajuste acima ilustrado mostra um retrato dos percentuais de reajustes aplicados aos planos coletivos em 2020 – considerando os contratos de planos coletivos em geral (empresariais e por adesão, com até 29 vidas e com 30 vidas ou mais). Pode-se observar que a barra maior está em zero, o que significa que a maior incidência de percentuais aplicados aos contratos coletivos no ano passado ficou no intervalo entre 0% e 1%.

Segundo o gráfico, os percentuais de reajustes ficaram distribuídos em 2020 entre os beneficiários de planos coletivos: 2,14% dos beneficiários tiveram reajustes negativos até -

15%; 12,98% tiveram reajustes entre zero e 1%; 48,39% tiveram reajustes a partir de 1% até menos de 10%; 36,49% tiveram reajustes entre 10% e 28%.

A síntese estatísticas descritas no gráfico possibilita uma visão geral dos reajustes aplicados ano a ano aos contratos com 30 vidas ou mais, onde o índice é definido em livre negociação entre as pessoas jurídicas contratantes e operadoras, e com até 29 vidas, para os quais vale a regra do agrupamento de contratos.

Para os que conseguiram manter seus planos nesses dois anos de pandemia, sente a dificuldade na prática, de acesso a estes serviços considerando as inúmeras condicionalidades impostas pelos planos de saúde, atraso no repasse as prestadores de serviço que levou a suspensão de serviços pela unidade de saúde privada, e até o colapso da rede de saúde em 2020, 2021 e 2022, onde algumas unidades de saúde da rede privada publicaram avisos informando sobre a impossibilidade de atendimento devido a terceira onda do Covid-19 e a super lotação de suas unidades. Essa conjuntura pandêmica e da saúde podem ser observadas em algumas manchetes de alguns jornais eletrônicos em 2020, 2021 e 2022, descrevendo o caos da saúde no país e em particular, no Amazonas.:

Saúde beira o colapso com fim de vagas de UTI- Com o aumento dos casos de Covid-19, Manaus se aproxima de um novo colapso na saúde. Pelo menos três hospitais privados da capital já divulgaram lotação máxima de seus leitos para tratamento da doença (D24, 2020, p.1).

Com hospitais particulares em colapso e sistema público ...<https://www1.folha.uol.com.br> > 2021/03 > com-hospit... 15 de mar. de 2021 — O colapso da rede privada de saúde em Belém está aumentando a pressão ... por oxigênio, para evitar o cenário visto no Amazonas em janeiro (FOLHA,2021)

Os cenários de um colapso generalizado na saúde do Brasil. UTIs públicas e privadas atingem seus limites em várias partes do país. Para especialista ouvido pelo 'Nexo', melhora na situação depende da diminuição na transmissão comunitária, fev,2021(NEXOJORNAL,2021).

A situação do sistema de saúde de Manaus se deteriorou ainda mais nos últimos dias e atinge pacientes internados com Covid-19 e, também, com outras doenças. De acordo com informações obtidas pela reportagem do **Correio** junto a fontes ligadas ao serviço de saúde, um novo plano de ação foi adotado na cidade de 2 milhões de habitantes. Segundo as novas regras, pacientes que cheguem às unidades de saúde em estado terminal ou com situação considerada irreversível não serão mais enviados à Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A regra vale tanto para pessoas acometidas por Covid-19 quanto para outras doenças, como câncer e problemas cardíacos. No interior do estado do Amazonas, a situação se repete, mas os pacientes sequer são enviados à capital.

Internações por Covid cresce 856% nos primeiros 22 dias de janeiro deste ano. MANAUS – A variante ômicron, a mais transmissível das mutações do coronavírus surgida até o momento, ocasionou aumento no número de casos e internações hospitalares no Amazonas e em Manaus em 2022. O ano começou com 61 pacientes em leitos, UTIs ou salas vermelhas (para cuidados intermediários), e aumentou, dia a dia. Em 20 de janeiro o número de internados passou de 500 pela primeira vez na capital. Os três últimos boletins epidemiológicos diários divulgados pela FVS (Fundação em Vigilância de Saúde do Amazonas) revelam ocupação acima de 500 vagas. Na quinta-feira (20) foram 532 pacientes internados; na sexta-feira (21) aumentou para 558; o mais recente, de sábado (22), indica 583 acometidos por Covid. Um aumento de 856% comparado com os números de 1º de janeiro.[...]. Na rede pública eram 48 internados, sendo 29 em leitos clínicos, 18 em UTI e 1 na sala vermelha. Outros 13 pacientes estavam em hospitais particulares – 8 em leitos e 5 em UTI. [...]. Foram 106 ocupações hospitalares, 85 em estabelecimentos públicos e 21 em privados. Dias 14 e 15 de janeiro as internações passaram de 200. Seguindo a linha de crescimento de casos e hospitalizações, dias 16 e 17 os internados foram acima de 300. E nos dias 18 e 19 superaram a marca de 400 pacientes. Os números divulgados no dia 22 apontam 583 pacientes internados com a doença, na capital. Entre os hospitais públicos são 500 pessoas – 401 em leitos, 70 em UTI e 29 na sala vermelha. Na rede privada são 83 pessoas, 61 em leitos e 22 em UTI (AMAZONASATUAL,2022).

Os resultados da pesquisa junto aos trabalhadores da saúde estadual e municipal no Amazonas, quanto as quais medidas preventivas os mesmos tem realizado de forma a contribuir para preservar sua saúde no dia a dia, os resultados foram: 83% não pensam nisso; 5% possuem hábito de fazerem exames médicos periódicos; 4% mantém rotina de lazer em família; 2% afirmaram manter hábitos saudáveis ; 1% praticam atividade Física ; 1% primam por manter uma poupança para a velhice; 4% não abre mão da religiosidade.

Na contemporaneidade, o processo de envelhecimento tem se consolidado como uma tendência mundial, enquanto fenômeno multifacetado, complexo e heterogêneo e contraditório, pois, se por um lado constitui-se em avanço social, por outro, não se consolida para grande maioria, em alguns países de capitalismo periférico, como o Brasil

De acordo com Beauvoir (1990), Haddad (2001), Teixeira (2008; 2017) e Paiva (2014) a velhice constitui-se uma produção social, resultante de um longo e prolongado processo ocasionado também pelas condições objetivas de vida e trabalho, segundo condicionantes e determinantes sociais, que exigem uma compreensão da velhice de forma ampla, a partir da posição de classes, aspectos psicológicos, culturais, genético-biológicos, onde estes atuam na criação de diferentes modos como se envelhecem.

Sobre como esses trabalhadores têm se preparado para uma velhice plena e cidadã, 97% afirmaram que não; só cerca de 3% afirmaram que sim. Em relação as condições dadas pela instituição para que esses trabalhadores desenvolvam suas respectivas atividades laborais,

tem contribuído para vivenciar futuramente uma velhice plena e cidadã, o índice dos que responderam que não foi de 98%, e, apenas 1% responderam que sim, e 1% informou não acreditar em velhice plena e cidadã; nenhum trabalhador havia pensado nessa relação.

Em relação aos impactos da pandemia covid-19 na vida desses trabalhadores, considerando a perspectiva de um envelhecimento com melhores condições de trabalho, saúde, 68% afirmaram ter despertado para o cuidar em si; 19% indicaram que a pandemia ensinou a valorizar cada momento da vida; cerca de 12% afirmaram não ter tido nenhum impacto e 1% ficaram indiferentes, sem especificarem qualquer outro indicador.

Ao refletirmos sobre os resultados acima, lava-nos a reiterar que envelhecer é viver, ou seja, para Canguilhem (2000, p. 98), viver a vida enquanto polaridade dinâmica, enquanto uma capacidade de instituir normas para reagir à destruição (morte). Tal capacidade denomina-se “normatividade”. É o germe da vida; viver é ser normativo, constituindo-se a qualidade de vida necessariamente em viver a normatividade biológica em sua plenitude.

Mas, ao refletirmos sobre os aspectos positivos e negativos do trabalho na vida do homem, necessariamente, perpassa por conceber a Marx (1988,p.658), superação da unilateralização do homem pela omnilateralização, nesse processo, recai sobre a propriedade privada a responsabilidade por transformar o homem obtuso e unilateral a partir da divisão do trabalho que cria a unilateralidade e todos seus aspectos negativos; enquanto a omnilateralidade, é intrínseca a todos os atributos da humanização.

Marx e Engels (1980); Marx, 1985, p.232), inferirem que a formação do homem é inseparável da história do movimento operário, intrínseco ao papel do trabalho na transformação social e do pleno desenvolvimento humano. Apesar de referirem-se ao movimento operário, o locus da reflexão é o local de suas atividades laborais, fato de aproximação entre os estudos de Marx e o presente estudo, pois, a base de exploração do trabalhador é o modo de produção capitalista.

Na mesma trilha metodológica desenvolvida pelo autor, foi possível entendermos, descortinar lastros, vestígios e rituais responsáveis pelo processo de degradação física e intelectual de trabalhadores e trabalhadoras da saúde e da educação, com destaque na compreensão do processo ideológico sustentado pelo fetichismo e chave para a compreensão do seu humanismo na concepção marxista, cujos indicadores foram estes apresentados acima. A “essencial verdade da vida” é a de que ela “é um sistema instável no qual, a cada instante, o equilíbrio se perde e se reconquista” (MARX, 1985, p.17)

A velhice é uma realidade que transcende a história, não é menos verdade que esse destino seja vivido de maneira variável, de acordo com as condições materiais de produção e

reprodução social, que imprimem um estatuto social à velhice, ou estatutos diferenciados, conforme as classes, status e hierarquias sociais.

Todavia, muito embora seja a velhice, na sua qualidade de destino biológico, uma realidade trans-histórica, ainda assim subsiste o fato de que este destino é vivido de maneira variável, segundo o contexto social. Que a diferenciação das velhices individuais ainda tem outras causas: saúde, família etc. São, entretanto, duas categorias de velho, uma extremamente ampla e outra restrita a pequena minoria, e criada pela oposição de exploradores e de explorados (BEUAVOIR, 1990).

Nesse sentido, Louvison e Rosa (2012), explicam que a expressividade do aumento populacional e, conseqüentemente, a sobrevivência do velho trabalhador são marcadas por expressões da “questão social” que acompanham outros segmentos etários, o que redobra a dificuldade em dar respostas adequadas às necessidades do segmento idoso, que carrega histórias de vida marcadas pelas mazelas geradas pelo sistema de exploração do trabalho.

Silva (2016) aponta que o prolongamento da vida do ser humano traz à cena pública a realidade do envelhecimento e a pessoa idosa como sujeito de direitos e demandando investimento em políticas públicas, impondo alteração na agenda pública do Estado. Essa conquista articula direitos ao segmento social formado pelas pessoas idosas cuja condição de cidadania necessita ser assegurada e realçada, especialmente em países como o Brasil, que por não fundamentarem a convivência social em padrões de civilidade (SANTOS, 2016).

Como parte da estratégia do capital, à exemplo de outras formas de manifestação da questão social, há uma cultura de transferência das responsabilidades, por um envelhecimento dito saudável, para o indivíduo, a família e a sociedade, omitindo a desresponsabilização estatal. Este não pode vitimizar mais, ainda, este seguimento da população que vem dando a vida ao processo produtivo que sustenta a sociedade do capital (Santos, 2016). Antunes (2006), adverte sobre a necessidade de uma nova sensibilidade, capaz de valorizar a pessoa idosa, possível por meio da demolição das barreiras estabelecidas pela ordem do capital.

Tanto junto aos servidores do IFAM como entre os da SES/AM e SEMSA/Manaus, ao questionarmos se os mesmos concluíram o ciclo de imunização contra a Covid-19, a maioria, 97% , confirmaram ter concluído o ciclo vacinal; 2% informaram faltar a dose de reforço, aguardando o prazo dado pelo MS para a imunização desta dose; 1% respondeu que não, sem informar o motivo.

Dominguez (2021, p.6) ao referir-se a guerra das vacinas, ao negativismo do governo brasileiro Jair Bolsonaro e a politização da vacina, e o litígio com o governo paulista João Doria que levou ao retardamento do acesso a vacinação pelos cidadãos brasileiros. Explica que

enquanto no continente americano, cerca de 36 países receberão vacinas por meio do Covax — 26 pagando por elas, 10 por doação. Mas, o Brasil optou pela cota mínima, contratando 42,5 milhões de doses por R\$ 2,5 bilhões, quantidade de imunizante para apenas 10% da população. Enquanto para a maioria da população brasileira e científica, “a chegada das vacinas está dando a todos nós um vislumbre da luz no fim do túnel (DOMINGUEZ, 2021,p.6).

No Amazonas, na possibilidade de chegada de uma nova onda da doença, é preocupante termos profissionais de saúde que trabalham direto na linha de frente da doença nas unidades de saúde, que não somente expõe a sua saúde, como também dos usuários que são atendidos pelo servidor, situação conflitante que reflete a forte questão ideológica no país.

Mas, questões ideológicas jamais devem sobrepor-se ao direito a vida das pessoas que optaram por imunizarem contra covid-19. Tais questões refletem, segundo Maciel (2021), a postura negacionista que permeou os mais de vinte meses do vírus no país, acrescida da falta de controle incisivo e uniformidade na condução da pandemia por parte do governo Bolsonaro.

Enquanto para os servidores do IFAM houve redução no acesso a plano de saúde, 100% dos servidores da saúde declararam recorrerem ou já terem recorrido aos serviços subsidiado pelo SUS, apesar de 49% inferiram possuir plano de saúde, e de 51% os que informaram não possuir, por não possuir condições financeiras.

Em relação a esses indicadores, o diferencial entre os servidores (as) que afirmaram possuir plano de saúde fica por conta dos servidores da SEMSA, pois são beneficiários do plano MANAUSMED, que mudou a razão social em 2018 para SERMED, com custo de aproximadamente 3% do salário/subsídio mensal. Esse valor não é alterado conforme o quantitativo de dependentes.

Há de se destacar, ainda, que, no caso dos servidores da SEMSA, a oferta do plano de saúde institucional ocorre no mesmo momento da posse do servidor, que deve ficar atento as documentações que lhes são oferecidas para assinar. Pois, mesmo tendo uma cadeira e já tendo aderido ao plano de saúde, é indicado a adesão sob a justificativa de que terá que contribuir nas duas cadeiras/matrículas, o que é um equívoco, somente resolvido posteriormente, depois de muitos questionamentos escrito a Manausmed, e já lhe tendo sido descontado o valor por todo os meses de litígio.

Mas, contraditoriamente, a Constituição de 1988 a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) universaliza o atendimento à saúde, inserindo em seu bojo, a saúde do trabalhador, e complementarmente, são criadas as Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho – PNSST, por meio do Decreto Lei nº 7.602, de 7/12/2011 e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT em 2012 (MARTINS et al,2016).

Desta forma, entende-se que o(a) trabalhador (a) da saúde municipal de Manaus vem sendo tributado duplamente, pois já contribui a partir dos percentuais da folha de pagamento e outras fontes indiretas de arrecadação inerentes ao consumo enquanto cidadão, e é induzido a pagar um plano médico institucional por um serviço, que por força de lei, é público e deve ser prestado pelo Estado e pelo próprio município, no caso, a SEMSA, que, como já evidenciando ao longo deste estudo, não cumpre com os normativos federais no campo da saúde do trabalhador previstos na Lei nº 8.080/90, PNSST e PNSTT.

E, contraditoriamente, os trabalhadores de saúde, mesmo trabalhando com os serviços de saúde, são “obrigados” a manter plano de saúde institucional, pois, a exemplo da maioria dos trabalhadores no Amazonas, não conseguem ter retorno de suas demandas de saúde por parte do estado. E muitas vezes, nem com apoio do plano de saúde em questão, garante o atendimento de suas demandas dentro do espaço temporal devido, o que nos leva a questionarmos, qual a real finalidade da SEMSA “obrigar” seus servidores a aderirem a Manausmed com demandas que deveriam ser resolvidas pelos serviços de saúde municipal? Será que o serviço disponibilizado pela SEMSA a população não estaria a altura de seus próprios servidores? Estaríamos de frente do velho ditado “casa de ferreiro, espeto de pau”

No geral, evidenciamos que, tanto a IFAM como na SES e SEMSA, quase que maioria absoluta aponta que os (as) servidores (as) não têm tido a preocupação em prevenir-se para uma velhice saudável, apesar de terem consciência dessa necessidade, as condições de trabalho, social, familiar e econômica não tem possibilitado.

Identificamos também que existe uma pequena minoria de servidores (as) nos três entes federativos público alvo deste estudo que não acredita nem em velhice cidadã tamanho tem sido as diferentes situações de stress ao longo de suas vidas na sociedade, responsável por este sentimento e percepção negativa do envelhecimento, ou mesmo, de pensar qualquer possibilidade de envelhecimento para os mesmos.

4.3. Práxis social dos (as) trabalhadores e trabalhadoras ativos quanto sua prevenção, promoção, cuidados e suas condições de vida para vivenciar, no futuro, uma velhice cidadã no Amazonas

Mas, o que é práxis? Seja no campo teórico ou empírico. Qual sua relação com o fazer profissional dos trabalhadores na administração pública federal, estadual e municipal e os seus processos de envelhecimento para vivenciar uma velhice cidadã? O fazer profissional é desenvolvido de forma consciente objetivando para além de garantir recurso financeiro e ou

estabilidade no trabalho, com fins na sua saúde, na vivência plena de suas capacidades biopsicossocial, autonomia, liberdade, como fonte de motivação e realização pessoal?

Marx (1985), explicita que o trabalho é qualitativamente potencial, constitui-se numa atividade vital que expressa os poderes e capacidades do homem. Representa o processo pelo qual o ser humano por meio de sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza, atuando sobre ela, modificando-a, ao mesmo tempo que modifica sua própria natureza, enquanto condição da atividade humana. O “trabalho” é ação suprema, objeto principal da vida do indivíduo em determinadas condições históricas da divisão do trabalho, e não dissociado de ideologias e alienação do próprio homem.

Nesse processo, Marx (1965) aponta que é o próprio homem, sua essência é a sua atividade prática, concreto e empiricamente dada sob certas condições vitais e historicamente determinadas. É um ser ativo e criativo, não sendo a consciência a determinar a vida, mas, ao contrário, ou seja, a vida que determina a sua consciência, constituindo-se na práxis humana.

O conceito de práxis é anterior à filosofia marxista, em Aristóteles, mas a partir de Marx (1985, p.202) o termo ganhou centralidade no materialismo histórico. Constitui-se na atividade humana prático-crítica, intrínseca a relação entre o homem e a natureza. Concebe o trabalho como exemplo de práxis, enquanto atividade social consciente visando superar obstáculos e de forma mediata ou imediata de transformação do mundo. O “modo pelo qual as pessoas manifestam suas vidas refletem muito exatamente o que elas são” (MARX, 1965, p.15).

Nas formas ulteriores e mais desenvolvidas da práxis social estar a ação humana sobre outros homens, cujo objetivo é, em última instância, uma mediação para a produção de valores de uso. A obstinada imbricação de conceitos com representações mágicas e míticas, que, historicamente, mostra como, na consciência dos homens, o agir finalisticamente necessário, sua correta preparação no pensamento e sua execução podem dar origem continuamente a formas superiores de práxis que se misturam com falsas representações acerca de coisas que não existem e são tidas como verdadeiras e como fundamento último (LUKÁCS,2013, p.62).

A consciência relativa às tarefas, ao mundo, ao próprio sujeito, brota da reprodução da própria existência (e, junto com esta, daquela do ser do gênero), como instrumento indispensável de tal reprodução; torna sempre mais difusa, mais autônoma, e, no entanto, continua ineliminavelmente, embora através de muitas mediações, em última análise, um instrumento da reprodução do próprio homem (IDEM)

Nessa dupla relação de vínculo e de independência também aparece um problema importante que a reflexão humana, a consciência e a autoconsciência da humanidade constantemente tiveram que se colocar e resolver, no curso da história: o problema da teoria e

da práxis .A coexistência ontológica entre teleologia e causalidade no comportamento laboral (prático) do homem, e só neste, tem por consequência que, no plano do ser, teoria e práxis, dada a sua essência social, devem ser momentos de um único e idêntico complexo do ser, o ser social, o que quer dizer que só podem ser compreendidas de modo adequado tomando como ponto de partida essa inter-relação (IDEM).

No trabalho, nos seus atos que transformam a causalidade espontânea em causalidade posta que temos exclusivamente uma inter-relação entre o homem e a natureza e não entre o homem e o homem ou, entre o homem e a sociedade, o puro caráter cognitivo dos atos está preservado de modo menos alterado que nos níveis superiores, nos quais é inevitável que os interesses sociais intervenham já no espelhamento dos fatos (LUKÁCS,2013).

Quanto às conexões mais mediadas, o trabalhador pode até ter as representações mais errôneas; o que importa é que haja um espelhamento correto dos nexos mais imediatos, ou seja, que aquelas representações não atrapalhem o sucesso do processo do trabalho (relação entre trabalho primitivo e magia). Contudo, enquanto o espelhamento está orientado para generalizações, aparecem inevitavelmente problemas que também dizem respeito a uma ontologia geral. E por mais que esses problemas, no que concerne à natureza, em seu genuíno ser-em-si, sejam totalmente diferentes e neutros em relação à sociedade e às suas necessidades, a ontologia elevada ao plano da consciência não pode ser neutra diante de nenhuma práxis social, no sentido mediado pelo qual a temos investigado (LUKÁCS,2013).

A estreita vinculação entre teoria e práxis tem como consequência necessária que esta última, nas suas formas fenomênicas sociais concretas, encontre-se amplamente influenciada pelas representações ontológicas que os homens têm a respeito da natureza. Pois, o trabalho é orientado em sentido teleológico e por isso o interesse na realização do fim posto se revela aqui de maneira mais penetrante. Todavia, é no trabalho, nos seus atos que transformam a causalidade espontânea em causalidade posta, justamente por que nele ainda temos exclusivamente uma inter-relação entre o homem e a natureza e não entre o homem e o homem ou entre o homem e a sociedade, que o puro caráter cognitivo dos atos está preservado de modo menos alterado que nos níveis superiores, nos quais é inevitável que os interesses sociais intervenham já no espelhamento dos fatos (IDEM,)

O caráter dialético do trabalho enquanto modelo da práxis social é dado em função de suas formas mais evoluídas, apresenta muitos desvios com relação ao próprio trabalho, pois, este é a forma fundamental, mais simples e clara dos complexos cujo a dinâmica forma a peculiaridade da práxis social. Traços específicos do trabalho não podem ser transferidos diretamente para formas mais complexas da práxis social; o trabalho realiza materialmente a

relação radicalmente nova do metabolismo com a natureza, ao passo que as outras formas mais complexas da práxis social, na sua grandíssima maioria, têm como pressuposto insuperável esse metabolismo com a natureza, esse fundamento da reprodução do homem na sociedade. (LUKÁCS,2013).

Do ponto de vista do sujeito, o agir determinado a partir de um futuro definido é um agir conduzido pelo dever-ser do fim. O pôr da causalidade consiste precisamente em reconhecer aquelas cadeias e relações causais que, quando escolhidas, influenciadas, de modo adequado, podem realizar o fim posto; e, que o processo de trabalho nada mais significa do que esse tipo de atuação sobre relações causais concretas com o objetivo de realizar o fim. Por meio desse processo surge uma cadeia contínua de alternativas e como a decisão correta a respeito de qualquer uma delas é determinada a partir do futuro, do fim que deve ser realizado. A correção ou a falsidade, qualquer decisão que se refere a uma alternativa do processo de trabalho, pode exclusivamente ser avaliada a partir do fim, de sua realização (IDEM).

Desse modo, a essência ontológica do dever-ser no trabalho dirige-se ao sujeito que trabalha e determina não apenas seu comportamento no trabalho, mas também seu comportamento em relação a si mesmo enquanto sujeito do processo de trabalho. Este, no entanto, ao fazer tais considerações, é um processo entre o homem e a natureza, é o fundamento ontológico do metabolismo entre homem e natureza. Essa constituição do fim, do objeto, dos meios, determina também a essência do comportamento subjetivo. E, do ponto de vista do sujeito um trabalho só pode ter êxito quando realizado com base numa intensa objetividade, e a subjetividade, nesse processo, tem que desempenhar um papel produtivamente auxiliar (IDEM).

A partir das discussões críticas sobre a categoria práxis social, nos deteremos a neste item do estudo a proferir as análises dos relatos e histórias de vida dos trabalhadores e trabalhadoras da educação federal e saúde estadual e municipal no Amazonas em relação a suas práxis na vida cotidiana visando uma velhice plena e cidadã após seu processo de aposentadoria, indagando sobre: seus históricos de suas condições de trabalho e saúde ao longo de sua vida e anterior a pandemia covid-19.

Foram selecionados 08 servidores(as) entre os que responderam os formulários para falarem sobre suas histórias de vida quanto aos cuidados em si para vivenciar uma velhice plena e cidadã com independência biopsicossocial e financeira; do cuidar de si e imunização como hábito intrínseco ao seu dia a dia, ou despertou a partir do contexto pandêmico, diante do eminente perigo de morrer; sobre se seus processos de trabalho ao longo de sua vida, em algum

momento, fizeram com que eles refletissem sobre a velhice; de seus sentimentos de cuidar dos outros diante, talvez, de sua invisibilidade.

Em síntese, este ponto do estudo visa identificaremos as condições de trabalho e saúde dos (as) trabalhadores (as) não somente ao longo de quase dois anos de pandemia covid-19, além disso, pretendemos trazer a tona rastros, vestígios, trilhas de hábitos e ações cotidianas que evidenciem suas práticas no cuidado de si em ambiente laboral ou não para vivenciar uma velhice plena e cidadã.

4.3.1- A Práxis social dos servidores do IFAM, SES/AM e SEMSA/Manaus

Ao analisarmos as histórias de vida trazidas pela pesquisa a partir dos relatos dos (as) trabalhadores (as) dos três entes federativos, de suas práticas, históricos, condições de trabalho e saúde ao longo de sua vida e anterior a pandemia Covid-19, reiteraram-se relatos que demonstram vivência de trabalho precarizado e condições desfavoráveis a vivenciar qualquer futuro de uma velhice ativa e cidadã.

Mas, ao mesmo tempo, evidenciamos que a maioria destes trabalhadores (as), apesar de afirmarem não terem tido muito tempo para manter hábitos saudáveis, relatam ações e reflexões resilientes, de prática de não entregamento a uma finitude trágica, acreditam em dias melhores estão por vir.

Outra evidência foi a de que, apesar da faixa etária ser diferenciada, os relatos possuem a mesma estrutura quanto as condições não adequadas de trabalho e seus impactos na saúde dos mesmos, sendo maior o impacto no desenvolvimento de agravos ligados aos fatores psíquicos, e físico, à exemplo do LER e transtornos de ansiedade.

É importante reiterarmos que, em relação aos servidores (as) do IFAM, docentes e TAEs relatam adoecimentos em percentuais semelhantes, considerando que entre os docentes tem, pelo menos, uma carga horária de aulas, na maioria das vezes, menor que sua carga laboral mensal na instituição, e, ainda, são incorporadas como pesquisa extensão.

Enquanto aos TAEs, são exigidos o cumprimento das 40 horas semanais, mesmo em trabalho remoto, porém, as demandas encaminhadas, são desproporcionais a esta carga, obrigando estes servidores a adentrarem em horários destinados ao repouso e participação na família, isso sem contar que a instituição não contribui com despesas de água, luz e internet ou mesmo com equipamentos e mobiliário adaptado para o desenvolvimento destas atividades.

Como já apontamos ao longo deste estudo, e os servidores (as) reiteraram em suas histórias de vida sobre as condições de trabalho como desabafo geral entre seus pares, amigos

nos grupos de *whatsapp*, relatando os agravos advindos das condições aos quais estão acometidos, limitando sua qualidade de vida no dia a dia, inclusive, no período do descanso semanal, usado não para a convivência familiar, mas para recuperar-se para a semana seguinte de trabalho. Relataram, ainda, situações de assédio moral que também propicia esses históricos de adoecimentos.

. Enquanto pesquisadora e servidora, presenciei inúmeras situações à exemplo dos servidores em *home office*, mas que estavam sem equipamentos particulares, pois seus *laptops* com defeito e, passaram vários meses trabalhando com seus celulares, até que um outro setor conseguiu dois equipamentos usados para emprestar às servidoras em questão.

Outra situação presenciada diz respeito a situação de uma servidora com histórico de adoecimento psíquico, mas que, devido as muitas cobranças, simplesmente, travou e surtou, ainda em 2020, processo este não bem recepcionado pelas chefias, dando outras conotações para as atitudes apresentada pela servidora.

O processo tensional sofrido pela servidora foi tão forte que ela mesma teve dificuldade para compreender que precisava retomar seu tratamento, que tinha abandonado. Com a intervenção da chefia do setor, mediando o conflito entre as chefias imediatas, assim como o apoio da psicóloga também do setor e outros servidores do setor, a servidora em questão retomou seu tratamento e afastou-se do trabalho.

Outra situação relatada foi a de uma servidora grávida em *home office*, que diante do intenso trabalho e demandas, mesmo grávida, sem ou com pouca ou quase inadequação de móveis e equipamentos para o trabalho, precisou ficar vários dias internada com agravo ortopédico, pois, simplesmente, a coluna travou, e considerando a situação posta, o fator psíquico apoiou-se no físico para enviar a mensagem de que corpo e mente precisavam parar naquele momento.

Bom, antes trabalhava como engenheiro de segurança, coordenando o SESMT e, também, ministrava aulas, minhas condições de trabalho, posso afirmar que não eram as ideais, referindo-me ao segundo emprego, pois, não se tinha todo o apoio necessário que a profissão requer. Jornada de trabalho extensiva, falta de material básico para trabalho e jornadas desumanas para o cargo de Docência em ensino médio (I-1-EFSD, nov, 2021- faixa etária de 40 a 50 anos).

Como todos sabemos, as dificuldades envolvendo este período pandêmico acarretaram mudanças repentinas no nosso cotidiano. Antes do novo coronavírus, mesmo com todas as dificuldades, podíamos desenvolver nossas habilidades com mais tranquilidade, depois disso, tivemos que nos reinventar e criar novos mecanismos para continuarmos trabalhando, mesmo com toda a precariedade e falta de condições adequadas no que se refere ao trabalho (I-55-EFS-TAE, nov, 2021-faixa etária de 40 a 50 anos).

Atualmente as minhas condições de trabalho não são as esperadas depois de tantos anos estudando para passar em um concurso. Estruturalmente nos faltam materiais, estrutura insuficiente principalmente em relação a sala para escuta específica ao Assistente Social e também, nos faltam direção profissional dentro da própria instituição, pois chegamos sem saber exatamente o que faz o Assistente Social no Ifam. E por isso, nos são colocadas as mais diversas atividades que fogem das atribuições profissionais. Tudo isso nos traz insatisfação dentro da instituição e frustração profissional, pois na realidade não exercemos a atribuição profissional para a qual tanto estudamos e realizamos o concurso. Antes da pandemia essas condições de trabalho eram difíceis e após a pandemia o *home office* trouxe outras condições de trabalho tão mais difíceis quanto antes da pandemia (I-58-EF-S-TAE, nov,2021- faixa etária de 40 a 50 anos).

Em relação a categoria de docentes, Pachiega et al (2020),p. 230) inferem que, sem dúvida, a educação se reinventou, se transformou, se adaptou no ano de 2020 e tais alterações podem ser consistentes se o olhar sobre as pessoas que a fazem acontecer for diferente. Mas, o preço pago pelos professores foi alto demais, considerando os diferentes tipos de sofrimento e angústia, que, apesar de não serem verbalizados, o sintoma e o mal-estar pelo docente, eles estão sempre presentes no seu cotidiano.

Os autores citam pesquisas de diferentes áreas do conhecimento que investigam a saúde do professor, tem indicado que este papel profissional e social tem relevância em nossa sociedade, ao mesmo tempo que, com a chegada da Covid-19, foi possível perceber como as reinvenções da educação e dos educadores, evidenciaram também alguns sintomas físicos, comportamentais, emocionais e cognitivos estarão mais presentes no cotidiano dos docentes.

É importante considerar que educação e saúde são condições essenciais para o desenvolvimento do ser humano e, nesse processo, os professores são peças fundamentais e devem ser valorizados como tais. E que, diante dos problemas e das necessidades atuais, esses profissionais precisam ter habilidades técnicas, sociais e emocionais, além de estimular a construção crítica pessoal para que aprendam a ser conscientes, reflexivos e participativos, sem deixar de lado a saúde mental e emocional (IDEM).

Frainer et al (2020), ao discutirem a condição dos servidores em trabalho remoto junto ao Instituto Federal de Santa Catarina durante a pandemia Covid-19, explicam que os descaminhos que, a instituição tem trilhado durante o período de Pandemia não parecem ser os mais adequados. No caso dos TAEs, que, devido à natureza de seus trabalhos, precisam realizar suas atividades de forma híbrida, com medo de contaminação, além da necessidade de adaptação às novas tecnologias e formas de controle do trabalho desenvolvido.

Para os autores, a forma de controle do trabalho remoto por parte da instituição é a principal causa das angústias dos (as) servidores (as) e do baixo grau de satisfação com o trabalho. Que, não se pode cair no conto da inovação e do produtivismo para justificar uma

modalidade de ensino que não vem se mostrando inclusiva e que está, sobretudo, a serviço de uma lógica neoliberal da compreensão da educação e do trabalho.

No IFAM, a visão dos servidores TAE mais novos, na faixa etária entre 30 a 39 anos, do sexo feminino, apesar de alguns possuírem dois vínculos, conseguem manter uma prática com distanciamento, anenizando situações de precarização e *stress* diante do excesso de demanda durante o trabalho remoto e presencial em unidades de saúde, pois entendem que todas as instituições estão passando por iguais problemas e que a situação é compreensível.

Tenho boas condições de saúde, apesar de já ter passado por algumas cirurgias e necessitado de licença médica em alguns períodos também. A minha carga horária de trabalho que é extensa, pelo fato de eu possuir dois vínculos. As condições de trabalho são no geral favoráveis, apesar de não serem perfeitas. Possuo boa relação com os colegas de trabalho. Em ambos os vínculos possuo os materiais necessários ao meu trabalho. Em um deles trabalho em um ambiente pequeno, que atualmente não permite o distanciamento necessário dos demais colegas (I-56-EFS-TAE, nov,2021 -faixa etária de 30 a 39 anos).

Histórico de condição de trabalho permeado por condições adequadas, como: sala para atendimento individual e grupal, luminosidade, local para arquivar documentos e mobília (I-57-EFS-TAE, nov,2021 -faixa etária de 30 a 39 anos).

Entre os servidores na faixa etária entre 51 a 60 anos, os relatos sempre expõem as condições inadequadas durante o desenvolvimento das atividades laborais se repetem, apesar de haver uma reflexão sobre o papel de cada sujeito nos cuidados com sua saúde.

Até os 44 anos não sentia qualquer sintoma de adoecimento, por isso, não tinha o hábito de ter o cuidado com minha saúde. Após entrar no IFAM, comecei a sofrer de dores (cabeça, coluna, mãos) decorrente das precárias condições de trabalho (I-20-EF-S-TAE, nov,2021- faixa etária de 51 a 60 anos).

Entre os servidores na faixa etária entre 61 a 70 anos, seus relatos deixam clara a resiliência como característica principal no cuidado em si para vivenciar uma velhice cidadã, de cumprir com a missão de educador, evidenciando toda a sabedoria acumulada ao longo da vida para intervir junto as dificuldades que a vida tem imposto, primando por fazer o melhor, sua vocação e função social de educar, mesmo com todas as contradições da sociedade.

Esta mesma postura e amadurecimento em relação aos relatos dos TAEs, evocando o orgulho de ser servidor público, mesmo com todas as problemáticas impostas pelas contínuas reformas administrativas que tem onerado a saúde no trabalho e uma provável aposentadoria no futuro. Mesmo tendo tempo para se aposentar, o servidor abaixo prefere permanecer na instituição, como forma de sentir-se “útil”, uma vez que, como já evidenciamos, não existe qualquer programa institucional que prepare o servidor para o momento da aposentadoria.

Bom, sinceramente algumas pessoas só se preocupam com a saúde quando a doença avisa, estas são consideradas corretivas, e outras que se cuidam antes da doença aparecer, estas são consideradas preventivas. No meu caso posso afirmar que sou um misto dos dois, porém, ultimamente, estou dando uma atenção maior para prevenção com práticas esportivas e alimentação balanceado (I-1-EFSD, nov,2021- - faixa etária de 51 a 60 anos).

Sempre vencendo os desafios: cumprindo as obrigações, com responsabilidade com os discentes. superando as deficiências no setor de trabalho balanceado (I-9-EFSD, nov,2021- - faixa etária de 61 a 70 anos).

Tenho 67 anos, de idade e a maior parte dele trabalhando na instituição, entrei, como *oficce*, com ensino fundamental, hoje tenho o ensino superior e sinto orgulho de continuar ativo na instituição. Nunca pensei em me aposentar, pois gosto do que faço e me sinto realizado a cada dia (I-11-EFS-TAE, nov,2021- - faixa etária de 61 a 70 anos).

Também fica evidente a preocupação quanto ao jogo de cintura que o servidor precisa fazer para custear suas necessidades básicas diante da intensa e contínua inflação que acabou por onerar em muito o custo de vida para os brasileiros, com destaque para o segmento de servidores públicos, que, com o aumento do desemprego, passaram a ter papel ativo na economia, evitando maiores danos a economia no país, apesar de muitas vezes terem sido insultados com palavras depreciativas pelo governo federal do presidente Jair Bolsonaro.

Para isso, precisamos de ‘jogo de cintura’, uma vez que mesmo com uma renda fixa, o consumo e as necessidades diárias sofrem mudanças repentinas, o que nos faz cada vez mais refém do sistema. Sendo assim, precisamos adotar alguns comportamentos que promovam um pouco de qualidade de vida, reservando um tempo por dia para realizar alguma atividade física, e preferencia por alimentos ricos em nutrientes, para que possamos ter uma qualidade de vida a longo prazo (I-55-EFS-TAE, nov,2021-- faixa etária de 51 a 60 anos).

Sempre reflito sobre a velhice e sobre como desejo chegar até lá. Sei que preciso melhorar muito os cuidados com minha saúde e alimentação para vivenciar uma velhice tranquila. Financeiramente também penso em estratégias de como ter rendas além da aposentadoria, pois receio que o valor desta seja bastante defasado para a manutenção das despesas básicas que me proporcionem qualidade de vida. Atualmente pago previdência privada (I-56-EFS-TAE, nov,2021- faixa etária de 51 a 60 anos).

Entre os membros do governo que comumente fazem declarações depreciativas em relação ao segmento de servidores públicos é o Ministro da Economia, Paulo Guedes, durante defesa de seus interesses enquanto representante do segmento financeiro no país, principal interessado na reforma administrativa e na privatização de serviços públicos a exemplo da

reforma administrativa e da previdência, engrossando ainda mais o bolso dos bancos administradores de planos de previdência privada.

Eu nunca xinguei (servidores). A minha mãe é funcionária pública, está viva ainda com 99 anos, foi funcionária pública a vida toda, dedicada, uma boa servidora. Eu estou experimentando aqui o convívio aqui com gente extraordinária — disse Guedes. Na época, em um evento no Rio, Guedes defendia amplas mudanças no funcionalismo público:— O funcionalismo teve aumento 50% acima da inflação. Além disso, tem estabilidade na carreira e aposentadoria generosa. O hospedeiro está morrendo, o cara (servidor) virou um parasita. O dinheiro não chega no povo e ele (servidor) quer reajuste automático — disse Guedes em fevereiro de 2020, que completou defendendo que servidores concursados podem ser demitidos:— A população não quer mais isso, 88% das pessoas são a favor de demissão no funcionalismo público — continuou, ao som de palmas da plateia. Em sua fala nesta quarta, o ministro afirmou que foi tirado de contexto e que se referia a estados e municípios em casos extremos, quando toda a receita vai para salários, e não para saúde, educação e segurança. — Não acreditem nas versões editadas do que eu falo — pediu Guedes, acrescentando: Eu estava fazendo um discurso sobre a necessidade de controlar os gastos das unidades subfederativas. Tem centenas de municípios que não conseguem pagar a própria folha. Eu disse: “olha, isso é como se fosse uma unidade que está ficando parasitária”. Aí na mesma hora falaram que estava xingando funcionários públicos (FOLHA DE SÃO PAULO,2021).

De acordo com Alves e Gomes (2020, p.2604) o processo de privatização da previdência social é parte do processo de privatização dos serviços públicos que marcou a introdução do neoliberalismo. Cabe reafirmar que a privatização da previdência tem início com a amplificação da crise de superprodução, associada a crise fiscal e financeira do Estado que objetivava restabelecer o valor do dólar, tornando os títulos públicos estadunidenses.

Os autores explicam que, esse quadro acabou por amplificar a dívida pública daquele país, e por sua vez, desestimulou a atividade produtiva nos EUA. A política de juros altos estadunidense no início dos anos 1980, impulsionou a dívida externa na América latina, que aprofundou a dívida pública, findando por reduzir o papel Estado na economia, que em parte explica a desindustrialização e a queda da atividade econômica. Lembra que a crise atual dos fundos de pensão se deve em grande parte a continuidade dos efeitos da crise de 2008, que tem provocado grande incerteza no mercado de capitais.

Independente da região geográfica, os fundos não oferecem nem previdência segura, nem capital de longo prazo para impulsionar investimento. Ao contrário, pudemos observar que os maiores e mais antigos fundos de pensão tiveram grandes perdas e passaram a responsabilidade para seus membros que retiram fatias cada vez maiores dos seus salários e aposentadorias para cobrirem tal rombo. Nesse processo, o fruto das perdas surgidas no

mercado de ações nos últimos anos, muitos fundos são direcionados para títulos públicos quando a taxa básica de juros chegou a 4,5%, que certamente levará a diminuição do rendimento desses fundos (ALVES E GOMES, 2020).

É fundamental a retomada da luta pela reversão da Emenda Constitucional 95, que congelou por vinte anos os gastos sociais para assegurar mais recursos para o serviço da dívida, que alimenta os rendimentos do setor financeiro. Cabe destacar que nessa mesma direção estão sendo propostas as reformas administrativas e a reforma tributária. Daí ser fundamental a unificação dos trabalhadores do serviço público das três esferas com os trabalhadores do setor privado na defesa dos serviços públicos e dos direitos sociais (IDEM).

Quanto aos questionamentos sobre como tem sido os cuidados em si para vivenciar uma velhice plena e cidadã com independência biopsicossocial e financeira, evidenciamos que entre os mais novos, na faixa etária entre 30 a 39 anos, há uma preocupação em manter boas práticas em relação a alimentação e atividades físicas em um pequeno grupo dos entrevistados, mantendo-se essa prática independente do sexo e cargo (TEA/Docente).

Na faixa etária entre 51 e 59 anos, o segmento TAE atribui sua melhor condição para cuidar da saúde e melhores condições a partir de sua conclusão do ensino superior e aprovação em concurso público. Temos aí, a reiteração de discursos que desde criança costumamos ouvir no campo público e privado, de que a educação possibilita melhores condições de vida.

Procuo manter uma alimentação balanceada, prática esportiva e tempo para lazer e entretenimento com familiares e amigos (I-57-EFS-TAE, nov,2021, faixa etária entre 30 e 39 anos).

Tento praticar atividades físicas, evitar conflitos com colegas de trabalho e pretendo ver formas de investimentos futuramente (I-58-EF-S-D, nov, 2021-faixa etária entre 30 e 39 anos).

Com a educação superior consegui um emprego melhor, e com isso, pude melhorar minha alimentação e cuidar da saúde a partir de 2014, já com 44. (I-20-EF-S-TAE, nov,2021- faixa etária entre 51 e 60 anos).

Ao analisarmos o processo educacional brasileiro, é possível inferir que, apesar de transcorridos décadas de hegemonia da Teoria do Capital Humano na qual se fundamentou nos ideais mercadológicos, a educação continua direta ou indiretamente servindo ao capital, seja formando a mão de obra e o tipo de homem que é útil para este sistema, ou seja, pelo mascaramento das relações sociais e das desigualdades provocadas por este modelo.

Mészáros (2011) ao analisar a possibilidade de superação da ordem capitalista, explica que qualquer tentativa de superar a lógica do capital, estrutura, seu sociometabolismo e seu sistema de controle no âmbito extraparlamentar, deste sistema de sociometabolismo que se

restringa à esfera institucional e parlamentar está impossibilitada de derrotá-lo, pois, o Estado moderno é a estrutura política compreensiva de mando do capital, e pré-requisito para a conversão do capital num sistema dotado de viabilidade para a sua reprodução, expressando um momento constitutivo da própria materialidade do capital. O Estado moderno é inconcebível sem o capital, que é o seu real fundamento, e o capital, por sua vez, precisa do Estado como seu complemento necessário.

Sob as esteiras do sistema sociometabólico do capital, na perspectiva das classes dominantes, Frigotto (1999,p.26), explica que historicamente, a educação dos diferentes grupos sociais de trabalhadores deve dar-se a fim de habilitá-los técnica, social e ideologicamente para o trabalho. Isso significa, na prática, subordinar a função social da educação de forma controlada para responder às demandas e interesses do capital.

Na mesma trilha de análise, Saviani (1991, p.55), explica que a análise das raízes históricas da educação contemporânea evidencia a estreita relação entre a mesma e a consciência que o homem tem de si mesmo, consciência esta que se modifica de época para época, de lugar para lugar, de acordo com um modelo ideal de homem e de sociedade.

Enquanto estratégia de superação do sistema educacional tradicional burguês, Mézaros (2008) propõe um modelo de educação para além do capital, considerando que o sistema capitalista, possui uma estreita articulação com o Estado, passando a educação a atender as necessidades do sistema sociometabólico, defendendo que, qualquer reforma do processo educacional, são inconcebíveis sem a transformação também no quadro social.

O processo democrático desse ensino, segundo Gadotti (1996) tem essência excludente e classista, pois, a democratização da gestão da escola constitui-se numa das tendências atuais mais fortes do sistema educacional, apesar da resistência oferecida pelo corporativismo das organizações de educadores e pela burocracia instalada nos aparelhos de estado, muitas vezes associados na luta contra a inovação educacional (GADOTTI,1994).

Para além de Gadotti (1996, p.6), Mézaros (2008, p.32), defende o processo educacional para além do capital não pode ser confinada a um número limitado de anos na vida dos indivíduos, mas, devido às suas funções radicalmente mudadas, abarca-os a todos. Defendem a "auto-educação de iguais" e a "autogestão da ordem social reprodutiva" não podem ser separadas uma da outra. A autogestão – pelos produtores livremente associados – das funções vitais do processo metabólico social é um empreendimento progressivo – e inevitavelmente em mudança.

No IFAM, entre os que não praticam o cuidado em si estão os (as) servidores (as) na faixa etária entre 40 e 49 anos, atribuindo suas práticas aos determinantes e condicionamentos do ritmo das atividades laborais, conforme podemos observar.

Não, estou tentando seguir está cartilha, mas, o corpo e mente precisam se adaptar as novas mudanças, e, isto apesar de ótimo, leva tempo, ou seja, estou levando as coisas no seu tempo, mas sem deixar passar muito. Em relação ao contexto pandêmico, posso dizer que fiz o necessário, para me manter ativo e prevenir para este mau (I-1-EFSD, nov,2021).

Com a aparição do novo coronavírus, o medo de ser acometido por esta doença e ainda, não saber como nosso corpo poderia reagir ao vírus, com certeza os cuidados redobram. Os hábitos melhoraram (I-55-EFS-TAE, nov,2021).

O autocuidado não vinha sendo uma constante, nem um hábito intrínseco. Com a pandemia, passei a atentar mais para a necessidade de cuidados com a alimentação e iniciei uma rotina de exercícios físicos. Senti medo do fato de que pessoas com comorbidades tinham maior risco de agravamentos e óbito quando contaminadas pelo coronavírus (I-56-EFS-TAE, nov,2021).

Intrínseco, visto que venho de atividades esportivas como futebol, futsal e ciclismo(I-57-EFS-TAE, nov,2021).

Cuidar de mim ainda não tem sido um hábito, as vezes colocamos outras prioridades principalmente agora que estou terminando o mestrado. O contexto pandêmico trouxe mais preocupação com nossa saúde, mas talvez por não ter tido a doença ou outras morbidades, o cuidado comigo mesma ainda não é prioridade como eu gostaria que fosse (I-58-EF-S-TAE,nov,2021).

Sim, inseri o hábito de caminhar 3 vezes por semana após termos passado pela pandemia Covid-19, já aos 51 anos (I-20-EF-S-TAE, nov,2021).

A conjuntura descrita pelos (as) servidores (as) nos leva a reflexão trazida pela Associação e Sindicatos dos Servidores Técnicos Administrativos da UFRGS a partir dos discursos de membros do governo federal de Jair Bolsonaro. Colocar todos os servidores públicos de diferentes esferas, como um bloco só, e contrapor o investimento em pessoal ao orçamento da união nas áreas de saúde e educação, a mídia e o governo agem de má fé e jogam a população contra os servidores. O governo culpa os trabalhadores pelo baixo investimento em saúde e educação.

A pesquisa apresentada pelo governo distorce a realidade, e é apresentada como solução “mágica” para acabar com o falso problema: a Reforma Administrativa, que visa “enxugar” a quantidade de servidores públicos e retira direitos destes trabalhadores, o que comprovadamente afeta a qualidade do serviço prestado à população. Pois, a realidade do serviço público é distinta da apresentada pelos apoiadores da Reforma Administrativa (ASSUFRG, 2020, p.1).

O conhecimento em matéria de relações trabalho/doença tem sido mais rápido que a sua aplicação às condições reais de trabalho, à exemplo das situações em que o mercado de trabalho determina relações desproporcionadas entre a procura e a oferta; o que, por vezes, incentiva o não cumprimento de disposições elementares em matéria de prevenção dos riscos profissionais, de acidentes de trabalho e de doenças profissionais (UVA; SERRALHEIRO, 2015,p.1).

Ao indagamos se o processo de trabalho ao longo de sua vida aos servidores do IFAM, em algum momento, permitiu refletir sobre a velhice, os relatos de alguns trabalhadores e trabalhadoras indicam um ritmo de vida e cotidiano intenso, que não tem permitido o mínimo de reflexão sobre suas saúdes e a possibilidade de uma velhice ativa e cidadã. Mas, tem o grupo que pensa no futuro, na velhice, apesar de não indicarem suas práxis para tal.

Sinceramente, vim refletir depois dos 35 anos, pois, a partir desta idade, na minha opinião, é que este tipo de pensamento prevalece, entretanto, esta opinião tem embasamento, na vida que levei, com altos e baixos, mas acima de tudo sem excessos (I-1-EFSD, nov,2021- faixa etária entre 41 e 49 anos).

Sim, com certeza. Sempre penso nisso, e ainda, como poder usufruir de uma velhice sem tantas doenças. E para tanto, faz-se necessário uma mudança de hábitos saudáveis agora (I-55-EFS-TAE, nov, 2021- faixa etária entre 49 e 59 anos).

Sim. Sempre reflito sobre como será envelhecer e a relação com meu trabalho. As mudanças nas políticas de aposentadoria me deixa insegura sobre quando e como poderei me aposentar. A questão salarial também me deixa muito insegura, tendo em vista o teto de aposentadoria. Penso como poderei arcar com as despesas que são características dos idosos como medicações e sobre como manter qualidade de vida, como ter um plano de saúde, tendo em vista os altos preços, etc. Atualmente contribuo com uma previdência privada, pensando no futuro (I-56-EFS-TAE, nov,2021- faixa etária entre 31 e 39 anos).

Ainda em relação aos servidores do IFAM, ao questionarmos sobre qual o sentimento e sensação sobre o cuidar dos outros diante da própria invisibilidade, os relatos indicam que os mesmos têm clareza quanto a sua importância e referência para seus usuários e família, aproveitando o estudo para refletir sobre a problemática. Apenas um deles inferiu sobre o fato de esquecermos de nós e nos voltarmos totalmente para resolver as demandas dos outros, inferindo como sendo uma postura não recomendável.

Deve ser cruel, porque como posso dar conselho se eu não estou seguindo, no mínimo gera uma dicotomia ou confusão na cabeça do receptor. Pelo menos foi o que entendi da pergunta (I-1-EFSD, nov,2021- faixa etária entre 30 e 39 anos).

É uma tarefa desafiadora, que só pode acontecer se tiver uma atitude, posicionamento e principalmente não desanimar, para que possam aparecer bons resultados (I-55-EFS-TAE, nov, 2021- faixa etária entre 41 e 49 anos).

Sinto como meu dever profissional, como a atividade que é esperada de mim. Cuidar das pessoas nem sempre é fácil, precisamos estar bem para cuidar bem (I-56-EFS-TAE, nov,2021-- faixa etária entre 41 e 49 anos).

Misto de sentimento, ora de satisfação, pois possibilito aos meus usuários soluções para sua situação/estado e frustração, visto a ausência de estrutura para nos amparar (I-57-EFS-TAE, nov,2021- faixa etária entre 50 e 59 anos).

É nos preocuparmos mais com os outros do que com nossa própria saúde e assim mesmo nos vemos sem ter o que fazer em determinadas situações para auxiliar o outro (I-58-EF-S-TAE, nov,2021- faixa etária entre 60 e 69 anos).

Ao questionarmos sobre qual a importância da imunização contra Covid-19 em seu processo de envelhecimento, a maioria dos servidores do IFAM relatam sentimentos que indicam a prevalência da ciência frente ao senso comum e negativismo promovido pelo governo federal na pessoa do Presidente Jair Bolsonaro e seu alto escalão no governo. Vacinação, segundo os relatos, é vida, é relevante e fundamental para as pessoas e sua saúde.

A importância, para mim é tudo de bom, pois, veja bem!!! Antes fui cerceado de muitas coisas que gostava de fazer e não pude mais realizar, por causa desta maldita Pandemia, então tudo que vêm ao contrário disto, é relevante e fundamental para minha pessoa, como exemplo, dar um abraço apertado em minha mãe, uma senhora de idade, ou mesmo, abraçar quaisquer pessoa, cumprimentar nossos amigos e amigas de trabalho enfim, espero que vc entenda!!! (I-1-EFSD, nov,2021-- faixa etária entre 41 e 49 anos).

Acredito que a imunização sugere proteção (I-55-EFS-TAE, nov,2021-- faixa etária entre 50 e 59 anos).

No momento de pandemia que vivemos, a vacinação é de suma importância para evitarmos a contaminação por Covid-19, evitando a doença, os possíveis agravamentos e até mesmo o óbito (I-56-EFS-TAE, nov,2021- faixa etária entre 60 e 69 anos).

Relevante, visto possibilitar segurança e redução de complicações para meu estado de saúde (I-57-EFS-TAE, nov, 2021-faixa etária entre 40 e 49 anos).

Nos ajuda a ter mais segurança para trabalhar, fazer nossas atividades rotineiras fora de casa (I-58-EF-S-TAE, nov,2021- faixa etária entre 61 e 69 anos).

Sim, cuidar de si é também cuidar dos outros. Eu em primeiro lugar. (I-20-EF-S-TAE, nov,2021-- faixa etária entre 50 e 59 anos).

Ao questionarmos aos servidores do IFAM sobre seu histórico das condições de trabalho e saúde desses ao longo desses dois anos de trabalho durante a pandemia Covid-19, percebemos um mix de emoção, sentimentos, relatos de boas e ou insuficientes condições de trabalho, solidariedade, sensibilidade em relação aos profissionais de saúde, denúncia de contingenciamento de EPIs, entre outros.

Os relatos indicam, ainda, que a pandemia Covid-19 trouxe o trabalho remoto e com ele, veio as interferências e sobreposições das dimensões públicas e privadas. Se por um lado a família passou mais tempo junto com o isolamento social e trabalho remoto, por outro, o fato do (a)

servidor (a) estar presente em casa, não indica poder dar maior atenção a família, considerando que as demandas institucionais não foram suspensas, mas, intensificadas, considerando o número de servidores doentes e em licença médica.

Para as servidoras do IFAM, a pandemia do Covid-19, além do vírus, veio o trabalho remoto, e o aumento da dupla jornada de anterior a pandemia, passando a ter que dar conta de mais outra jornada: mãe, esposa, trabalho remoto e cuidar, ainda, do seio da família, o que levou a um adoecimento maior por *stress* deste segmento de servidoras.

Muito ruim, fiquei deprimido, engordei demasiadamente me senti isolado em todos os sentidos, enfim uma fase cruel que sinceramente desejo que não volte nunca mais. Ressalta-se que no meu ambiente que trabalho, é fundamental a conversa o aperto de mão o carinho com o próximo a urbanidade, enfim, tudo isto se exauriu, de certa forma, com este mau (I-1-EFSD, nov,2021-faixa etária entre 41 a 49 anos).

Para mim, bem desafiadora. Trabalhar em *home office* não é tão simples como acham. Pois quando estamos somente no local de trabalho, desenvolvemos nossas atividades com mais foco, já em casa, as multitarefas estão diante de você, que precisa se desdobrar para tentar atender todas as demandas como pessoa, profissional, dona de casa, mãe, esposa e tudo mais que aparecer, particularmente me causa uma sensação de fracasso, pois gosto de executar minhas atividades laborais da melhor forma possível, o que por vezes não foi possível (I-55-EFS-TAE, nov, 2021-faixa etária entre 30 a 39 anos).

Em um dos meus vínculos trabalhei em *home office*, o que foi muito proveitoso e tranquilizador, em virtude de todas as situações da pandemia. Pude exercer minhas atividades em *home office*. Muitas vezes passei por dificuldades para conciliar o ambiente do lar com as necessidades do trabalho (I-56-EFS-TAE, nov,2021-faixa etária entre 51 a 59 anos).

No outro vínculo trabalhei diretamente em hospital de retaguarda, que recebia muitos pacientes pós-Covid. Vivi momentos de bastante insegurança. Tivemos racionamento de EPI, que estavam em falta em virtude da imensa demanda. Fomos mudados de sala e o ambiente é muito pequeno, não proporcionando o distanciamento necessário dos demais colegas. Em dezembro de 2020 e janeiro de 2021, todos os profissionais da mesma sala, inclusive eu, foram acometidos pela Covid-19(I-56-EFS-TAE, nov,2021-faixa etária entre 30 a 39 anos).

Eu tive a sorte de não contrair a Covid-19, porém vi de perto todo o sofrimento de paciente e famílias que foram diretamente afetadas pelo vírus, perdendo seus entes ou ficando com sequelas. As condições de trabalho aos trabalhadores da saúde foram ainda mais afetadas pois já se tinha antes da pandemia de Covid-19 um ambiente insalubre, com poucos profissionais e recursos para dar conta da alta demanda de pacientes; a pandemia veio a “escancarar” a precariedade já vivenciada na saúde pública principalmente no Estado do Amazonas (I-58-EFS-TAE, nov,2021-faixa etária entre 41 a 49 anos).

O que mais pesou foi a saúde mental, por não poder apoiar o suficiente (I-20-EFS-TAE, nov,2021--faixa etária entre 51 a 60 anos).

Entre os ensinamentos que a pandemia Covid-19 trouxe para vivenciar uma velhice plena e cidadã no futuro, os relatos dos servidores e servidoras do IFAM evidenciaram sentimentos de gratidão por ter sobrevivido, da necessidade de cuidar mais da saúde, priorizar a qualidade de vida, cuidar da saúde mental; valorizar mais as relações familiares, os amigos, as pessoas que amamos; eleger a vida e não o dinheiro como fator principal entre outros.

Um dos ensinamentos mais importantes com certeza é sobre a fragilidade da nossa vida, do nosso corpo. Com isso, podemos ter um olhar com mais centrado para o que realmente importa, amar mais nossa família, viver de forma responsável e cuidar do que realmente importa (I-55-EFS-TAE, nov,2021- faixa etária entre 30 a 39 anos).

Ensinou que preciso cuidar mais da minha saúde, priorizar qualidade de vida, alimentação, exercícios físicos, cuidar da minha saúde mental. Ensinou-me a valorizar mais as relações familiares, os amigos, as pessoas que amamos. Tudo isso tem relação com a vida e com a velhice também. Quanto mais cedo compreendermos isso, melhor será o processo de envelhecimento (I-56-EFS-TAE, nov, 2021- faixa etária entre 50 a 59 anos).

Continuar mantendo cuidado com o corpo e mente e manter ou aprimorar os hábitos de higienização (I-57-EFS-TAE, nov, 2021- faixa etária entre 60 a 69 anos).

Acredito que a pandemia nos fez repensar nas prioridades da vida que não são acumular dinheiro ou bens, mas viver a vida com quem gostamos e com saúde, pois tudo pode mudar num instante e o que nos restará será as lembranças dos bons momentos vividos (I-58-EF-S-TAE, nov, 2021- faixa etária entre 41 a 49 anos).

Temos que pensar mais na nossa saúde, em nosso corpo e nossa mente, temos que cuidar primeiro de nós (I-20-EF-S-TAE, nov, 2021- faixa etária entre 41 a 49 anos).

Não há dúvida de que a crise sanitária causada pelo Covid-19 modificou todas as relações de afetividade e de formas diferenciada de ver e entender e conceber a vida. Muitas são as formas de contaminação pelo vírus, em sua alta taxa de transmissão e da letalidade, especialmente em idosos e pessoas com comorbidade. Entre as medidas principais para se evitar a disseminação do vírus estão o distanciamento social e a quarentena que impactou diretamente na vida e no trabalho dos mesmos, causando dor e adoecimento nas famílias. Em síntese, a pandemia coloca em evidência a própria essência do homem frente ao sistema sociometabólico do capital.

Os relatos dos servidores e servidoras quanto aos ensinamentos da pandemia para suas vidas futura, nos reporta a Marx ao referir-se a relação do capital com os homens e o trabalho,

inferindo sobre o nexos indissolúvel, universalmente necessário, entre o desenvolvimento econômico objetivo e o desenvolvimento do homem.

De acordo com Marx (1985), a práxis econômica é consumada pelo homem – através de atos alternativos –, mas a sua totalidade constitui um complexo dinâmico objetivo, cujas leis, ultrapassando a vontade de cada homem singular, se lhe opõem como sua realidade social objetiva, com toda a dureza característica da realidade.

Apesar disso, produzem e reproduzem, na sua objetiva dialética processual, em nível sempre mais elevado, o homem social; mais precisamente: produzem e reproduzem tanto as relações que tornam possível o desenvolvimento superior do homem como, no próprio homem, aquelas faculdades que transformam em realidade tais possibilidades (MARX, 1985, p.238).

Lukács (2013, p.84) explica que as próprias condições e objetivações do processo são igualmente momentos dele, e somente os indivíduos aparecem como sujeitos do processo, mas os indivíduos em relações recíprocas, relações que eles tanto reproduzem quanto produzem de maneira nova. Que é seu próprio contínuo processo de movimento, em que eles renovam a si mesmos, bem como o mundo da riqueza que criam.

O processo econômico em sua totalidade e dinâmica desdobrada envolve o homem de forma que este não pode deixar de aparecer como o começo e o fim, como o iniciador e o resultado do conjunto do processo, no meio do qual ele muitas vezes – e sempre na sua singularidade – parece desaparecer entre as suas inundações e, no entanto, apesar de toda aparência, mesmo tão fundamentada, ele constitui a essência real desse processo (IDEM).

Assim, a objetividade do valor econômico está fundada na essência do trabalho como metabolismo entre sociedade e homem e, no entanto, a realidade objetiva do seu caráter de valor vai além desse nexos elementar. Já a forma originária do trabalho, na qual a utilidade põe o valor do produto, mesmo que se relacione diretamente com a satisfação da necessidade, põe em marcha, no homem que o realiza, um processo cuja intenção objetiva, independentemente do grau de consciência, está voltada para o superior desenvolvimento do homem (IDEM, p.84).

Para entendermos a gênese ontológica desse valor, devemos partir da apreensão do trabalho enquanto produção de valores de uso (bens) a alternativa do que é útil ou inútil para a satisfação das necessidades que emerge como problema de utilidade, e elemento ativo do ser social. “Esses dois processos independentes e antitéticos formam uma unidade interna, significa que sua unidade interna se expressa em antíteses externas”. Porém, a sua realidade requer relações que ainda nem podem existir no nível da circulação simples das mercadorias (IDEM, p.83).

O processo de decisão quanto a implementação de uma práxis que seja significativa para um processo e vivência de longevidade e em boas condições de saúde e vida, apesar de permeada por inúmeros condicionantes e determinantes imposto pelo processo de trabalho, dependerá do nível e forma com que os homens apreendem e intervenham, conscientemente, criticamente, cotidianamente em prol deste projeto de vida presente e futura.

Ao analisarmos os dados e evidências trazidos pela pesquisa a partir dos relatos dos (as) trabalhadores (as) da área da saúde estadual e municipal no Amazonas, SES e SEMSA em relação aos seus históricos e condições de trabalho e saúde ao longo de sua vida e anterior a pandemia Covid-19 podemos inferir que a conjuntura e quadro diagnóstico, no geral, não fugiu muito ao quadro traçado pelos trabalhadores e trabalhadoras da área da educação federal, IFAM, considerando os relatos que conduzem a percepção de trabalho preconizado, assédio moral, e em condições desfavoráveis que coloca em dúvida qualquer possibilidade de futuro de velhice com condições de vida e saúde.

Não diferente dos resultados trazidos pelos informantes no IFAM, reiterarmos que junto aos trabalhadores de saúde (nível médio e superior) inclusive entre os colegas médicos, são contínuos os relatos de serviço precarizado, insuficiência de EPIs, agravos psíquicos, problemas ortopédicos, doenças ocupacionais, à exemplo da LER, contaminação por contato com os usuários infectados entre outros.

Destacamos que, em alguns relatos dos entrevistados da saúde, indicam certo nível de dificuldade na apreensão dos fatores que podem exercer forte influência no desenvolvimento de agravos no ambiente laboral, e de que estes podem e ou vem contribuindo para o comprometimento de suas condições de vida no presente, como no futuro.

Para Guirado et al (202, p. 84) a qualidade e ou condição de vida de cada indivíduo caracteriza-se pela apreensão de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, incluindo suas metas, expectativas, padrões e interesses.

O conceito e discussão não é novo, datam desde a antiguidade, que já estava presente nos estudos filosóficos de Aristóteles, porém, referindo-se a a qualidade de vida, onde o trabalho é apreendido como o maior da determinante da qualidade de vida do indivíduo.

Os trabalhadores da área da saúde têm uma profissão atrelada ao cuidado minucioso, situações laborais de exposição aos mais diversos riscos, uma grande carga de prestação de serviços altamente especializados, além das dificuldades que as instituições sofrem para suprir as necessidades individuais dos pacientes e dos trabalhadores, diante disso há um esgotamento físico, psíquico e uma baixa qualidade de vida. Identificaram considerável nível de dificuldade

quanto aos processos de interpretação da qualidade de vida, bem como fragilidades em suas condições de segurança e saúde no trabalho (ANDRADE et al, 2015, p.1).

Em outro estudo, Guirado (2021, p.104), após os primeiros meses de pandemia do Covid-19, comparando a estudos anteriores, detectou que a pandemia, ainda, parece não ter afetado a percepção de qualidade de vida entre os respondentes, sinalizando para a necessidade de novos estudos de forma a monitorar este indicador quando a pandemia encerrar.

No caso dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde da SES/SEMSA, os relatos deixam claros a existência de adoecimento no trabalho anterior a pandemia, mas, que foram intensificados com o aumento de demanda no atendimento dos usuários, porém, mantendo o mesmo quadro de servidores e condições de trabalho, que, antes, já não atendiam os normativos jurídicos instituídos, planos de biossegurança entre outros, relacionados a saúde dos (as) trabalhadores e trabalhadoras.

Bom, antes da pandemia já vinha sentindo sinais do corpo quanto ao ritmo e condições de trabalho como médico na SUSAM e na rede privada, a carga horária intensa e sobreposição de um plantão seguido de outro, levou-me a um início de AVC hemorrágico. Posteriormente, passei a sentir os efeitos da LER sobre meu corpo, devido ao movimento repetitivo de carimbar as receitas médicas. Em 2020 decidi que era hora de desacelerar em nome da saúde. Reduzir os plantões somente durante a semana e ambulatório até sábado de manhã, ficando com o resto do sábado, domingos e feriados, para cuidar de mim e da família. (I-1-SES/SEMSA-S, nov,2021- faixa etária de 40 a 49 anos).

As condições de trabalho eram razoáveis, podendo melhorar muito se tivesse equipamentos e materiais novos. (I-11-SES/SEMSA-EM, nov,2021- faixa etária de 40 a 49 anos).

Acho que não são boas, tenho dois vínculos como técnica de enfermagem, filhos menores, e não tenho marido, sou pai e mãe e tenho que me desdobrar entre os dois vínculos e família, já fiquei 36 horas virada, e confesso que não tenho cuidado muito de mim nesse período.(I-12-SES/SEMSA-EM,nov,2021-faixa etária de 41 a 50 anos).

Como não sou de adoecer, acho que tenho boas condições de saúde, apesar de estar acima do peso e ter sentido dores no pé e coluna e no punho. Quando aperta muito, tomo relaxante muscular e sigo em frente. Sou da cooperativa, da SUSAM e SEMSA, tenho trabalhado muito para manter as necessidades de minha família. Me alimento bem no trabalho, em casa, fico correndo de um lado para o outro nos afazeres de casa, e tentando dormir um pouquinho. (I-31-SES/SEMSAS, nov,2021- faixa etária de 51 a 69 anos).

Os relatos, ainda, expõem vários indicadores de precárias condições de vida desses profissionais sob a justificativa de atender as suas necessidades mais imediatas, deixando-os

expostos a diferentes agravos de saúde. Entendemos que acidentes e doenças relacionadas ao trabalho são expressões concretas das determinações sociais enfrentadas pela classe trabalhadora em seus processos produtivos e de reprodução social.

Evidenciamos nos relatos que não são exceção no Amazonas e Brasil, são muitos os estudos que comprovam elevados níveis de exploração e de precarização, atreladas às desfavoráveis condições de vida e saúde com a retração dos direitos sociais (neles contidos os de seguridade social e os trabalhistas) historicamente conquistados pelos(as) trabalhadores (as), se expressam em desgaste da força de trabalho e perda de capacidade e saúde levando ao afastamento do trabalho (DIESAT, 2020, p.8).

A Seguridade Social, enquanto conjunto de políticas sociais compreendida pela política de saúde – através do SUS e é universal; previdenciária – através de sua autarquia INSS e é contributiva; e de assistência social – através do SUAS e é para quem dela necessitar, havendo condicionalidades.

O tripé (saúde, assistência e previdência), constitui-se em importante instrumento tanto para a manutenção da força de trabalho (interesses dos que detém os meios de produção); como para a manutenção da vida (interesse da classe trabalhadora).

Sobre como tem sido os cuidados em si para vivenciar uma velhice plena e cidadã com independência biopsicossocial e financeira, assim como na educação federal, evidenciamos que existe essa preocupação entre os mais novos, ou seja, na faixa etária entre 30 a 39 anos, pois relataram praticar atividades físicas quando saem do trabalho.

Nesse mesmo item e faixa etária, percebemos que os cuidados advem mais com a aparência do corpo e exigências do mercado de beleza, que necessariamente em função de uma futura velhice. Outro destaque que fazemos é que estes entrevistados relataram possuir somente um vínculo, compreensível, considerando ser o primeiro emprego público ou da carreira profissional na função. Entre os mais velhos, identificamos que, apesar de manter apenas um vínculo ativo, relata histórico de cansaço com o trabalho, usando os períodos destinados as folgas para descansar, justificando não ter idade para praticar atividade física.

Ao compararmos os relatos dos trabalhadores mais novos e estes últimos, percebemos que ambos estão relacionados aos paradigmas dominantes do culto ao corpo e da velhice concebida pelo capital, onde, o velho e ou a velha, estão reservados ao enclausuramento, lembrando os estudos de Debert (1999) e Norbert Elias (2001).

Só tenho esse emprego, e trabalho pela manhã, de segunda a sexta, então dá para eu manter a forma praticando atividade física (I-12 SEMSA-EM, nov,2021, faixa etária entre 30 e 39 anos).

Me cuido sim, faço atividade física há muito tempo para manter a forma. O trabalho na saúde me dá a possibilidade para continuar me cuidando, trabalho só aqui na unidade, sou recém formado, primeiro emprego (I-18-SEMSAS- nov, 2021- faixa etária entre 30 e 39 anos).

Já sou aposentado de uma cadeira, e estou aqui, falta dois anos para eu me aposentar desta cadeira, quando sair daqui vou direto para casa para descansar, não tenho mais idade para ir praticar atividade física, tomo conta só de minha saúde e alimentação (I-19-SEMSAS-, nov, 2021- faixa etária entre 50 e 59 anos).

De acordo com Debert (1999, p.84), explicar por razões de ordem demográfica a aparente quebra da "conspiração do silêncio" em relação à velhice é perder a oportunidade de descrever os processos por meio dos quais o envelhecimento se transforma em um problema que ganha expressão e legitimidade, no campo das preocupações sociais do momento. A sociedade/cultura estabelece as funções e atribuições preferenciais a cada idade na divisão social do trabalho e papéis na família. São, em boa parte, arbitrárias, pois esses discursos padecem de materialidade ontologicamente quanto às reais aptidões e possibilidades, mas são reconstruídas em um tempo social essencialmente dinâmico e mutável (p.85).

Na mesma trilha e vestígio de Debret (1999), Norbert Elias (2001, p.102) chama atenção para a necessidade de que a sociedade contemporânea tome a devida distância de suas fantasias e seus tabus, ao se acercar de fenômenos como o envelhecimento e a morte. Pois, fortalece-se um discurso ideológico sobre o conhecimento e, é responsável não só pelo empobrecimento da vida, mas também pela manutenção de relações sociais assimétricas, considerando que alguns grupos se mantêm detentores de certa supremacia face à credulidade popular acerca de supostos mistérios do mundo e da vida.

Ainda explicita que a sociedade moderna empreendeu um movimento de retirar a velhice e a vida do espaço público e dirigi-la à esfera privada e ao mundo dos especialistas. Critica o saber ocidental que exclui e isola, separa, segmenta, explicando que o homem comum cada vez sabe menos de si, e cada vez mais depende de ajuda especializada para viver e para morrer, como se sua autonomia houvesse sido, em nome da civilização, sequestrada por padrões de racionalidade que são, no fundo, mecanismos de construção ou de manutenção de hierarquias e assimetrias sociais.

Ao questionarmos se o cuidar de si tem sido um hábito intrínseco ao dia a dia destes trabalhadores e trabalhadoras, ou despertaram apenas a partir do contexto pandêmico do Covid-19 e do perigo de morrer, os relatos evidenciam, que, diferente dos(as) trabalhadores(as) da

educação federal, os(as) de saúde conviveram intensivamente com situações estressantes atuando direto na linha de frente da pandemia, e que tal situação não dava tempo para fazer qualquer reflexão a não ser a de contribuir para salvar vidas, expondo, inclusive, suas próprias vidas.

Até agora, não caiu a ficha, vivi um filme, um ambiente de guerra, todos os profissionais pareciam zumbis, robos, correndo de um lado para o outro, tentando salvar as pessoas, ou mesmo, dar um mínimo de conforto na hora da partida, já que nós éramos a família deles lá dentro. (I-9-SES-S, nov, 2021, faixa etária entre 41 e 49 anos).

Não tinha esse hábito de me cuidar antes, mas depois da pandemia, vi que precisava cuidar de mim (I-11-SES-EM, nov,2021, faixa etária entre 41 e 49 anos).

Não parei ainda para pensar nisso, só em me manter bem para minha família e ao mesmo tempo, fazer o que mais gosto na vida, cuidar dos outros. No hospital, durante a pandemia, não existia nós, só os outros, pois era uma corrida louca para salvar pessoas em meio aquele caos. As pessoas chegavam muito graves, o medo fazia as pessoas só procurarem o hospital quando não conseguiam mais respirar. (I-5-SES/SEMSA-S, nov,2021, faixa etária entre 30 e 39 anos).

Fui afastada após o primeiro mês de pandemia, pois, tinha mais de 60 anos. Fiquei reclusa em casa. Já vi muita coisa no hospital, mais não lembro em mais de 20 anos de trabalho, qualquer situação comparada a vivida na pandemia. Continuei, na pandemia e após a pandemia, a ter os mesmos cuidados comigo, só que agora, a higienização e a máscara, antes, restrita ao hospital, durante o trabalho, me acompanha todos os dias. Também passei a evitar saídas e visitas desnecessárias para me preservar melhor. (I-18-SES/SEMSA-S, nov, 2021, faixa etária entre 60 e 69 anos).

A análise dos relatos desses (as) trabalhadores e trabalhadoras sobre o cuidado em si envolve a concepção de sujeito e de autocuidado. Neste estudo, a concepção de sujeito e cuidado em si perpassa pelo entendimento do sujeito como protagonista de sua história na sociedade, como alguém que exerce uma técnica de cuidado de si, se opondo a qualquer tipo de sujeição, característica quase que invisível nos relatos dos trabalhadores e trabalhadoras de saúde; a prática tem sido de cuidar com os outros em detrimento de seu próprio autocuidado.

Bub et al, (2006, p.1154), apontam que o cuidado em si está relacionado a forma pelo qual o sujeito reflete sobre si mesmo e seu ambiente, formas pelas quais simbolizam o que vivenciam e utilizam as criações simbólicas no pensamento, na comunicação para fazer coisas que são benéficas para si mesmos e para os outros. O autocuidado, segundo os autores, está vinculado à saúde humana, apesar de referir-se ao exercício do desejo humano de saber, de busca

da verdade e de fazer o bem a si mesmo e aos outros, daí o termo possuir uma dimensão ética, apesar de vinculado fortemente a um dos aspectos do viver saudável.

A compreensão de autocuidado volta-se para o ato reflexivo das ações realizadas pelos sujeitos e dirigidas a ele mesmo ou ao ambiente com o fim último de regular o próprio funcionamento segundo seus interesses na vida, funcionamento integrado e bem-estar. Essas ações constituem-se na prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar (BUB, 2006).

Enquanto manifestação da questão social, o cuidado de si relacionado aos sujeitos sociais somente passou a ser abordado de forma específica por Foucault, em aula no Collège de France nos anos de 1981 e 1982, sendo o conceito discutido nas obras *biopoder* e *o de biopolítica*, nelas, a noção de estatização da vida biológica, apropriada pelo Estado no controle da vida dos cidadãos, sobrepondo o poder estatal ao poder dos indivíduos sobre seus próprios corpos, lembrando outra obra do autor, “*Vigiar e Punir*” (FOUCAULT, 2004, p.153).

Isso significa, por um lado, poder de construir uma cultura de si, que consiga testar a capacidade de um indivíduo se manter independente em relação ao mundo exterior e, por outro, um indivíduo poder ter um objetivo espiritual, ou seja, poder produzir uma certa transfiguração de si mesmo enquanto sujeito de conhecimentos verdadeiros (FOUCAULT, 2004).

Sobre o processo de trabalho ao longo da vida dos (as) trabalhadores (as) entrevistados para vivenciar uma velhice plena e cidadã nos permitiu, ainda, refletir sobre a velhice e ao mesmo tempo, identificar que, em regra geral, possuem similaridades quando comparados aos relatos dos trabalhadores e trabalhadoras na educação federal. Isto é, salvos as especificidades, não houve grandes diferenciações dos resultados apresentados na educação federal - se é que se pode comparar, considerando o ápice de contaminação no estado - indicam excesso de carga horária, carência de recursos humanos, assédio moral, condições inadequadas de trabalho entre outros.

Em vários relatos dos(as) trabalhadores (as) entrevistados(as) da saúde, identificamos histórico da condição da maioria das mulheres brasileiras e trabalhadoras, a condição de ser mãe e pai ao mesmo tempo, como muitos e elas mesmas se autodenominam (PAM), responsabilizando por todas as despesas da família, além de agregar mais a jornada de casa as outras duas jornadas de trabalho na saúde.

Você não tem opção, sempre trabalhamos na unidade com déficit de tudo, de servidor, de materiais e insumos, excesso de demanda, muitos dos colegas cooperados, com salários atrasados há vários meses, chefias controlando a produção e horários, olhando feio quando o paciente demora no consultório, entre muitos problemas que passamos. A consequência disso, vimos no dia a

dia, nem precisa chegar ao futuro para analisar a situação. (I-6-SES/SEMSA-S, nov, 2021- faixa etária entre 41 e 49 anos).

Sempre existe essa preocupação, mais sempre ligada a aposentadoria. Mas tenho clareza de que meus trabalhos, mas preciso primeiro pensar no sustento da família, sou mãe e pai de meus filhos e netos. As coisas no trabalho não melhoram, o sindicato tenta, mas o governo não melhora nada para gente. São muitos pacientes para nós, as vezes fica só um técnico de enfermagem para muitas de uma enfermaria inteira lotada. (I-19-SES/SEMSA-EM, nov,2021-faixa etária entre 49 e 60 anos).

Sim. Sempre reflito sobre como será envelhecer e a relação com meu trabalho. As mudanças nas políticas de aposentadoria me deixam insegura sobre quando e como poderei me aposentar. A questão salarial também me deixa muito insegura, tendo em vista o teto de aposentadoria. Penso como poderei arcar com as despesas que são características dos idosos como medicações e sobre como manter qualidade de vida, como ter um plano de saúde, tendo em vista os altos preços e etc. Atualmente contribuo com uma previdência privada, pensando no futuro (I-10-SES/SEMSA-S, nov,2021- faixa etária entre 31 e 40 anos).

As falas desses trabalhadores e trabalhadoras reiteram um processo de precarização de trabalho enquanto uma das manifestações da questão social sob a jugo do capitalismo. Nessa conjuntura, o papel de destaque tem as transformações ocorridas no capitalismo desde, pelo menos, nas últimas três décadas do século XX, com desdobramentos profundos sobre o mundo do trabalho. São inúmeras as manifestações da questão social, com maior intensidade, ainda hoje, na vida da “classe-que-vive-do-trabalho”, à exemplo do desemprego, pauperização, violência, informalidade, perdas de direitos e, principalmente, precárias condições de vida e saúde, mesmo quando em atividade (Mészáros, 2002; Antunes, 2009, 2015, p. 408).

Em resposta frente as ameaças ao processo de acumulação, derivado de suas inúmeras crises cíclicas e estrutural, o capital reage e nos anos 1980, implementa um conjunto de medidas, articuladoras de velhas e novas formas de exploração do trabalho, redesenhando o modelo tradicional da divisão internacional do trabalho, alterando, também de forma significativa a composição da classe trabalhadora em nível global, espalhando-se , como um vírus mortal, por todos os territórios nacionais e internacionais, derrubando todos os tipos e formas de fronteira, agora, fundado no fortalecimento do capital financeiro. (MÉSZÁROS, 2002; ANTUNES, 2009, 2015).

Assim como evidenciado nos relatos dos servidores(as) do IFAM, o assédio moral de chefias no controle do fazer profissional de saúde é presente nos relatos dos mesmos, controlando não somente seu tempo e carga horaria de trabalho, mas o controle até do tempo em que cada paciente é atendido pelo profissional.

Sobre a questão Loani & Barreto, (2021, p.11) aponta quando se fala ou se pensa em violência, é inevitável a associação com atos de agressão física. Violência, nesse sentido, é um ato concreto, visível, público, e que normalmente resulta num dano palpável, objetivo e observável. Mas, quando pensamos especificamente em violência no ambiente de trabalho, a primeira imagem que vem à mente é a do assédio sexual.

Para Oliveira (2015), as relações de poder permitem aos indivíduos, especialmente os perversos, proceder a ações tentando livrar-se daqueles que sentem como uma ameaça. Nesse processo, põe-se em xeque, principalmente, sua autoimagem, já que este vê os outros como uma extensão de seu ego, necessitando de admiração para provar a si mesmo sua superioridade, caracterizada com a ausência de empatia, e promove sua escalada por símbolos sociais de status em detrimento daqueles que o cercam (IDEM).

Diversos são os custos financeiros dessa prática para as empresas que desconsideram as consequências dessas práticas perversa, bem como para os trabalhadores que se submetem instrumentalmente aos caprichos dos prepostos da empresa, são obrigados a realizarem suas atividades laborais sem poder falar nada (IDEM).

Para Harvey (2007) os assediados normalmente manifestam medo, insegurança e elevada insatisfação com a organização, o que resulta na redução de desempenho. Do ponto de vista da gestão, mais especificamente, da saúde do trabalhador, as situações de abuso de poder e violência psicológica são negativos para os relacionamentos interpessoais e para a resolução de conflitos, e tendem a gerar outros problemas disfuncionais.

Para Oliveira (2015) as situações de assédio são negativas para assediados, assediadores e para a organização, por isso, jamais deve negligenciá-las por se tratar de um processo cumulativo. Normalmente, o gênero afetado negativamente é o feminino, pois, apesar de lutar para a conquista de um trabalho remunerado, enfrenta preconceitos cotidianamente para manter-se dentro deste.

Os estereótipos atrelados à figura feminina, o mais predominante tem sido o de que as mulheres são consideradas as únicas responsáveis pelo trabalho doméstico, o que acarreta numa dupla jornada de trabalho com sobrecarga que contribui para a não equidade entre os gêneros (LIMA et al, 2021).

A categoria trabalho e as relações de gênero têm sido temas de análises e reflexões no campo das Ciências Humanas e Sociais nas últimas décadas, ganhando corpus teórico de suma relevância para a compreensão das determinações societárias frente aos desdobramentos da questão social. Nesse processo, o trabalho, na sua dimensão concreta, representa a condição eterna e natural da existência humana, nessa relação estar presente o metabolismo entre os seres

humanos e a natureza, sendo nele que se manifesta a diferença entre espécie animal e gênero humano (GUIRALDELL, 2011).

Marx (2006, p. 219) alerta que o trabalhador trabalha sob o controle do capitalista, a quem pertence seu trabalho; o capitalista cuida para que o trabalho se realize de maneira apropriada, segundo meios de produção, que assegurem o não desperdício de matéria-prima, gastando somente o imprescindível à execução do trabalho. Tais elementos sugere ser, imprescindível, trazer para o campo dos debates essa manifestação da questão social, ou seja, a problematização das relações de gênero e suas interconexões com o trabalho tendo como pano de fundo as múltiplas expressões da questão social.

As relações sociais de gênero, como categoria social e histórica está inscrita em formas de poder que estabelece papéis diferenciados e hierarquizados entre homens e mulheres, antecedem a divisão sexual do trabalho (KERGOAT, 1996; SOUZA-LOBO, 1991) e, tal divisão não se restringe ao ambiente privado do lar, mas amplia para o espaço do trabalho.

O estudo da categoria gênero tem trilhado o caminho de base teóricas científicas de feministas (KERGOAT, 1996, SCOTT, 1991). Tais concepções tem contribuído para reforçar hierarquias, privilégios, assimetrias e dominação de um grupo social em detrimento do outro, ou seja, dos homens pelas mulheres. Posteriormente, deixam o âmbito biológico ampliando-se para uma concepção forjada no constructo social, histórico, simbólico e cultural centralizada na realidade antagônica e contraditória, como manifestação da questão social.

O gênero não é sinônimo de mulher, mas uma categoria ampliada e construída a partir de paradigmas biopsicossocial, econômico, histórico e cultural (SAFFIOTI, 2004).

Ao questionarmos sobre qual o sentimento e sensação sobre o cuidar dos outros diante da própria invisibilidade, os relatos indicam que os profissionais de saúde entrevistados dão ênfases aos princípios éticos da profissão para com os cuidados com os usuários. Em todos os relatos é permanente o papel dado ao usuário, enquanto sujeito de direito de ser atendido em suas necessidades e padrões técnicos e da dignidade humana recomendados.

Um grupo relatou a preocupação de que precisa estar bem para poder cuidar dos outros, ou seja, precisa cuidar de si para poder cuidar dos outros. Há grupo inverso, que, preocupa-se em cuidar dos outros, colocando-se em segundo plano.

Ao final de cada dia de trabalho, sigo com o sentimento de missão cumprida, pois tenho certeza que fiz tudo o que podia por meus pacientes, muitas vezes, passando por cima das condições de trabalho que não são boas (I-6-SES/SEMSA-S, nov, 2021- faixa etária entre 31 e 40 anos).

Garantir aos pacientes o cuidado que minha profissão exige (I-11-SES/SEMSA-EM nov, 2021- faixa etária entre 41 e 49 anos).

Cuidando bem de mim e fazendo o que puder para o que estiver ao meu alcance para amenizar as necessidades de meu paciente (I-19-SE/SEMSA-EM-, nov, 2021- faixa etária entre 51 e 60 anos).

É importante nos sentirmos bem para podermos cuidar de nossos pacientes conforme nossa missão na enfermagem (I-20-SES/SEMSA-EM, nov, 2021- faixa etária entre 61 e 70 anos).

De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.829, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos dos usuários da saúde, toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde (Art. 3º). Isso implica no acesso a um serviço de qualidade (atendimento ágil, informações claras sobre seu estado de saúde, sobre o seu estado de saúde, diagnósticos; objetivos, riscos entre outros. (Art. 3).

Esta norma assegura aos (as) trabalhadores (as) o direito ao atendimento humanizado e acolhedor a ser realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos: livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência[...] (ART. 4º).

Esse sentimento de missão cumprida em relação a responsabilidade dos profissionais de saúde para com sua usuária, Bub (2005) relaciona as dimensões éticas da profissão. São várias as teorias éticas que se voltam para para explicar comportamentos aceitáveis destes profissionais com seus pacientes com apoio da bioética; ética biomédica; ética da saúde e outros. É a ética na filosofia prática que oferece a oportunidade de refletir sobre o agir humano e suas finalidades.

Os conceitos de moral e ética, embora sejam diferentes, são com frequência usados como sinônimos. Na etimologia, os termos são semelhantes: moral vem do latim *mos*, *moris*, que significa “maneira de se comportar regulada pelo uso”, daí “costume”, e de *moralis*, *morale*, é “relativo aos costumes”. Já ética vem do grego *ethos*, que tem o mesmo significado de “costume” (Kortt,1999, p.199). Tanto *ethos* como *mos* indicam um tipo de comportamento propriamente humano que não é natural, o homem não nasce com ele como se fosse um instinto, mas que é “adquirido ou conquistado por hábito” (FORTIN, 2004, p.11).

Em Aristóteles (1992, p.222) e Abbagnano (2000, p.113), o conceito de virtudes éticas refere-se a parte apetitiva da alma, esta é moderada ou guiada pela razão e que consistem no

justo meio entre dois extremos, dos quais um é vicioso por excesso e o outro por deficiência, tais como coragem, temperança, liberalidade, mansidão, franqueza e justiça.

A ética da vida é um dos grandes desafios a ser enfrentado por aqueles que se preocupam com a conduta humana diante de situações que envolvem o próprio homem, no plano de sua vida biológica, moral e social (FABRIZ,2003). Gramsci (1975, p.484) concebe a ética a dimensão classista da sociedade e suas implicações na moral. Relaciona-se a subdivisão do Estado em duas esferas: sociedade política (base do poder de repressão da classe dirigente, no caso, do governo, tribunais e polícia); sociedade civil (a classe dominante, com sua estrutura ideológica, obtém o consentimento dos dominados).

Sarti (2013) aponta que nem toda moral é ética, pois, a moral apresenta conteúdos característicos dos princípios éticos: respeito, a tolerância, liberdade, justiça, democracia, entre outros. Os valores morais do grupo familiar não garantem igualdade e liberdade democrática para com as mulheres, esta relação caracteriza-se como prática social e não como ética, mas moral, pois são moralmente aceitáveis pelos cidadãos e a grupo social de referência, onde, independente do país, a prática afronta os princípios éticos acima descritos.

Para Lukács (2013) o homem não é um ser humano limitado, incapaz de intervir de forma ativa no processo de desenvolvimento da sociedade. A distinção entre o gênero humano em-si e o gênero humano para-si passa também a explicar a qualidade das ações dos indivíduos. Nesse caso, a ética não se preocupa tanto com as coisas como são, mas com as coisas como podem ser e, especialmente, como devem ser. Não se pode humanizar o hospital sem referência ao humano e não se pode falar do humano sem referência à ética (MARTIN, 2004).

Em várias dimensões da ética, a da responsabilidade dos profissionais de saúde está presente em todas as ações no processo de cuidar ou de gerenciar as atividades assistenciais. Pois, é de responsabilidade de todos os profissionais de saúde assegurar ao paciente o direito a uma assistência livre de riscos e danos, físicos e psicológicos (FREITAS,2005). Oguisson(2003, p.63) "ninguém se escusa de cumprir a lei, alegando que não a conhece".

As análises de Marx (1988, p.1.167) evidenciava que “o modo de produção da vida material condiciona o desenvolvimento da vida social, política e intelectual em geral”. Nesse processo, as expressões da consciência humana – inclusive a moral – constituem-se resultado das relações de produção entre os homens e a sociedade como meio de garantir suas existências. Por serem dinâmicas, complexas e contraditórias, esta relação modifica-se conforme a dinâmica e historicidade onde elas estão imersas.

E atualmente, a própria existência humana está sob grave ameaça, considerando o alastramento da terceira onda do Covid-19 no mundo, onde somente o processo de imunização

de toda a população mundial poderá minimizar de forma mais efetiva a forma mais grave da doença, ou mesmo o número de vítima fatal da doença.

Ao questionarmos sobre qual a importância da imunização contra Covid-19 em seu processo de envelhecimento, cujo resultado demonstra a prevalência da ciência frente ao senso comum e negativismo promovido pelo governo federal na pessoa do Presidente Bolsonaro e seu alto escalão no governo. Vacinação, segundo os relatos, é vida, é relevante e fundamental para as pessoas e sua saúde

Nossa, a chegada da vacina contra a Covid-19 foi nossa salvação, tomei todas as doses até o momento oferecida, no caso, a 1ª e segunda dose (I-10-SES/SEMSA-S, nov,2021- faixa etária entre 31 e 40 anos).

Sim, tomei as duas doses, e vou tomar a dose de reforço e todas as outras que forem recomendadas pela vigilância sanitária, afinal, temos nós, a família e os pacientes, a responsabilidade é muita. (I-I-SES/SEMSA-S, nov,2021- faixa etária entre 41 e 50 anos).

Sim, com certeza, tomei todas, é muito importante para nossa saúde (I-19-SES/SEMSA-EM, nov,2021-- faixa etária entre 51 e 60 anos).

Sim, estou bem imunizada, um sentimento de gratidão por Deus ter poupado nossa vida e agora, ter oportunidade de tomar a vacina e ficar menos vulnerável a doença (I-20-SEMSA/SES-EM nov, 2021- faixa etária entre 61 e 70 anos).

Sim, estou imunizadíssima, graças a deus (I-10-SES/SEMSA-EM, nov, 2021- faixa etária entre 31 e 40 anos).

Sobre o processo de imunização contra a Covid-19, o vacinometro global das vacinas contra o Covid-19, cerca de 9,68 bilhões de doses foram administradas globalmente, o que equivale ao percentual de 50,13% da população mundial. Cerca de 59,9% da população mundial recebeu pelo menos uma dose da vacina até o dia 15/01/2022. Foram 32,92 milhões de doses administradas a cada dia. (OUR WORLD ,2022; RITCHIE et al,2022,p.1).

De acordo com a instituição e autores, é clara a constatação de que o acesso a vacina ainda é privilégio de países desenvolvidos e maior faixa de renda, pois somente cerca de 9,5% das pessoas em países de baixa renda receberam pelo menos uma dose (OUR WORLD ,2022; RITCHIE et al, 2022, p.1).

No Brasil, apesar de todo processo de negatificação da ciência, da pandemia e da eficácia da vacinação, ou mesmo dos processos de corrupção envolvendo membros do alto escalão do governo federal, objeto da CPI da Covid-19 instaurada pelo Senado Nacional do Brasil, o presidente Bolssonaro segue os ataques ao processo de imunização da população brasileira.

Mas, o povo Brasileiro é aguerrido, e atualmente, assistimos o Brasil a caminhar fazendo o seu papel para evitar mais mortes pela doença, vendo a maioria da população, nela, inseridos os trabalhadores e trabalhadoras da educação federal e da saúde estadual e municipal no Amazonas, rumo a completa imunização do país.

Vários foram os boicotes do presidente Bolsonaro contra o processo de imunização da população brasileira: o retardamento na aquisição das vacinas- já discutidos anteriormente-, a proibição do da exigência do passaporte de vacina para estrangeiros entrar no país, e ou para a população atender em eventos e ou locais fechados, e o processo de imunização das crianças na faixa etária entre 5 e 11 anos. Esse ato, na prática, evidencia a desaprovação ao negativismo e ataques do presidente a ciência e a excelência do país em tecnologia e logística de imunização diante do mundo, explicitadas nos Quadros abaixo.

As informações do vacinômetro foram geradas a partir do Portal do G1 e R7, publicados a partir dos dados colhidos pelo Consórcio de Veículos de Imprensa a partir de dados das secretarias estaduais de Saúde o quadro total de vacinação no Brasil, no período entre 21/01/2021 a 15/01/2022, o quadro de vacinados contra Covid-19 era:

Quadro VI - Vacinômetro Nacional

Unidade Federativa	1ª dose	% 1ª dose	% 2ª dose e ou dose única	% 2ª dose e ou dose única	Total de doses aplicadas
Brasil	167.905.777	75,37	145.623.507	67,79%	307.529.284

Abaixo, **Quadro VII**, apresentamos o quadro de vacinação por estado copilado, abrangendo também o período entre 21/01/2021 a 15/01/2022.

Estado	Vacinas aplicadas	Número de vacinas aplicadas na 1ª dose	% da população vacinada com a 1ª dose	Número de vacinas aplicadas na 2ª dose ou dose única	% da população totalmente imunizada	Vacinas aplicadas nas últimas 24h*	% doses usadas
Acre	986.913	566.240	61,61	432.866	47,09	0	97,2
Alagoas	4.110.013	2.346.317	69,45	1.821.847	53,93	0	76,78
Amazonas	5.061.199	2.786.083	64,32	2.332.078	53,84	6.167	75,49
Amapá	838.245	508.627	56,94	346.680	38,81	0	60,35
Bahia	19.851.562	10.881.885	72,37	9.233.802	61,41	15.610	73,47
Ceará	13.462.211	7.048.833	75,85	6.592.148	70,94	0	76,33
Distrito Federal	4.463.012	2.315.818	73,99	2.205.752	70,47	4.988	70,8
Espírito Santo	5.861.833	3.121.914	75,19	2.846.097	68,55	4.525	71,58
Goiás	9.826.506	5.292.713	72,5	4.533.793	62,11	0	75,58
Maranhão	8.137.878	4.569.502	63,54	3.682.914	51,22	2.094	88,01
Minas Gerais	31.794.447	16.655.116	77,37	15.641.589	72,66	0	79,39
Mato G. Sul	3.862.044	2.051.902	71,54	2.066.981	72,06	3.102	75,49

Mato Grosso	4.518.645	2.543.205	70,5	2.068.983	57,35	0	69,91
Pará	11.158.432	5.909.795	66,69	5.248.637	59,23	8.756	83,33
Paraíba	5.518.283	3.092.431	75,8	2.490.146	61,03	0	82,12
Pernambuco	13.556.618	7.317.806	75,19	6.411.913	65,89	19.560	78,94
Piauí	5.169.690	2.739.860	83,13	2.482.764	75,33	352	85,72
Paraná	16.588.919	9.029.039	77,33	7.884.753	67,53	0	79,35
Rio de Janeiro	23.451.301	13.001.532	74,06	10.814.400	61,6	0	90,14
Rio G. Norte	4.974.554	2.632.761	73,4	2.399.846	66,9	1.111	74,21
Rondônia	2.283.685	1.240.550	67,65	1.078.885	58,84	47.633	81,05
Roraima	610.552	360.832	53,83	258.991	38,64	0	50,35
Rio G.Sul	16.597.750	8.904.911	77,38	7.997.283	69,49	0	76,83
anta Catarina	10.891.094	5.779.074	77,86	5.372.790	72,39	265.963	78,44
Sergipe	3.292.316	1.753.467	74,37	1.578.974	66,97	1.240	79,52
São Paulo	74.170.347	38.400.640	81,71	36.965.107	78,65	2.593	85,92
Tocantins	1.854.075	1.054.924	64,95	833.488	51,32	0	70,2

Fonte: Consórcio de Veículos de Imprensa

De acordo com Gomes e Sant'ana (2021) em reportagem do G1, datada de 07/12/2021, o presidente Bolsonaro classificou como "coleira" o chamado passaporte da vacina, adotado em outros países e defendido por cientistas e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) como requisito para entrada de viajantes no Brasil.

Explicam que o presidente fez essa declaração durante discurso no Palácio do Planalto, durante cerimônia de assinatura dos contratos com as empresas vencedoras do leilão do 5G, a nova geração de internet móvel. Que a agência estava sugerindo "fechar o espaço aéreo" do Brasil. Que a Anvisa reforçou a recomendação enviada à Casa Civil para que o Brasil adote medidas mais rigorosas no acesso de viajantes ao país, a fim de evitar o aumento dos casos de Covid-19 após a descoberta da variante ômicron. Mas que, embora o presidente tenha feito essas afirmações, não divulgou posição oficial nem tomou alguma medida em relação à exigência do passaporte da vacina.

Em discurso no Palácio do Planalto, Bolsonaro tenta desqualificar a Anvisa e, mais uma vez, tentar colocar a população contra a ciência, falando de "uma briga enorme" sobre o passaporte da vacina. Imediatamente, o Partido Rede judicializou a questão, entrou com ação contra o governo sobre a não cumprimento das orientações da Anvisa e emissão de orientação pelo governo impondo a não obrigatoriedade do passaporte da vacina, mas somente testagem, camuflando uma situação grave de saúde pública. A ação foi julgada pelo ministro Luís Roberto Barroso, do Supremo Tribunal Federal, ocasião em que este magistrado apontou "inércia" do governo e deu 48 horas para receber uma manifestação a respeito do passaporte da vacina.

Outro ataque do presidente Bolsonaro a Anvisa foi divulgado pelo Jornal “O Globo”, datado de 16/12/2021, a vacinação de crianças foi o primeiro assunto abordado pelo presidente durante a transmissão. Contradizendo-se, sempre, Bolsonaro avisou logo de início aos seus espectadores que não interfere na Anvisa e que a agência não está subordinada a ele. Lembrou que tem uma filha, Laura, de 11 anos, ao mesmo tempo que afirmou que iria estudar com a primeira-dama, Michelle Bolsonaro, se iriam vacinar a filha com a vacina indicada pelo órgão.

Em sintonia com o presidente Bolsonaro, no mesmo dia, declarações foram dadas pelo ministro da Saúde durante conversa com jornalistas, onde Marcelo Queiroga, afirmou que a vacinação de crianças teria que ficar para 2022, pois não havia reserva de doses ou previsão de data para início da imunização do grupo.

Em outra frente de ataque a vacinação de crianças, Bolsonaro e sua equipe do ministério da saúde, publicou em 23/12/2021 edital de consulta pública sobre a imunização de criança contra Covid-19 na faixa etária entre 5 e 11 anos, como estratégia de enfrentamento das orientações e normativos publicados pela Anvisa. E voltou a afirmar, de forma mentirosa, que a vacina é "experimental", o que não é verdadeiro, pois, a verdade é que todas as vacinas aplicadas no Brasil passaram por processos rigorosos de análises e foram aprovadas em pesquisas que atestaram sua eficácia e segurança, quer seja pelos fabricantes, órgãos de controles internacionais, bem como pela Anvisa no Brasil.

A população reafirmou o “SIM” aprovando a vacinação de criança de 5 a 11 anos no país durante a chamada pública publicada pelo governo federal, contando com participação de vários segmentos representativo de direita, esquerda e população em geral. A aprovação da população impôs mais uma derrota ao governo, afirmando, sim, a vida nos termos prescritos pela Anvisa (Jornal online da Agência Brasil, datado de 04/01/2022).

Ao solicitarmos que os trabalhadores descrevessem um pouco do histórico de suas condições de trabalho e saúde ao longo desses dois anos de trabalho durante a pandemia covid-19, como já inferimos em outras questões analisadas anteriormente, considerando o entrelaçamento das questões postas pelo estudo ao grupo de trabalhadores (as), público alvo deste estudo, as condições de trabalho, que já não eram boas, aprofundaram-se.

Foram tempos difíceis, no primeiro semestre de 2020 e final dezembro do mesmo ano, em janeiro de 2022, a situação fugiu o controle, virou o caos, muita gente adoecido, muita falta de material e cenário de guerra, pensei que ia enlouquecer, com medo de contaminação, e morrer, como vários colegas nosso e muita gente da população. Sofri muito, ficamos relegados, fiscalização sobre nossas condições de trabalho, não existiu, só cobranças e pressão direto para atendermos tanta gente. O caso da falta do oxigênio, meu Deus, só Deus

na causa, espero nunca mais passar por isso (I-1-SES/SEMSA-S, nov,2021- faixa etária de 41 a 50 anos).

Nossa unidade, que sempre foi ambulatorial, passou a receber direto paciente com Covid-19 para internação. As condições já não eram boas e piorou muito nesse período. Vimos um a um colegas pegar a doença. Morria de medo, pois tinha família em casa, procurava me proteger dentro do possível, e rezava muito. Na minha unidade, não passamos pela falta de oxigênio em janeiro de 2021, graças a Deus (I-5-SES/SEMSA-S, nov,2021, , faixa etária entre 31 e 40 anos).

Bem difícil, cuidei de vários colegas, ajudei a transferi-los para outra cidade, vi colegas internar e rapidinho morrer, só restava rezar para chegar ao fim dessa pandemia (I-6-SES/SEMSA-S, nov,2021- faixa etária entre 41 e 50 anos).

Eu fui contaminada pela doença na forma leve. Fiquei de licença em 2020. Em 2021, não peguei, vivi momentos de terror nas duas unidades. Lembro que teve momento de vários pacientes testarem positivo para a doença, principalmente nossos pacientes renais crônicos, morreram muitos desses pacientes, a vista das clínicas pedindo baixa deles no programa era imensa. E me perguntava, será que vai sobrar algum até acabar essa doença. Deixava o paciente na clínica de manhã, ia buscar no início da tarde e lá era avisada que ele tinha ido a óbito, isso se repetiu muitas, muitas vezes nesse período (I-10-SES/SEMSA-EM, nov,2021- faixa etária entre 31 e 40 anos).

Bem difícil, avalio como bem difícil, ficava horrorizada com tanta gente morrendo sem eu poder fazer nada, isso me deixava perturbada, com insônia, nervosa, impaciente, ansiosa. (I-11-SES/SEMSA-EM, nov,2021- faixa etária de 41 a 50 anos).

Só Deus na nossa vida, tempos terríveis, ficamos relegados a nossa própria sorte, nosso conselho até que tentava fazer fiscalização e via as condições de trabalho precárias, colegas virando plantão porque outro adoeceu. Teve uma colega que sofreu acidente de moto horrível, de tão cansada que estava, indo de um plantão para o outro. Essa colega quebrou a perna em várias partes, e está até hoje, recebendo só um salário mínimo e meio do INSS, pois era PSS e Cooperativa, ganhava mais de 12.000,00 dos dois vínculos, e hoje, estar lá toda quebrada e sem dinheiro. (I-12-SES/SEMSA-EM, nov, 2021- faixa etária de 41 a 50 anos).

Muito ruim, no SAMU, não parávamos levando gente para os OSs e SPAs. Chegou o momento que não pegavam mais pacientes e ficávamos rodando pela cidade para poder entregar o paciente em alguma unidade. Perdemos nosso chefe de transporte para essa doença em 2020 e em 2021 foram vários colegas transferidos para internação em outro estado, porque não tinha vaga em Manaus. Teve uma que nem voltou, alugou um apartamento e como já era idosa, ficou morando lá em Natal. Movimento de refletir sobre a vida (I-19-SES/SEMSA-EM, nov, 2021- faixa etária entre 51 e 60 anos).

Eu fui afastada do trabalho nos primeiros meses da pandemia, porque era idosa, ficava só acompanhando pelos grupos de whatsapp os relatos dos colegas e pela televisão. Mas a condição de trabalho não mudou, continuam precárias depois

que retornamos as atividades no período de trégua da pandemia. (I-20-SES/SEMSA-EM, nov,2021- faixa etária entre 61 e 70 anos).

Os relatos indicam, ainda, que a pandemia Covid-19 não somente aprofundou os riscos de contaminação, como também as condições precárias de trabalho e, com isso, elevou a estatística de adoecimento no trabalho. Temos também os relatos de servidores pertencente ao grupo de risco que foram afastados do trabalho durante as primeiras e segunda ondas do vírus. Esse afastamento, deu-se por força de lei. Outros, foram afastados após contaminação pela Covid-19 por meio de licença médica. Temos relatos também de servidores que cuidarão de outros colegas na unidade, alguns, foram transferidos para outro estado durante a segunda onda para tratamento, e outros, foram a óbitos perdendo a batalha da vida para a doença, conforme tivemos oportunidade de observar nos relatos acima.

Hoje, já decorridos um ano da maior crise de saúde pública vivenciada pela população amazonense em 2021, os jornais d24.com e Record News Manaus, publicaram em 14/01/2022 reportagem lembrando da conjuntura em referência, e, ao mesmo tempo, mostrando o exemplo como sinal de alerta diante da terceira onda do Covid-19 que atualmente assola o estado do Amazonas; ou melhor, segundo Dantas, (2022), um ano depois, Manaus volta a viver um cenário parecido em 2022. Somente nas últimas 24 horas, foram registrados 2.404 casos de Covid-19, o mais alto desde março de 2021. Na mesma proporção, o número de pacientes internados sobe bruscamente a cada dia, era 130, subiu para 162, incluindo a capital e interior do Amazonas, nas últimas 24 horas do dia 13/01/2022.

De acordo George Dantas, produtor da reportagem, o coordenador de Tecnologia e Informação, Wilson Costa, um dos pacientes internados que sobreviveu ao que aqui denominamos com barbárie da saúde amazonense fez relato semelhante aos expostos pelos profissionais de saúde entrevistados.

Ele acabou tendo que comprar oxigênio para sobreviver e expôs a ineficiência do estado com relação ao preparo nos hospitais. “Compramos e alugamos oxigênio quando o do Estado acabou. Ninguém estava preparado. Para vocês terem ideia, familiares faziam os furos em mim para colocar os equipamentos, pois a equipe não estava conseguindo. Pessoas sem preparo foram colocados na linha de frente”, afirmou.

Outro sobrevivente dessa tragédia humana com memória resgatada por Dantas (2022) foi o agente de portaria Francisco Arimatéria de Almeida, que, devido ao colapso em questão, restou-lhe somente contar com a ajuda da família para seguir vivo e acredita que se tivesse ido para um hospital teria falecido, devido ao colapso que ocorreu nas unidades hospitalares, mas que, agora, na terceira onda, foi infectado novamente pela doença, apesar de vacinado.

Dantas afirma que Manaus viveu no mês de janeiro de 2021 situação de extremo caos na saúde pública e que, devido a isso, ficou marcado na história do Amazonas pela ‘Crise do Oxigênio’ na pandemia da Covid-19. Há um ano, o oxigênio nas unidades de saúde do Amazonas acabava e os internados morriam sufocados nos hospitais.

O relatório apresentado pela Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas por meio da Dra. Rosemary Pinto (FVS-RCP), informa que em 14 de janeiro de 2021 havia 2.205 pacientes internados na rede estadual de saúde. Que esse foi o maior número desde o início da pandemia em 2020. Que na semana antes, em nota, a SUSAM (SES) informava que as unidades do estado estavam abastecidas e não havia falta do insumo. Que cerca de quatro dias depois, o Governo do Amazonas admitia o erro. Mas que já era tarde demais. Em consequência o boletim divulgado pela FVS dias após ao colapso confirmava a tragédia. Que foram 82 mortes por Covid-19 registradas, até então o segundo mais alto desde o começo da pandemia.

Ao buscar a resgatar a memória dos profissionais de saúde sobre esse momento histórico no Amazonas, Dantas (2022) informa que estes preferiram não se identificar, relembrou a dor vivida nesse dia, considerando que, lembrar, voltar ao passado, traz novo sofrimento a esses profissionais. Que os poucos que falaram, afirmaram, “foi feito de tudo pelos profissionais para tentar salvar a vida das pessoas, mas os pacientes não resistiam”; “Infelizmente, vidas eram perdidas, vidas com história”; “É algo difícil de mensurar”.

O infectologista Nelson Barbosa da Silva que esteve atuando diretamente na linha de frente no período do colapso no Amazonas lamenta o elevado número de óbitos: “Estava trabalhando na linha de frente do 28 de agosto [...] uma experiência inexplicável, era expressivo número de caso e não conseguíamos atender todos, pessoas morriam em ambulâncias ou em casa, pois não tinham lugar para ir”.

Dantas (2022) lembra que, Manaus, nessa época chegou próximo a atingir 200 sepultamentos nos cemitérios da capital. Mas, segundo levantamento do Ministério Público do Amazonas (MPE-AM), foram mais de 60 pessoas que morreram pela falta de oxigênio das unidades de saúde do Estado do Amazonas. A situação de óbitos em função do colapso da saúde no Amazonas levou, ainda, em fevereiro de 2021, o MP-AM a pedir a investigação civil e criminal tanto do Governador Wilson Lima como também do Secretário de Saúde Marcellus Campêlo por suspeita de erros na crise do abastecimento do oxigênio no Estado, considerando que ambos já eram alvos da Operação Sangria, posteriormente, em desdobramentos causados pela pandemia (DANTAS,2022).

Na contramão dos relatos dos profissionais de saúde no Amazonas ao referirem ao colapso da saúde no estado nesses dois anos de pandemia Covid-19, entrando já no terceiro ano,

onde assistimos ao mesmo filme de colapso durante o início da terceira onda da doença, ao analisarmos a nota publicada pela SES em março de 2021, percebemos que o documento não reflete o caos relatados pelos profissionais de saúde, pela população, e por instituições no estado, muito menos, nos muitos estudos científicos analisados ao longo deste estudo.

As ações de vigilância implementada pela SES para os(as) trabalhadores (as) de saúde se limitaram a ações bem superficiais, sobre o plano de biossegurança, isso explica o fato de pouquíssimos foram os trabalhadores entrevistados que fizeram referência ao mesmo, e, ainda assim, referências negativas.

As condições de trabalho dos profissionais de saúde nesses dois anos de pandemia foi objeto de estudo de Mesquita et al (2021), onde destacaram algumas características, que, ao compararmos com os relatos dos trabalhadores e trabalhadoras entrevistados no Amazonas, podemos constatar muitas similaridades, onde a atividade desenvolvida por esta categoria de profissionais tem relação direta com o cuidado.

Ao indagarmos sobre se o processo de trabalho ao longo da vida dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde, em algum momento, fez com que estes refletissem sobre a velhice, identificamos um paradoxo, pois, ao mesmo tempo que um grupo alegava pensar nisso sim, mas, limitados pelas mesmas condições de trabalho e vida, não conseguiam inserir como práxis em seus cotidianos. Outro grupo, apesar de afirmar que refletem sobre a situação, ao relacionarem suas práticas, identificamos não ir além de exames rotineiros, um pequeno grupo relata atividade física, mas também, limitadas pela rotina e ritmo de trabalho.

Sim, e venho trabalhando nesse sentido. Tenho reduzido o número de plantões, resguardando os finais de semana, pagando previdência pública e privada, me preparando para a velhice, até porque, aos 41 anos sofro muito com LER.(I-1-SES/SEMSA-S, nov, 2021- faixa etária de 41 a 50 anos).

Sim, faço exames médicos anuais (I-5-SES/SEMSA-S, nov,2021, faixa etária entre 31 e 40 anos).

Não pensei ainda nisso (I-6-SES/SEMSA-S, nov, 2021- faixa etária entre 41 e 50 anos).

Penso sim, mas o ritmo de vida não me permite de dedicar a outras atividades, além dos plantões e família (I-31-SES/SEMSA-S, nov,2021- faixa etária de 51 a 60 anos).

Sim, penso, sim, por isso, trabalho muito para poder ter duas aposentadorias e ter melhores condições de vida (I-10-SES/SEMSA-EM, nov, 2021- faixa etária entre 31 e 40 anos).

Não, não costumo pensar na velhice. (I-11-SES/SEMSA-EM, nov, 2021- faixa etária de 41 a 50 anos).

Sim, trabalho muito, faço meus exames, não tenho costumes de beber, me alimento bem, estou caminhando na rua quero viver muito (I-12-SES/SEMSA-EM,nov,2021-faixa etária de 41 a 50 anos).

Sim, tenho cuidado com a saúde. Faço exames preventivos. (I-19-SES/SEMSA-EM, nov, 2021- faixa etária entre 51 e 60 anos).

Sim, não tenho feito muito para chegar lá. Nem sempre consigo ir ao médico de forma preventiva, vou empurrada, quanto tenho alguma coisa (I-20-SES/SEMSA-EM, nov, 2021- faixa etária entre 61 e 70 anos).

Os relatos trazidos pelos (as) servidores (as) entrevistados (as) vão de encontro aos resultados dos estudos trazidos por Antunes (2009) e Lukács (2013) contribuindo para entendermos a práxis social dos sujeitos e sua relação com seus processos de trabalho e condição de vida futura na velhice. Lukács (2013) é importante conceber o trabalho como modelo de toda liberdade. Antunes (2009) em seu sentido mais genérico e abstrato, como produtor de valores de uso enquanto expressão da relação metabólica ser social e natureza.

No seu sentido primitivo e limitado, por meio do ato laborativo, objetos naturais são transformados em coisas úteis e posteriormente, em práxis social. Paralelamente, a essa relação homem-natureza desenvolvem-se inter-relações com outros seres sociais, também com vistas à produção de valores de uso, emergindo, assim, a práxis social interativa, a convencer outros seres sociais a realizar determinado ato teleológico (ANTUNES, 2013).

Por meio do trabalho erige-se uma relação autêntica entre teleologia e causalidade. Mas, as características específicas do trabalho não podem ser transpostas de modo direto para as mais complexas formas de práxis social. Ou melhor, o trabalho realiza materialmente o relacionamento radicalmente novo do metabolismo com a natureza, enquanto as formas mais complexificadas da práxis social, em seu metabolismo com a natureza, têm na reprodução humana em sociedade a sua insuperável pré-condição (ANTUNES, 2009).

Lukács (2013,p.94) ao analisar a relação “sujeito-objeto” no trabalho e suas consequências, ressalta que, embora através de amplas mediações, emergem do trabalho, estas devem ser concebidas ontológico-geneticamente a partir do próprio trabalho, por sua essência, por sua raiz, isto é, o surgimento da relação “sujeito-objeto” e o distanciamento entre sujeito e objeto, sendo que esse distanciamento cria imediatamente uma base imprescindível, dotada de vida própria, do ser social dos homens: a linguagem.

A questão central, ainda com base no autor, da transformação interna do homem consiste em chegar a um domínio consciente sobre si mesmo. Não somente o fim existe na consciência antes de realizar-se praticamente como essa estrutura dinâmica do trabalho se estende a cada

movimento singular; ou seja, o homem que trabalha deve planejar antecipadamente cada um dos seus movimentos e verificar continuamente, conscientemente, a realização do seu plano, se quer obter o melhor resultado concreto possível. (LUKÁCS, 2013).

O autor ressalta que esse domínio da consciência do homem sobre o seu próprio corpo, que também se estende a uma parte da esfera da consciência, aos hábitos, aos instintos, aos afetos, é uma exigência elementar do trabalho mais primitivo e deve marcar profundamente as representações que o homem faz de si mesmo, uma vez que exige, para consigo mesmo, uma relação qualitativamente diferente, inteiramente heterogênea daquela que corresponde à condição animal, e uma vez que tais exigências são postas por todo tipo de trabalho. Em outras palavras, em termos objetivamente ontológicos surge a nova constituição, a da consciência humana, que deixa de ser um epifenômeno biológico e se torna um momento essencial ativo do ser social que está nascendo (LUKÁCS, 2013).

Nesse sentido, quando a consciência toma a própria autonomia em relação ao corpo como verdade ontológica absoluta, não erra na fixação imediatamente intelectual do fenômeno, como acontece no caso do sistema planetário, mas, apenas na medida em que considera o modo fenomênico – ontologicamente necessário – fundado direta e adequadamente na própria coisa.

As exposições e análises até o presente momento a partir das contribuições trazidas por Lukács e Antunes na análise neste estudo da relação no trabalho e condições de vida presente e futura de trabalhadores e trabalhadoras de saúde na sociedade capitalista nesses mais de dois anos de pandemia Covid-19 no Amazonas, tem indicado que, mesmo diante de condições limitadas de trabalho o sociometabolismo do capital tem sido incapaz de suprimir plenamente a liberdade de escolha desses sujeitos na condução de suas vidas presente e futura.

Mesmo diante de uma pesada estrutura ideológica, constantes medidas de enfrentamento as crises cíclicas do capital, em grau, algumas vezes, maior ou menor, têm possibilitado aos sujeitos inferirem sobre suas vidas e da sociedade. Estando os mesmos atentos aos caminhos e descaminhos dados pelo capital às suas vidas, enquanto movimento dinâmico, histórico, complexo e contraditórios continuamente no leito do rio que nutre historicamente o capital e todas as manifestações da questão social.

Ao questionarmos sobre quais os ensinamentos que a pandemia Covid-19 trouxe para os trabalhadores e trabalhadoras vivenciarem uma velhice plena e cidadã no futuro, o estudo evidenciou que apenas um entrevistado afirmou que não trouxe nenhum ensinamento. Os demais, informaram que sim, que trouxe sentimento de valorizar suas saúdes, do valor que tem cada pessoa, colega, e família, de vivenciar pequenas coisas na vida. Ensinou a ficar mais próximo de Deus, e de que nós, não somos nada sem os outros.

Muito, o principal, foi que não somos nada sem os outros. Ensinou a ficar mais próximo de Deus e da família. (I-1-SES/SEMSA-S, nov,2021- faixa etária de 41 a 50 anos).

Sim, a cuidar melhor de mim e de minha família (I-5-SES/SEMSA-S, nov,2021, faixa etária entre 31 e 40 anos).

Me eninou a ser forte, pensar mais em Deus, e de que, diante de uma doença, assim, não somos nada. (I-6-SES/SEMSA-S, nov, 2021- faixa etária entre 41 e 50 anos).

Penso sim, mas o ritmo de vida não me permite de dedicar a outras atividades, além dos plantões e família (I-31-SES/SEMSA-S, nov,2021- faixa etária de 51 a 60 anos).

Sim, penso, sim, porisso, pensar melhor na vida, na minha família (I-10-SES/SEMSA-EM, nov,2021- faixa etária entre 31 e 40 anos).

Sim, muito, só Deus para nos manter vivos e sem maiores agravos na pandemia. (I-11-SES/SEMSA-EM, nov, 2021- faixa etária de 41 a 50 anos).

Sim, sentimento de gratidão, de mais amor ao próximo, valorizar mais a família e a Deus e meus pares. O homem não [e nada sem Deus (I-12-SES/SEMSA-EM,nov,2021-faixa etária de 41 a 50 anos).

Sim, com certeza, a valorizar mais a vida (I-19-SES/SEMSA-EM, nov,2021- faixa etária entre 51 e 60 anos).

Sim, Deus em primeiro lugar, foi ele que me salvou de pegar a doença na forma grave, apesar de já ser idoso, quero viver mais, por isso, temos que cuidar melhor de nos e da família (I-20-SES/SEMSA-EM, nov,2021- faixa etária entre 61 e 70 anos).

Não há dúvidas de que a pandemia da COVID-19, que provoca a mais grave crise sanitária no mundo neste primeiro quarto do século XXI, gerou muitos e diversos debates entre diferentes sujeitos, independente de classe social, sistema de governos, países desenvolvidos ou em desenvolvimento, qualquer que seja a denominação, países, partidos e ou simpatizantes de direita ou esquerda; envolveu todos os tipos e formas de religiões, poder político ou mesmo do judiciário. Cada um, do seu jeito, faz a defesa que tem mais proximidade com seu histórico de vida e relações pessoais (CASTRO et al, 2020, p.8).

A pandemia do Covid-19 promoveu quase a falência múltipla do sistema capitalista, o muro de defesa de suas ações caiu; trouxe a necessidade de reformas, de corte de gastos, a meritocracia e o empreendedorismo como alternativas ao trabalho regulado e justo, a falta de prioridade no combate as desigualdades , à exemplo de um sistema de saúde público, resgate dos princípios dos direitos humanos, formação de um sistema de solidariedade, que assim como o

coronavírus não conheceu barreiras geográficas, fortalecendo laços e a população impactada pelo agravo.

Um vírus tão pequenino que não tomou conhecimento de fronteiras geográficas, econômicas, sociais e culturais, mas que, ao mesmo tempo, expôs mais uma das crises cíclicas do capital já bastante aprofundada a partir da implementação dos ideais neoliberais e globalização.

Sobre a globalização, Santos (2004, p.18), distingue, pelo menos, mundos em um só, a globalização enquanto fábula, a globalização enquanto perversidade e o mundo como possibilidade de construir uma outra globalização, que reconhece os indivíduos enquanto sujeitos de direitos e saberes com vias a construção de uma sociedade mais justa, equidária e solidária.

O autor esclarece que na Globalização maléfica, (SANTOS, 2009, p.122) todo o aporte do capital é feito para serviço da alta burguesia hegemônica, cabendo às demais empresas e ao grosso da população é praticamente o residual na elaboração dos orçamentos públicos”.

A globalização “constitui o estágio supremo da internacionalização, a amplificação em ‘sistema-mundo’ de todos os lugares e de todos os indivíduos, embora em graus diversos”. Nesses espaços comandados pelo capital são do “mandar”, de “obedecer”. Significa obter riqueza somente pela riqueza, ou seja, pela necessidade de impor o poder pelo poder segundo a dinâmica do sistemasociometabólico do capital, onde o espaço é submetido ao capital enquanto a sociedade é governada pela lógica da mercadológica, ou seja, a lógica do capital (SANTOS,2008,P.45).

No Brasil, décadas antes da chegada da pandemia Covid-19, Santos (2004; 2007) trouxe desafios da cidadania diante da organização e produção do espaço brasileiro nos moldes do mundo globalizado, enquanto raiz das transformações atuais. O espaço das cidades passou a ser dotado de distorções sociais, pois, hoje, no seio do espaço urbano existe uma divisão socioespacial em classes, acarretando crônicos problemas de deterioração do cidadão, que passa a ter acesso a serviços e bens conforme sua renda permite. Mota (1995) na obra “Cultura da Crise e Seguridade Social”,orquestrada pela ofensiva neoliberal, a ação sociorreguladora do Estado se retrai o atendimento das necessidades de trabalhadores e trabalhadoras onde o Estado prioriza as relações mercantis do mercado, limitando sua responsabilidade social à segurança pública(p.33).

Um ponto comum entre os entrevistados quanto aos ensinamentos da pandemia foi a impotência do indivíduo cidadão frente aos impactos da doença; ou seja, a doença não reconhece espaço geográfico, situação política, econômica, fisiológica, raça, cor, gênero entre outros, demonstrando a impotência dos seres humanos diante da doença.

Não há dúvida quanto aos impactos da Covid-19 as vidas dos indivíduos em nível global, e em velocidade e dinâmica nunca vista com a qual se disseminou, demarcando especificidade. dessa dinâmica espaço-temporal da doença. Ao propor uma visão de espaço geográfico totalizante

do mundo, Santos (2013, p.119) argumenta que é indispensável partir de sua província do saber, de um aspecto da realidade global, o que incluir, considerar as contradições sociais a partir da noção do não-cidadão enquanto indivíduo consumidor dos serviços públicos.

Observando o mapa do país, é fácil constatar amplas áreas vazias de hospitais, postos de saúde, escolas, universidades e de outros serviços essenciais à vida social e à vida individual. Quando observamos as periferias das cidades, mesmo as dotadas de uma considerável densidade demográfica, tais serviços são ainda mais ausentes.

Contra a lógica concentradora, sugerimos uma perspectiva de práxis transformadora defendida por Paulo Freire, que dentro do seio da Educação Formal elabora um modelo de Educação que visa através da ação da maioria oprimida, dominada e carente de direitos, uma ação visando à busca por mudanças nesse modelo segregador de sociedade do consumo, com o objetivo de conduzir a uma redução da diferenciação qualitativa do espaço (SANTOS, 2013, p.119).

Ao inferirem sobre o ensinamento da pandemia Covid19, a concepção de cidadão percebida é a de potencializador de humanidade, de homem genérico. Marx (2010, p.117) incorpora de Feuerbach a ideia de que o que caracteriza o ser humano, ou seja, a capacidade de se relacionar de forma consciente com a sua espécie, com o ser humano genérico. Sousa et al (2020) a pandemia Covid-19, por se tratar de um fenômeno sócio-histórico de interesse global, tem sido fator influenciador de modificações estruturais nas relações e nas organizações humanas em todos os países, em especial naqueles em desenvolvimento.

No caso brasileiro, os autores advertem que o enfrentamento de uma pandemia depende entre outras ordens, da ação do Estado para gerir as melhores e as mais coerentes estratégias com fins de diminuição de casos novos e/ou eliminação da transmissão. Mas, contraditoriamente, o que temos assistido no país são flagrantes problemas de caráter governamental permeados por conflitos partidários. A integridade humana dos profissionais de saúde e a atenção dada pelo Estado frente à Covid-19, reflete o panorama nacional de elevado mortalidade destes profissionais, vítimas doença no país (SOUSA et al, 2020, p.3483).

Acredita-se que essa repercussão social advinda do surgimento da pandemia da Covid-19 o Brasil em associação com a incapacidade do governo em enfrentar a situação, esteja também motivada pelo processo de degradação do Sistema Único de Saúde, do desmantelamento da aparelhagem pública, do retrocesso no avanço da ciência e tecnologia e da corrupção que assola o país inclusive durante o período da pandemia (SOUSA et al, 2020; BRASIL,2020).

E, por último, a relação dos homens com a morte, onde os autores explicam que a aceitação, elemento do segundo ato, é forjada na aproximação e no conhecimento de mortes de

pessoas conhecidas ou próximas de onde residem. No entanto, aquelas mortes vistas em noticiários fazem parte do primeiro ato, possibilitando a revelação progressiva e a apropriação do conhecimento sobre a doença. Ao constatar o aumento da mortalidade no Brasil, os homens se percebem atingidos mentalmente, com ameaças ao seu bem-estar psicológico, temem o adoecimento mental, motivados em grande parte pelo confinamento, desassossego, angústia, ansiedade e pelo estresse pós-traumático (SOUSA, 2020, p.3485).

Saber gerenciar tantas perdas de familiares, amigos e, mesmo, desconhecidos, tem sido muito difícil para os(as) trabalhadores (as) entrevistados (as), como também, para o mundo, pois vivenciamos um luto coletivo, intergeográfico e sem qualquer diferenciação de espaços enquanto locus do luto, e como já enfatizamos neste estudo, uma das faces mais cruel da globalização e capital. Mas, o que é o luto?

Para Freitas et al (2020, p.3) o Luto é um processo natural de resposta a um rompimento de vínculo, ou seja, quando perdemos alguém ou algo significativo na nossa vida. O significado, as explicações, os rituais de passagem entre a vida e a morte e o processo de enlutamento variam conforme cada sociedade e suas diferenças culturais, cosmológicas e religiosas, bem como as circunstâncias em que ocorre a morte.

Cada sociedade estabelece os códigos culturais aceitáveis para o estabelecimento de rituais fúnebres de seus entes queridos, que envolvem desde cerimônias de despedidas, homenagens, até modos diversos de tratamento dos corpos, como o enterro ou a cremação (FREITAS et al,2020).

Durante o contexto pandêmico da Covid-19 a morte se tornou mais próxima e súbita do que nos parâmetros de rotina. Morte repentina, inesperada e precoce é preditora considerada complicadora para elaboração do luto normal e pode gerar transtornos psicológicos importantes nos indivíduos que vivenciam suas perdas com esse perfil. Sendo assim, em pandemia temos o processo de luto sofrendo atravessamentos, com desdobramentos que potencializam o risco de agravar os sofrimentos psíquicos individuais e coletivos (FREITAS et al, 2020).

Compreender, aprender e gerir esse luto tem sido posto como um dos desafios a ser superado pelo homem na pandemia Covid-19. O avanço das tecnologias, da internet, das redes e grupos sociais tem constituídos em um permanente apoio e estratégia para minimizar esse efeito maléfico da pandemia.

Diante de milhões de mortos no mundo por contaminação por coronavírus, a dor de um tornou-se a dor da maioria. E apesar do luto ser vivenciado de diferentes formas, conforme a cultura em cada sociedade, a essência, no caso, a dor da perda, é o elo de ligação do conjunto de povos que formam diferentes sociedades.

Outro fator de dor, além da perda, tem sido a não oportunidade de despedida deste ente querido conforme os costumes de cada sociedade. Em 2020, inúmeros governos, inclusive o brasileiro, assistiu, omissamente, a sepultamentos serem realizados em valas, onde eram amontoados vários corpos, sendo assegurado a família, quando muito, a presença a distância de um único familiar.

A repercussão negativa foi tão intensa, que, em 2021, mesmo com o aprofundamento de contaminação pela doença e aumento no número de mortes, a prática não se repetiu. O estado do Amazonas é um exemplo de tais práticas.

Os autores ressaltam a importância de que os rituais de despedida são organizadores, importantes para um processo de luto normal dos indivíduos e o impedimento de viver esse momento pode trazer intensos sentimentos de raiva, horror, choque que são somados a uma experiência de luto na comunidade, não apenas restrito ao âmbito familiar ou social mais próximo, aumentando o risco de luto complicado e de retomada de investimento nas situações necessárias para o enfrentamento da vida. É necessário desenvolver ou estimular junto aos enlutados, uma possibilidade de ritualizar e dar significado ao que estão enfrentando (p.4).

A pandemia Covid-19 tem deixado seu lastro de morte e dor também aos nossos irmãos e parentes indígenas, considerando que temos assistido o avanço da doença nas aldeias indígenas, como medida preventiva e de segurança, passaram a restringir ou suspender seus rituais fúnebres tradicionais, e ao mesmo tempo, demandam ao poder público que o problema seja objeto de debates no sentido de buscar alternativas para conciliar particularidades culturais das etnias aos protocolos restritivos do Governo pela pandemia(EL PAIS, 2020).

Recentemente, 12/01/2022, o Ministério Público Federal de Roraima-RR entrou com ação solicitando o direito aos povos indígenas de sepultar seus parentes mortos pela Covid-19 enterrados em condições e formas diferenciadas de sua cultura-sepultamentos coletivo e em valas. Em liminar, a justiça federal assegurou esse direito e determinou ao Estado a exumação dos corpos de indígenas e seus translados as suas comunidades de origem para o devido sepultamentos conforme os seus costumes e cultura.

De forma geral, não resta dúvida de que as múltiplas perdas, principalmente de pessoas da rede socioafetiva aprofunda o processo de sofrimento já iniciado com o medo de contaminação, de precisar do sistema de saúde, já colapsado, a forma de sepultamentos e luto.

Ao buscarmos as contribuições da antropologia para análise sobre como diferentes indivíduos convivem com o luto frente a morte de um ente querido, Minayo (2009) explica que a antropologia como ciência empreende investigações para evidenciar os modos como sociedades, populações e grupos específicos produzem, reproduzem e simbolizam suas

relações, exercitando uma prática compreensiva das realidades sociais e também uma prática epistemológica sobre a cientificidade de suas próprias descobertas.

Menezes (2004) explica que o processo de morrer não é único, mais diversificado e complexo, e vivido de diferentes formas por cada indivíduo, segundo o momento histórico e os contextos socioculturais. O morrer é construído socialmente.

De acordo com Rodrigues (2009), na contemporaneidade, a morte é compreendida como uma fatalidade, determinada e certa e ou como um acaos, dependente de fatores que podem ser controlados pela intervenção humana. Menezes(2004,p.30) explica que no século XX, a relação homem-morte passa por transformação, passando a mesma por um processo de silenciamento; ou seja, de tabu, a compeção de morte passa a ser discutida, problematizada, questionada pelo homem, passa a ser objeto, inclusive, de estudo científico.

Assim como a morte, o luto também passa a ser objeto de análise crítica, com destaque, durante a pandemia Covid-19, considerando o lastro de família enlutadas, muitas vezes, denominadas, de “órfãos da Covid-19”, tamanha a devastação humana causada pela doença. O luto, como já evidenciamos, o constructo do luto envolve um processo normativo de adaptação às perdas, abrangendo emoções, cognições, sensações físicas e mudanças comportamentais. Se essas perdas são de pessoas da rede socioafetiva, esse processo exige uma práxis social fundada na apreensão das divrentes formas de como aceitar essa perda, de entender e reconhecimento o sofrimento que a perda acarretou, construir diferentes estratégias que ajude a passar por este processo de perda com menos sofrimento, uma vez que suprimir a dor tende a prolongá-la; construir novas formas de cotidianidade onde a pessoa morta não estar[a mais presente, reaprender a viver sem a presença fica daquela pessoa entre outros (MAYLAND *ET AL.*, 2020; WALLACE *ET AL.*, 2020; WEIR, 2020A; TAYLOR, 2019;WALK *ET AL.*, 2018).

O contexto pandêmico contribuiu também, segundo nossos (as) entrevistados (as) para a espiritualidade, para uma maior aproximação de Deus, em suas diferentes formas e dimensões. O principal veiculo dessa aproximação rtem sido a religiosidade; ou seja, uma oportunidade para aprofundar a fé religiosa ou um relacionamento pessoal com Deus (KOENIG, 2020).

De acordo com o autor, o confinamento obrigatório, imposto legalmente em muitos casos, é também um dever ético, motivado pela solidariedade e pela preocupação com todos os outros seres humanos – sem distinções de raça, credo religião ou ideologia – para preservar vidas (P.1). Mas, quem é esses seres humanos a não ser, o homem genérico, conforme caracterizado pelo marxismo.

De acordo com o autor, apalavra genérica estar para a matéria damesma forma que o o Ser, o Ser real estar para o *devoir*, ao mesmo tempo; ou melhor, o movimento universal

eternamente é resultado da soma infinita de todos os movimentos parciais, neles, incluídos, os infinitamente pequenos, o conjunto total das ações e das reações mútuas e das transformações incessantes de todas as coisas que vão se produzindo e que vão desaparecendo, uma por uma, a produção e a reprodução eterna do Todo por cada ponto e de cada ponto pelo Todo, a causalidade mútua e universal (p. 409).

Nesse sentido, o homem genérico, somos todos nós inseridos em qualquer que seja a sociedade. Koenig (2020,p.1), ainda referindo-se ao isolamento social e demais impactos aos seres humanos durante o contexto pandêmico da Covid-19, à exemplo do que ocorreu nos campos de concentração na Alemanha,durante guerra, infere que acabamos novamente confrontados pela nossa existência “nua e crua” e somos desafiados a dar nossas respostas. Agora, não se preocupar com o outro pode ser tão danoso quanto não cuidar de si mesmo.

O autor ressalta que a potencialidade dos efeitos do coronavírus nos seres humanos exige um esforço conjunto de toda a humanidade unida, considerando que este expôs de forma profunda, o quão vulneráveis somos, principalmente, na condição de que todos nós somos ao mesmo tempo transmissores e potenciais vítimas. Nessa luta contra um poderoso inimigo invisível a olho nu, o fortalecimento enquanto homem genérico, papel de destaque tem sido o sentimento de solidariedade enquanto essencial ao ser humano.

É por meio da solidariedade, enquanto esforço comum e continuado uma via possível que nos levará ao retorno possível da normalidade. Que essa experiência dolorosa estimule a união necessária não termine quando a doença estiver vencida, mas que seja a catalisadora de um esforço por um novo ser humano, que melhore as condições de vida para todos e compartilhe melhor os recursos de que já dispomos (KOENIG,2020,P.1;HORESH & BROWN, 2020).

O sentido da vida tem haver com o bem comum, tem haver com liberdade, equidade e auteridade, tem haver com o reconhecimento do homem genérico frente ao homem unitário, no reconhecimento do outro enquanto sujeito de direito e potencializados de uma práxis social comprometida com uma sociedade mais humana e cidadã. Implica no reconhecimento dos principais princípios que regem a vida humana em sociedade (Oliveira, Oliveira-Cardoso, Silva, & Santos, 2020, p.3; Frankl, 1946/2012; Heintzelman & King, 2019, 2014; Hill, 2018).

Na psicologia, o sentido da vida estar na possibilidade de proporcionar às pessoas uma vida mais significativa, prazerosa e que vale a pena ser vivida; estar vinculada a transcendência à participação na construção do bem comum, tornando-a mais concreta (Seligman (2019).

Essa seria a vida concreta a ser vivida por qualquer pessoa, independentemente de sua classe social ou status, de seu lugar no mundo ou conhecimento filosófico. A vida concreta e

cotidiana do homem é dotada de significado, abre caminho para refletir sobre o homem real, vinculando a vida ao sentido até então, filosófico, podendo ser vivenciada por qualquer pessoa.

Nesse sentido, encerramos essa reflexão sobre a vida com as palavras do psiquiatra Viktor Frank (2008) em homenagem aos quase 650.000 mortos pela Covid-19 no Brasil até 22/02/2022; ou melhor, a todos os trabalhadores (as) e futuros trabalhadores (as) que tiveram seus sonhos de um futuro e velhice cidadã usurpado pela doença, diante de um Estado e desgoverno capturado pelo capital e omissos diante do colapso não somente sistema de saúde, mas do conjunto de políticas públicas imprescindíveis ao bem estar dos cidadãos brasileiros.

Tomando o desafio de manterem-se vivos diante de mais de dois anos de pandemia, a vida é sofrimento para trabalhadores (as), e sobreviver significa dor, se há, de algum modo, um propósito na vida, deve haver também um significado na dor e na morte. Cada um deve descobri-lo por si mesmo, e aceitar a responsabilidade que sua resposta implica. Se tiver êxito, crescerá, apesar das indignidades. Nas palavras de Nietzsche: "Quem tem por que viver pode suportar quase qualquer coisa" VIKTOR FRANKL (2008,p.16).

Aqui não significa assumir postura negativista das potencialidades do ser humano, mas o contrário, entende-lo enquanto sujeito potencial na mudança de conjuntura das mais adversas como o contexto pandêmico da covid-19, resignificando-se, reiventando-se, e responsável por algo perante a vida.

E, ainda, se o homem não tivesse criado a si mesmo, no trabalho, como ente genérico-social, se a liberdade não fosse fruto da sua atividade, do seu autocontrole sobre a sua própria constituição orgânica, não poderia haver nenhuma liberdade real; a liberdade obtida no trabalho originário é, por sua natureza, primitiva, limitada; mas esta constituição não altera o fato de que a liberdade mais alta e espiritualizada deve ser conquistada com os mesmos métodos com que se conquistou aquela do trabalho mais primitivo, e que o seu resultado, não importa o grau de consciência, tenha, em última análise, o mesmo conteúdo: o domínio do indivíduo genérico sobre a sua própria singularidade particular, puramente natural. Ou seja, o trabalho possa ser realmente entendido como modelo de toda liberdade LUKÁCS, 2013,p.114)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objeto deste estudo e pesquisa foi analisar a saúde do trabalhador e trabalhadora em Manaus/Amazonas. Teve como objetivo geral refletir sobre o envelhecimento de trabalhador (a), sua condição de vida, trabalho e de saúde e suas implicações para a vivência de uma velhice ativa e saudável em tempos de pandemia Covid-19 em Manaus/AM. Mais especificamente, levantar o mapa da pandemia covid-19, identificando regiões de maior índice de morbidade junto ao segmento de trabalhadores da saúde e educação, as ações do Cerest Amazonas na prevenção e proteção destes sujeitos sociais em 2020/2021; analisar história de vida de trabalhadores (as) envelhescentes e envelhecidas suas vivências e ações de cuidado em si anterior e no contexto pandêmico e seus desdobramentos em prol de melhores de trabalho, saúde condições de vida desses trabalhadores.

A reflexão apontou para a complexidade da relação entre questão social, Estado e cidadania na sociedade capitalista contemporânea e que esta possui como pano de fundo a garantia dos direitos a partir das políticas públicas enquanto instrumento mediador desta

relação, onde a concepção de políticas públicas é dissociada do direito de cidadania assegurado na Constituição Federal de 1988.

A relação entre Estado, Questão Social e Cidadania tem se apresentado de forma contraditória, visto que o Estado tem atuado mitigando os conflitos capital-trabalho, porém, defendendo os interesses do capital, na maioria das vezes, sem destoar de práticas enraizadas historicamente, atua, minimizando os conflitos de classe gerados pela expropriação da força de trabalho, retirando deles, o máximo de lucro por meio da mais valia (MARX,1988).

Nesse cenário, a classe trabalhadora não ficou a margem deste processo, mas tem pautado suas demandas de forma ativa junto ao Estado e ao Capital, resultando na construção de políticas públicas voltadas para as necessidades da classe trabalhadora, contraditoriamente.

Mas essa luta não ocorre em condições de igualdade; o sistema sociometabólico do capital, desde sua gênese, tem investido visando obter cada vez mais lucros fundado na exploração cada vez maior da força de trabalho, o que traz sérios impactos ao trabalhador e ao prolongamento do tempo de trabalho, níveis de saúde e de vida, constituindo-se em mais uma das dimensões da manifestação da questão social na ordem e no tempo do capital.

O cenário aqui traçado não quer dizer que o Estado é apropriado unilateralmente pela burguesia, pelo contrário, na relação capital-trabalho, o Estado atua ao mesmo tempo que essa relação é atravessada por lutas sociais, obrigando o capital a reinventar-se a cada crise cíclica, constringindo novas estratégias de exploração do homem e, o Estado, por sua vez, se complexifica na ordem do capital, negando, até então, seu caráter de órgão neutro na mediação da relação capital-trabalho, conforme concebido pela teoria crítica marxista.

Neste processo, as políticas sociais públicas são, necessariamente, produtos de lutas históricas dos trabalhadores e alicerçadas por outra sociabilidade, com capacidade de reduzir as desigualdades sociais, porém, não de superá-las, pois, a pobreza e as desigualdades tem sua gênese na estrutura capitalista a partir da produção coletiva e apropriação privada da riqueza social. Constituem-se na materialização dos direitos sociais, onde o Estado é o provedor e garantidor destes bens públicos na perspectiva de direito e como responsável pela não transgressão de valores como equidade e justiça social para a realidade.

Entre as principais políticas públicas a ser gerida pelo Estado temos a política de saúde (Lei nº 8.080/90) para a qual a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício por meio de formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Possui como determinantes e

condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Art. 1º 2) e 3º da Lei nº 8.080/90).

No âmbito do trabalho, o parágrafo terceiro do Art.5º dessa Lei define o campo da saúde do trabalhador como conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, visando à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

Apesar de assegurada no texto constitucional de 1988, na Lei nº 8.080/90 e Portaria nº 1.823/2012 que instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) , a luta por este direito datam dos anos 1940 e envolveu diferentes segmentos de trabalhadores, sindicalistas, juristas, legisladores, militantes que integravam os movimentos de defesa da justiça e da vida, homens e mulheres, jovens e velhos, todos unidos por um fio condutor comum: a defesa intransigente da saúde, da dignidade, do direito à voz e da transformação do mundo do trabalho.

Porém, o estudo demonstrou que existe, ainda, uma distância muito grande entre o direito assegurado nesses marcos normativos e legais e as reais condições de trabalho e saúde de trabalhadores e trabalhadoras no Brasil, em especial, no Estado do Amazonas na área da educação federal (IFAM) e da saúde (SES e SEMSA), considerando relatos de condições precárias de trabalho, adoecimento, prolongamento de jornada de trabalho e do tempo de vida no trabalho pelos servidores, tendo se aprofundado nesses mais de dois anos de pandemia.

No Amazonas, apesar de termos implementados os CERESTs, o estudo evidenciou a precária atuação destes centros nas ações voltadas para os trabalhadores da área da saúde e educação federal, considerando que, conforme relatórios de gestão estadual e municipal, as ações estão mais voltadas para fiscalização na iniciativa privada, ficando desassistidos dessa fiscalização os trabalhadores dos equipamentos federais, estaduais e municipais, prova disto tem sido o alto número de trabalhadores destas áreas contaminados, adoecidos, sequelados e mortos, principalmente nestes pouco mais de dois anos de pandemia Covid-19 no Amazonas.

Até a chegada da Pandemia Covid-19, em mais de 30 anos de promulgação da Constituição Federal de 1988, continuamos a conviver com uma tragédia brasileira. Talvez a maior de todas, onde dezenas de milhões de trabalhadores mortos, acidentados, enfermos e ou incapacitados pelo trabalho legalmente reconhecidos pelas estatísticas oficiais no período, mesmo diante de forte movimento de luta e na resistência por melhores condições quanto à

saúde do(a) trabalhador (a), caso não fosse essa práxis social aguerrida e resiliente do segmento de trabalhadores, com certeza, a tragédia seria ainda maior.

A crescente exigência do capital por maior produtividade nos processos de trabalhos intensifica a exploração da força de trabalho, intensificando e antecipando o declínio biológico, as debilidades físicas e mentais na velhice. Transforma o tempo de vida do trabalhador em tempo de trabalho para valorizar o capital em detrimento das qualidades e necessidades humanas do trabalhador, com destaque, para aqueles que envelhecem na periferia do sistema, onde o tempo de trabalho se estende ao tempo de envelhecer, na construção de sociedade de consensos, de consumo de bens, mercadorias e serviços.

O Brasil tem enfrentado a pandemia do Covid-19 em cenário bem adverso, de profunda crise econômica e social, tem mais de 50 milhões de pessoas sem proteção de um contrato de trabalho, outra parcela, tudo indica, de igual tamanho, de trabalhadores apesar de formais, convivem com situação precárias no ambiente laboral, além do retrocesso da garantia de direitos decorridos das últimas reformas estatais, deixando o emprego formal cada vez mais parecido com a informalidade, “flexibilizando” direitos e, assim, deixando-os mais vulneráveis às crises.

Mundialmente, a pandemia do coronavírus já se caracteriza como a maior crise de saúde pública dos últimos séculos, até o dia 24 de janeiro de 2022 foram contabilizados 2.899.491 casos confirmados nas últimas 24 horas no mundo; 349.641.119 de casos confirmados e 5.592.266 mortes desde a declaração da pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

No Brasil, até o dia 23/01/2022, foram 84.230 novos casos de Covid-19 em 24 horas, chegando ao total de 24.044.437 diagnósticos confirmados e 623.145 mortes desde o início da pandemia. A média móvel de casos nos últimos 7 dias ficou em 148.212, maior marca registrada até hoje, marcando o sexto recorde seguido. Considerando a comparação à média de 14 dias atrás, a variação foi de +309%, indicando tendência de alta nos casos da doença. Em 22/02/2022, o número de mortes está próximo a 650.000 (G1,2022).

Enquanto isso, na contramão das ações implantadas pelos governos ao nível mundial, o presidente Bolsonaro continua a negar a gravidade da pandemia, ações de proteção ao trabalhador caracterizadas como insuficientes, denúncias de corrupção no governo na aquisição de vacinas, retardamento do processo de aquisição das vacinas, negação da ciência, imposição de kit covid-19 em desacordo com a prescrição da OMS, e demais organizações científicas mundiais, nacional e locais, militarização do ministério da saúde entre outros.

Ou seja, podemos inferir que, atuou na contramão da ciência e de suas atribuições enquanto presidente do país e representante do Estado em prover políticas sociais públicas a população, mas aprofundou a crise durante esses mais de dois anos de pandemia do coronavírus

que atuou em garantir o direito a saúde da população, sendo omissa, inclusive, na crise de oxigênio no Amazonas em janeiro de 2021. Daí, considerar, como muitos pesquisadores, como o desgoverno de Bolsonaro no gerenciamento da pandemia do coronavírus no país.

No Amazonas, a Pandemia do coronavírus seguiu o mesmo rastro e trilha devastadora de contaminação e mortes em meio a escândalos de corrupção do governo de Wilson Lima, colapso da saúde pública estadual e rede privada, em particular, no mês de janeiro de 2021, mês em que dezenas de pessoas morreram não pela doença, mas por falta de oxigênio na rede pública de saúde. Em pouco mais de dois anos de pandemia foram mais de 464.913 casos confirmados, 13.863 mortes e 8.505 casos confirmados nas últimas 24 horas até 23/01/ 2022. Há exemplo das ações do governo federal, as ações estaduais também foram avaliadas como insuficientes na gestão da pandemia no estado, principalmente, relacionada a saúde do trabalhador.

O estudo apontou que a maioria dos trabalhadores da educação federal e saúde estadual e municipal atribuem a geração de renda para os sentidos do trabalho; avaliam como precárias e preconizadas as condições de trabalho e saúde, ambiente fértil para o adoecimento dos (as) servidores (as); apesar do perfil socioeconômico destes na educação federal e saúde municipal serem aproximados, na saúde estadual, estão as memores remunerações.

Na educação federal, a maioria não possui plano de saúde. A perda salarial nos últimos seus anos tem contribuído para os servidores abrirem mão do direito a saúde suplementar e acesso a plano de saúde, outros, migram para operadoras e planos mais baratos tentando mantê-los por mais algum tempo. A saúde estadual tem acesso ao plano HAPvida, enquanto a saúde municipal, ao plano de saúde próprio, MANAUSPREV.

Em termos geral, a segurança dos trabalhadores da educação federal e da saúde estadual e municipal tem deixado a desejar, com destaque, para o período de pandemia. As condições de trabalho e carga horária não tem contribuído para a prevenção e promoção da saúde deste seguimento da população. São mínimos os entrevistados que dizem conhecer alguma ação no campo da saúde do trabalhador, mesmo na pandemia, desconhecem se existe setor de saúde trabalhador na instituição ou unidade de saúde, plano de biossegurança, e as ações descritas ficam limitadas as campanhas de câncer, suicídio e vacinação.

Não há diferença significativa nas condições de trabalho que possibilite o envelhecimento da categoria de trabalhadores analisada (IFAM, SES e SEMSA) considerando padrões recomendados pela OMS, nos processos de trabalho precários, condições materiais insuficientes, excesso de demanda por servidor, situações de assédio moral entre outros.

Durante a Pandemia Covid-19, a situação ficou mais acentuada. Na educação federal foi implantado o trabalho remoto e ou sistema híbrido (remoto e presencial), porém, o excesso de

demanda para cada servidor, além do medo, ansiedade, e mortes de familiares e colegas de trabalho contribuíram para um maior número de servidores adoecidos. Na saúde estadual e municipal, as condições desfavoráveis: excesso de pacientes por servidor; escassez do quadro de profissionais para o trabalho diário; falta de EPIs, matérias e medicamentos para atendimentos aos usuários, medo de contaminação e morrer, contribuindo para o adoecimento psicossocial da maioria dos trabalhadores e trabalhadoras entrevistados.

A prevenção para um envelhecimento ativo e cidadã foi mencionado por uma minoria dos entrevistados, os quais relatam fazerem visitas e exames periódicos, praticar algum tipo de atividade física, alimentação saudável, lazer em família e religiosidade, mas nenhum deles (as) relataram destinar mensalmente algum valor do salário para poupar para uso na velhice. Apenas um entrevistado declarou não acreditar em velhice cidadã.

A Práxis social dos (as) trabalhadores e trabalhadoras ativos quanto sua prevenção, promoção, cuidados e suas condições de vida para vivenciar, no futuro, uma velhice cidadã no Amazonas é ponto de preocupação para a maioria dos entrevistados, apesar de avaliarem que não tem sido possível conciliar as demandas do trabalho com a vida cotidiana em relação aos hábitos e ações voltadas mais efetivamente para tal.

São conscientes de que precisam inserir esta prática em suas vidas, mas a condição de trabalho diariamente não tem possibilidades atuarem em suas vidas privadas conforme desejavam, tendo consciência de que esta situação trará impactos negativos as suas vidas no futuro, ao mesmo tempo que relatam a necessidade de trabalharem para manter as necessidades da família, que nesse momento, tem sido a prioridade dos serviços e servidoras.

O presente estudo veio confirmar a tese defendida nos momentos iniciais de planejamento e problematização de mais esta manifestação da questão social que envolve as condições de trabalho, saúde, envelhecimento e de vida de trabalhadores(as) no IFAM, SES e SEMSA no Amazonas, onde afirmamos que, mesmo considerando os determinantes e condicionantes do sistema de produção capitalista quanto ao processo de reprodução da velhice, onde o tempo do trabalhador é expropriado pelo capital, este tem sido incapaz de aliená-los quanto a qualquer possibilidade de exercer o controle sobre seu tempo vital, para além do viés epistemológico e adentrando na teia de relações nutridas na ontologia do ser social.

E, ainda, mesmo diante de condições tão adversas, à exemplo da pandemia Covid-19, colapso do sistema de saúde brasileiro em todos os entes federativos, a categoria de trabalhadores(as) do IFAM, SES e SEMSA tem conseguido gestar processos empíricos, que, apesar de não constituí-se em práxis, tem contribuído na valorização de suas vidas,

reassignificam-se, reinventam-se, cotidianamente, revendo hábitos e cuidados imprescindíveis ao envelhecimento e velhice cidadã a partir do tripé trabalho, saúde e condição de vida.

Considerando que estamos saindo da terceira onda da pandemia Covid-19, com novas filas para internação em vários estados brasileiros, em particular, no Amazonas, Fiocruz (2022), inferimos sobre a necessidade de continuarmos os estudos tendo em vista que, os trabalhadores da educação federal e saúde estadual e municipal ainda não tiveram tempo suficiente para refletirem sobre os reais impactos da pandemia Covid-19 em suas vidas, ou mesmo, das sequelas da doenças entre os contaminados, visto que, são obrigados a retornarem ao trabalho mesmo sem a instituições oferecer as condições previstas em seus planos de biossegurança.

Ao mesmo tempo que defendemos a necessidade de ampliarmos o estudo ao segmento dos policiais e bombeiros no Amazonas, considerando serem outra categoria que vem apresentando um crescente número de adoecimento e transtornos psicossociais a partir da declaração da pandemia pela OMS em março de 2020, à exemplo do estudo de Viana et al (2020) realizados entre os policiais no Mato Grosso. Uma pesquisa realizada em agosto de 2020 pelo *International Journal of Disaster Risk Reduction* apontou algumas recomendações aos policiais e bombeiros durante e após a Covid-19.

Concluimos este estudo refletindo sobre a situação de todos(as) trabalhadores (as) vitimados pela Covid-19, pelos viúvos e viúvas, órfãs da covid-19, bem como a todos os demais trabalhadores (as) impactados pela doença, seja, econômica, ou biopsicossocialmente pela doença, que vivem período de profunda exclusão social nunca vivenciada até então, conjuntura esta que nos faz lembrar da música “cidadão” de Lucio Barbosa e música de Zé Ramalho que há décadas já retratava situação de exclusão do operariado brasileiro, em especial, aqueles vindo do norte e nordeste do Brasil.

Tá vendo aquele edifício, moço?
Ajudei a levantar
Foi um tempo de aflição
Era quatro condução
Duas pra ir, duas pra voltar
Hoje depois dele pronto
Olho pra cima e fico tonto
Mas me vem um cidadão
E me diz, desconfiado
Tu 'tá aí admirado
Ou 'tá querendo roubar?
Meu domingo 'tá perdido
Vou pra casa entristecido
Dá vontade de beber
E pra aumentar o meu tédio
Eu nem posso olhar pro prédio
Que eu ajudei a fazer

'Tá vendo aquele colégio, moço?
Eu também trabalhei lá
Lá eu quase me arrebento
Fiz a massa, pus cimento
Ajudei a rebocar
Minha filha inocente
Vem pra mim toda contente
Pai, vou me matricular
Mas me diz um cidadão
Criança de pé no chão
Aqui não pode estudar
Essa dor doeu mais forte
Por que é que eu deixei o norte?
Eu me pus a me dizer
Lá a seca castigava
Mas o pouco que eu plantava
Tinha direito a comer
'Tá vendo aquela igreja, moço?
Onde o padre diz amém
Pus o sino e o badalo
Enchi minha mão de calo
Lá eu trabalhei também
Lá foi que valeu a pena
Tem quermesse, tem novena
E o padre me deixa entrar
Foi lá que Cristo me disse
Rapaz deixe de tolice
Não se deixe amedrontar
Fui eu quem criou a terra
Enchi o rio, fiz a serra
Não deixei nada faltar
Hoje o homem criou asa
E na maioria das casas
Eu também não posso entrar
Fui eu quem criou a terra
Enchi o rio, fiz a serra
Não deixei nada faltar
Hoje o homem criou asas
E na maioria das casas
Eu também não posso entrar

Lúcio Barbosa, Zé Ramalho)

REFERÊNCIAS

A TRIBUNA. [site da internet]. **73.2 mil militares recebem auxílio emergencial indevidamente e devem ser punidos**. Artigo jornalístico. [cited 2020 May 9]. Available from: <https://www.atribuna.com.br/noticias/atualidades/73-2-mil-militares-recebem-aux%-C3%ADlio-emergencial-indevidamente-e-devem-ser-punidos-1.100799>

ABBAGNANO N. **Dicionário de filosofia**. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.

ABEGG, Caroline. **Assistência Social como Linha de Frente das Políticas Públicas Ante a Pandemia do Covid-19**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 05, Ed. 08, Vol. 05, pp. 25-32. Agosto de 2020. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/ciencias-sociais/linha-de-frente>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/ciencias-sociais/linha-de-frente
Acesso em 06.01.2022.adequacao_acs_versao-001.pdf

ANS-Agência Nacional de Saúde. Nota Informativa da ANS – Número 1: **Sobre Coronavírus – COVID-19**. 2020 [cited 2020 mar 20]. Available from: http://www.ans.gov.br/images/comunicado01_coronavirus.pdf.

ANS-Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Nota técnica 4:** orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-COV-2). Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2020 [acesso 04 jan 2021]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/>

ANS-Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2).** Nota Técnica n o 04/2020 GVIMS/GGTES/ ANVISA. [https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas?task=callelement&format=raw&item_id=836&element=f85c494b-2b32-4109-b8c1-083cca2b7db6&method=download&args\[0\]=5da686556b937e9db0cea5439b8633fd](https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas?task=callelement&format=raw&item_id=836&element=f85c494b-2b32-4109-b8c1-083cca2b7db6&method=download&args[0]=5da686556b937e9db0cea5439b8633fd) (acessado em 14/Jun/2020).

AHMED Z, Ahmed O, AIBAO Z, HANBIN S, SIYU L, AHMAD A. **Epidemic of COVID-19 in China and Associated Psychological Problems.** Asian J Psychiatr 2020; 51:102092.

ALBUQUERQUE, S.M.R.L. **Envelhecimento ativo:** desafios do século. SP: Andreoli, 2008.

ALCADIPANI, Rafael. **Academia e a Fábrica de Sardinhas.** Revista O&S. Salvador, v. 18, n. 57, abr./jun. 2011, p. 345-348.

ALENCAR, Mônica Maria Torres de; GRANEMANN, Sara. **Ofensiva do capital e novas determinações do trabalho profissional.** Revista Katálysis, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 161-169, 2009.

ALMEIDA, I. M. (2020). **Proteção da saúde dos trabalhadores da saúde em tempos de COVID-19 e respostas à pandemia.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 45, e17. <http://dx.doi.org/10.1590/scielopreprints.140>.

ALMEIDA, V. L. GONÇALVES, M. P. & LIMA, T. G. **Direitos Humanos e pessoa Idosa: publicação de apoio ao curso de capacitação para a cidadania: Atenção e Garantia dos Direitos da Pessoa idosa.** Brasília: Secretaria Especial dos direitos Humanos, 2005.

ALVES, G. **A tragédia de Prometeu.** Bauru: Práxis, 2016.

ALVES, Giovanni. **O novo (e precário) mundo do trabalho: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo.** 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2005.

ALVES, Giovanni. **Marxismo, a alienação e o tempo histórico da barbárie social do capital.** Katál., Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 57-62, jan./jun. 2013.

ALVES, JED, CAVENAGHI, S. **Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento.** REVISTA PORTAL de Divulgação, n.40, Ano IV. Mar/Abr/Mai, 2014, ISSN 2178-3454. www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista, 2014.

ALVES. Giovanni. **Trabalho e reestruturação produtiva no Brasil neoliberal – Precarização do trabalho e redundância salarial.** Rev. Katál. Florianópolis v. 12 n. 2 p. 188-197 jul./dez. 2009

AMARAL, André Luís Vizzaccaro; MOTA, Daniel Pestana; ALVES, Giovanni. **Trabalho e saúde : a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no Século XXI** / André Luís Vizzaccaro-Amaral, Daniel Pestana Mota, Giovanni Alves , (organizadores) . — São Paulo : LTr, 2011.

AMB-Associação Médica Brasileira (AMB) [Internet]. São Paulo; 2020 [citado em 5 abr 2020]. **Faltam EPIs em todo o país; [aproximadamente 2 telas]**. Disponível em: <https://amb.org.br/epi/>

AMORIM, T. G. F. N. **Qualidade de vida no Trabalho: preocupação também para servidores públicos?** RECADM: Revista Eletrônica de Ciência Administrativa, v. 9, n. 1, p. 35-48, maio/2010.

ANDRADE H. **IBGE projeta Brasil com mais idosos do que crianças em 21 anos** [Internet]. 25 de julho de 2018[cited 2019 Jun 19]. Portal UOL. Available from: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2018/07/25/ibge-projeta-brasil-com-mais-idosos-do-que-criancas-em-21-anos.htm>» <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2018/07/25/ibge-projeta-brasil-com-mais-idosos-do-que-criancas-em-21-anos.htm>

ANTUNES R. (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2006. v. I. (Org.). Riqueza e miséria do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2013. v. II

ANTUNES R. **O avesso do trabalho** (3ª ed., Coleção Mundo do Trabalho). São Paulo: Boitempo, 2006.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. São Paulo: Cortez, 2015. (Edição especial de 20 anos.)

ANTUNES R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2010.

ANTUNES R. **Qual é o futuro do trabalho na Era Digital?** Laborare 2020

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho** – ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2003. 6ª ed. São Paulo : Boitempo.

ANTUNES, R. **Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 2 ed., 10 reimp. rev. e ampl. São Paulo: Boitempo, 2009. (Coleção Mundo do Trabalho).

ANTUNES, Ricardo . **Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho**. / Ricardo L. Antunes. — II. cd. — São Paulo : Cortez/ ; Campinas, SP ; Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2006.

ANTUNES, Ricardo . **O caráter polissêmico e multifacetado do mundo do trabalho**. Trabalho, Educação e Saúde, 1(2): 229-237, 2003.

ANTUNES, Ricardo L. C.. **A sociedade dos adoecimentos no trabalho**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015 <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.030>

ANTUNES, Ricardo. Trabalho e precarização numa ordem neoliberal. **n. 35 (2010): Educação Física e o Mundo do Trabalho I, Ano**

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho.** São Paulo. Cortez, 1995.

ANTUNES, Ricardo. **A ontologia singularmente humana do trabalho.** n. 35 (2010): Educação Física e o Mundo do Trabalho I, Ano XXII, nº 35, Dezembro/2010, Publicado: 2010-07-01, Entrevista/Ponto de Vista/Ricardo Antunes para os estudos marxistas da sociologia do trabalho.

ANTUNES, Ricardo. Capítulo II. Trabalho e precarização numa ordem neoliberal. **In La Ciudadania Negada. Políticas de Exclusión en la Educación y el Trabajo.** CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires, ano 2000. Reestructuración del empleo; Empleo; Trabajo; neoliberalismo. Capítulo de Libro Tipo de documento <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/gt/20101010021549/3antunes.pdf>.

ARANTES JT. **Estudo avalia a vulnerabilidade de trabalhadores na crise causada pela pandemia de COVID-19.** Agência FAPESP 2020; 30 abr. <https://agencia.fapesp.br/estudo-avalia-a-vulnerabilidade-de-trabalhadores-na-crise-causada-pela-pandemia-de-covid-19/33065/>.

ARAUJO, T. M.; ROTENBERG, L. **Relações de gênero no trabalho em saúde: a divisão sexual do trabalho e a saúde dos trabalhadores.** In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (Org.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 131-150.

ARAÚJO, José Júlio César do Nascimento; MOURÃO, Arminda Rachel Botelho. **O trabalho precário nos Institutos Federais: uma análise dos processos de intensificação do trabalho verticalizado** Educ. Pesqui., São Paulo, v. 47, e226325, 2021, p 1-14.

ARENDT, Hannah. **A condição humana.** 10 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. p.8-15.

ARISTÓTELES. (2016). **Ética a Nicômaco** (L. F. de Souza, trad.). São Paulo, SP: Martin Claret. (Trabalho original publicado em 300 a.C.).

AROUCA, Sergio. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.** São Paulo, Rio de Janeiro: Editora Unesp, Editora Fiocruz, 2003.

ARRETCHE, M. **Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas.** Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, n. 39, 1995.

ASSUNÇÃO, A. A.; JACKSON FILHO, J. M. **Transformações do trabalho no setor saúde e condições para cuidar.** In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (Org.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 45-65.

AYRES JRCM, CALAZANS GJ, SALETTI Filho HC, França-Júnior I. **Risco, vulnerabilidade e prá - ticas de prevenção e promoção da saúde**. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organiza - dores. Tratado de Saúde Coletiva. São Pau - lo: Hucitec Editora/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 375-417.

AYRES JRCM, FRANÇA JÚNIOR I, CALAZANS GJ, Sa - LETTI FILHO HC. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizado - res. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 117-39.

BAKER MG, PECKHAM TK, SEIXAS NS. **Estimating the burden of United States workers exposed to infection or disease: a key factor in containing risk of COVID-19 infection**. medRxiv 2020; 6 mar. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.02.20030288v1>.

BAKUNIN, Mikhail. **Considerações filosóficas sobre o fantasma divino, o mundo real e o homem**. In: FERREIRA, A. C.; TONIATTI, T. B. (Orgs.). **De baixo para cima e da periferia para o centro: textos políticos, filosóficos e de teoria sociológica de Mikhail Bakunin**. Niterói: Alternativa, 2014.

BARRETO, M. **Violência, saúde e trabalho: uma jornada de humilhações**. São Paulo: EDUC, 2000.

BARROS, M. E. B., & PIMENTEL, E. H. do C. (2012). **Políticas públicas e a construção do comum: interrogando práticas psicológicas**. Revista Polis e Psique, 2 (2), 3-22. [Links]
 BARROSO, B. I. L., SOUZA, M. B. C. A., BREGALDa, M. M., LANCMAN, S., & COSTA, V. B. B. (2020). **A saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional**. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. 28(3), 1093-1102. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF2091>

BARSANO, Paulo Roberto. **Segurança do trabalho: guia prático e didático** / Paulo Roberto Barsano, Rildo Pereira Barbosa – 2. ed. – São Paulo : Érica, 2018.

BARTLETT H, PEEL N. Healthy Ageing in the community. In: Andrews GF, Phillips DR. Ageing and place: **perspectives, policy, practice**. New York: Routledge; 2005. p. 98-109.

BBC News Brasil [Internet]. São Paulo: Vinícius Lemos; 2020 [citado em 5 abr 2020]. Ministério Público do Trabalho analisa morte de doméstica no RJ **após patroa ter coronavírus**; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-51982465>

BEAUVOIR, S. A velhice (Martins, M. H. S., Trad.). RJ: Nova Fronteira, 1990.
 BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BEHRING, E.R. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti. **A condição da política social e a agenda da esquerda no Brasil**, SER Social, Brasília, v. 18, n. 38, p. 13-29, jan.-jun./2016. DOI: https://doi.org/10.26512/ser_social.v18i38.14265

BEHRING, Elaine Rossetti. **Expressões políticas da crise e as novas configurações do estado e da sociedade civil**. In: CFESS/ABEPSS (org.). In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 69- 86.

BEHRING; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca Básica de Serviço Social);

BENEVIDES, R., & PASSOS, E. (2005). **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, 10 (3), 561-571. [[Links](#)]

BERCOVICI G, MASSONETTO LF. **A Constituição dirigente invertida: a blindagem da Constituição financeira e a agonia da Constituição econômica**. Boletim de Ciências Econômicas 2006; 49:57-77. [[Links](#)]

BIZARRIA, Fabiana Pinto de Almeida. [et al]. **Saúde X trabalho: perspectivas de evolução do campo da saúde do trabalhador**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde, v. 5, p. 2031-2042, 2014.

BLANCH, J. M. et al. **Cuestionario de bienestar laboral general: estructura y propiedades psicométricas**. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, Madrid, v. 26, n. 2, p. 157170, 2010.

BLANCH, J. M.; SAHAGÚN, M.; CERVANTES, G. **Estructura factorial del cuestionario de condiciones de trabajo**. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, Madrid, v. 26, n. 3, p. 175-189, 2010.

BORGES, L. O. **Efeitos psicossociais da precarização do emprego: um breve balanço dos estudos desenvolvidos em Natal**. In: MENDES, A. M.; BORGES, L. O.; FERREIRA, M. C. (Org.). Trabalho em transição, saúde em risco. Brasília, DF: UnB, 2002. p. 90-109.

BORN, T.; BOECHAT, N. S. **A qualidade dos cuidados ao idoso Institucionalizado**. In: BOSCHETTI, Ivanete. Implicações da reforma da previdência na segurança social brasileira. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 57-96, janeiro de 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822003000100005&lng=en&nrm=iso>. acesso em 05 de julho de 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822003000100005>.

BOSI, Alfredo. **Dialética da colonização**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

BOSI, E. **Memória e sociedade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

BOSI, Ecléa. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. SP: Companhia das Letras, 1987.

BOURDIEU, Pierre e PASSERON, Jean-Claude. **A reprodução**. Rio: Francisco Alvez, 2003.

BRASIL.Ministério da Saúde (BR). **Coronavirus COVID-19: atendimento odontológico no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso 04 jan 2021]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/COVID_19_ATENDIMENTO%20ODONTOLOGICO_SUS_APS_20200319_ver001.pdf

BRASIL .Ministério da Saúde (BR). **Coronavirus COVID-19: protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso 04 jan 2021]. Disponível em: <https://saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/30/20200330-ProtocoloManejo-ver06-Final.pdf>

BRASIL. / Ministério da Saúde. **Saúde do trabalhador e da trabalhadora** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 41 – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/POP-EPI-19-MAR-protoclos-novo-ver001.pdf

BRASIL.Ministério da Saúde (BR). **Coronavirus COVID-19: recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais**.Brasília: Ministério da Saúde; 2020[acesso 04 jan 2021].Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/16/01-recomendacoes-de-protecao.pdf>

BRASIL.Plataforma RENAST Online [Internet]. [citado em 5 abr 2020]. **Saúde do Trabalhador**; [aproximadamente 3 telas]. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/saude-trabalhador> ,acesso,21,dez,2020.

BRASIL.Ministério da Saúde (BR). **Doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19)**. Boletim Epidemiológico 11. 17 abr 2020 [acesso 04 jan 2021]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/18/2020-04-17---BE11---Boletim-do-COE-21h.pdf>

BRASIL .Ministério da Saúde (BR). **Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso 04 jan 2021].

BRASIL .Ministério da Saúde (BR). **Portaria N° 2.349, de 14 de setembro de 2017**. Aprova a classificação de risco dos agentes biológicos elaborada em 2017, pela comissão de biossegurança em saúde (CBS), do Ministério da Saúde. Diário Oficial União. Acesso em 06.01.2022.

BRASIL.Ministério da Saúde (BR). **Portaria N° 3.204, de 20 de outubro de 2010**. Aprova norma técnica de biossegurança para laboratórios de saúde pública. Diário Oficial União. 21 out 2010.

BRASIL.Ministério da Saúde (BR). **Procedimento operacional padronizado: equipamento de proteção individual e segurança no trabalho para profissionais de saúde na APS no atendimento às pessoas com suspeita ou infecção pelo novo coronavírus (COVID-19)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso 04 jan 2021]. Disponível em: <https://www.>

BRASIL .Ministério da Saúde (BR). **Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020[acesso 01 jan 2021]. Disponível em: http://www.saudedafamilia.org/coronavirus/informes_notas_oficios/recomendacoes

BRASIL.Ministério da Saúde (BR). **Recomendações para os profissionais de saúde no âmbito das equipes de referência para a população do campo, floresta e água referente ao COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso 04 jan 2021]. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/08/recomendacoes-profissionais-saude-campo-floresta-agua--covid19-17abril2020.pdf>

BRASIL.Ministério da Saúde (BR). **Recomendações para os profissionais no âmbito das equipes de consultório na rua referentes ao COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020[acesso 04 jan 2021]. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/>

BRASIL Ministério da Saúde. **Ficha de notificação completa para casos suspeitos e prováveis de Novo Coronavírus (COVID-19)**. <https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=3PRKP3CAJ3> (acessado em 14/Jun/2020).

BRASIL Ministério da Saúde. **Ficha de registro individual – casos de síndrome respiratória aguda grave hospitalizado**. http://189.28.128.100/sivep-gripe/Ficha_SIVEP_GRIPE_SRAG_Hospital_31_03_2020.pdf (acessado em 14/ Jun/2020).

BRASIL .Ministério do Trabalho (BR). **Normas regulamentadoras 6: equipamento de proteção individual**. Brasília: Ministério do Trabalho; 1978 [acesso 04 jan 2021]. Disponível em: http://www.trtsp.jus.br/geral/tribunal2/LEGIS/CLT/NRs/NR_6.html

BRASIL.Ministério do Trabalho e Emprego (Br). **Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005**. Aprova a norma regulamentadora nº 32 (Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. 2005.

BRASIL.Ministério Público do Trabalho **analisa morte de doméstica no RJ após patroa ter coronavírus**. BBC Brasil. Recuperado em 20 de março de 2020, de <https://www.bbc.com/portuguese/brasil51982465>

BRASIL. (2020). **Protocolo de manejo clínico para o novo-coronavírus (2019-nCoV)**. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 23 de março de 2020, de <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus.pdf>

BRASIL. (2020, 2 de abril). **Projeto de Lei do Senado nº 873/2020**. Promove mudanças no auxílio emergencial instituído pela Lei nº. 13.982, de 2 de abril de 2020, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, seção 1, p. 2. Recuperado em 20 de março de 2020, de <https://legis.senado.leg.br/norma/32180339> [Links]

BRASI. **Portaria GM/MS nº 492, de 23 de março de 2020**. Institui a ação estratégica “O Brasil Conta Comigo”, voltada para os alunos dos cursos da área de Saúde, para o enfrentamento da pandemia do coronavírus (COVID-19). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, seção 1, p. 56. [Links]

BRASIL **Portaria GM/MS nº 492, de 23 de março de 2020**. Institui a ação estratégica “O Brasil Conta Comigo”, voltada para os alunos dos cursos da área de Saúde, para o enfrentamento da pandemia do coronavírus (COVID-19). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, seção 1, p. 56.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. 1991[cited 2020 mar 20]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18213compilado.htm.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial da União, Brasília, 5 out. 1988. Disponível em: .

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. **Decreto no 10.282, de 20 de março de 2020.** Regulamenta a Lei no 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. Diário Oficial da União 2020; 20 mar.

BRASIL. **Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011:** dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. Diário Oficial da União [Internet]. 8 nov 2011 [citado em 5 abr 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm

BRASIL. **Lei n. 10.741, de 1º de setembro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. São Paulo: Sugestões Literárias, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Coronavírus: Boletim epidemiológico 15.** Brasília: MS; 2020. [cited 2020 May 9]. Available from: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/09/2020-05-06-BEE15-Boletim-do-COE.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doença pelo coronavírus 2019. Boletim Epidemiológico 17** - COE Coronavírus - 09 de abril de 2020. Brasília: MS; 2020. [cited 2020 May 9]. Available from: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/29/2020-05-25---BEE17---Boletimdo-COE.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.679, de 20 de setembro de 2002.** Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast, evidenciada durante a sua implantação. Diário Oficial da União, Brasília, 21 set. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.437, de 7 de dezembro de 2005.** Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador-Renast no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 8 dez. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.728, de 11 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 12 nov. 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012:** institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União [Internet]. 2012 [citado em 5 abr 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. **Protocolo nº 008/2011: protocolo da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde – MNNP – SUS.** Brasília, DF;

2011 [citado em 5 abr 2020]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/10/protocolo08.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de **Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Coordenação-Geral de Urgência**. Força Nacional do Sistema Único de Saúde. Protocolo de manejo clínico para o novo coronavírus (2019-nCoV) [Internet]. Brasília (DF); 2020 [citado em 5 abr 2020]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200330_ProtocoloManejo_ver06_Final.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2018). **Saúde do trabalhador e da trabalhadora** (Cadernos de Atenção Básica, No. 41). Brasília: Ministério da Saúde. [[Links](#)]
 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2018). **Saúde do trabalhador e da trabalhadora** (Cadernos de Atenção Básica, No. 41). Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. **Portaria n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009**. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 dez. 2009.

BRASIL. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006a. Divulga o **Pacto pela Saúde 2006** – Consolidação do SUS e aprova Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 23 fev. 2006.

BRASIL. **Portaria n. 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, 29 mar. 2006. Disponível em: . cap4.indd 121 16/2/2011 13:40:12 122
 Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea

BRASIL. **Resolução CFESS nº 493, de 21 de agosto de 2006**. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do trabalho profissional do Serviço Social. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 ago. 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/2U1ulys>>. Acesso em: 26 nov. 2017.

BRASIL. **Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [texto na Internet]. Brasília; 1994. [citado 2005 Maio 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm

BRASIL. Ministério da Saúde, **Boletim Epidemiológico nº 46/2021**

BRAVO, M. I. S. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2013. CISNE, M. Gênero, divisão sexual do trabalho e serviço social. São Paulo: Outras Expressões, 2015.

BUB MBC. **Ética e prática profissional em saúde**. Texto Contexto Enferm 2005 Jan-Mar; 14(1):65-74.

BUCCHIANERI GW. **Is SARS a poor man's disease?** Socioeconomic status and risk factors for SARS transmission. Forum Health Econ Policy 2010; 13(2). <https://doi.org/10.2202/1558-9544.1209>.

BURDORF A, Porru F, RUGULIES R. **The COVID-19** (Coronavirus) pandemic: consequences for occupational health. Scand J Work Environ Health 2020; 46:229-30.

CDH. Agência Senado 2020. **Assembleia legislativa que pede prorrogação do auxílio emergencial vai para CDH**. Agência Senado 2020; 10 ago. <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/08/10/ideia-legislativa-que-pede-prorrogacao-do-auxilio-emergencial-vai-para-cdh>.

CAMISASSA , Mara **História da Segurança e Saúde no Trabalho no Brasil e no mundo**, 23mar,2016, Link: <http://genjuridico.com.br/2016/03/23/historia-da-seguranca-e-saude-no-trabalho-no-brasil-e-no-mundo/>

Campbell AM. An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives. Forensic Science Inter 2020; 2:100089.

CANDIDO et al. **Evolution and epidemic spread of SARS-CoV-2 in Brazil** Science 369, 1255–1260 (2020) 4 September 2020 <http://dx.doi.org/10.1093/jtm/taaa042>. [Links]

CANDIDO, D. S., WATTS, A., ABADE, L., KRAEMER, M. U. G., PYBUS, O. G., CRODA, J., OLIVEIRA, W., KHAN, K., SABINO, E. C., & FARIA, N. R. (2020). **Routes for COVID-19 importation in Brazil**. Journal of Travel Medicine , 27 (3), 1-

CANGUILHEM G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. [1960]2000. 3 HALBWACHS M La théorie de l'homme moyen; essai sur Quêtelet et la statisque morale, tese de letras, Paris, 1912.

CASTEL, R. **A dinâmica dos processos de marginalização**: da vulnerabilidade à 'desfiliação'. Caderno CRH, Salvador, 1997 n. 26-27, p. 19-40.

CASTEL, Roberto. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Tradução de Iraci D. Poleti. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **COVID-19 in racial and ethnic minority groups**. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/racial-ethnic-minorities.html> (acessado em 14/Jun/2020).

CEOLIN, George Francisco. **Crise de capital, precarização do trabalho e impactos no Serviço Social**. Serv. Soc. São Paulo, n. 118, p. 239-264, junho de 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282014000200003&lng=en&nrm=iso>. acesso em 20 de junho de 2020. <https://doi.org/10.1590/S0101-66282014000200003> .

CESARINO, C. B.; CASAGRANDE, L. D. R. **Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico**: atividade educativa do enfermeiro. Rev.latinoam.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 31-40, outubro 1998.

CHERCHIGLIA, M. L. et al. **Gênese de uma política pública de ações de alto custo e complexidade:** as terapias renais substitutivas no Brasil. Revista Médica de Minas Gerais, Minas Gerais, v. 16, p. 83 - 89, 2006.

CLOT, Y. (2007). **A função psicológica do trabalho.** Petrópolis, RJ: Vozes.

CLOT, Y. (2008). Entrevista: Yves Clot. Mosaico: **Estudos em Psicologia**, Belo Horizonte, 2 (1), 65-70. [[Links](#)]

CLOT, Y. (2010). **Trabalho e poder de agir.** Belo Horizonte: Fabrefactum. [[Links](#)]

CNN. [site da internet] **Como evitar que o Brasil se torne o novo epicentro da Covid-19?**. 2020. [cited 2020 May 9]. Available from: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/05/09/como-evitar-que-o-brasil-setorne-o-novo-epicentro-da-covid-19>

CCCCN-Comitê Científico de Combate ao **Coronavírus do Consórcio Nordeste – C4NE**. (2020). Recuperado em 20 de abril de 2020, de <https://www.comitecientifico-ne.com.br> [[Links](#)]

COFFITO -Conselho Federal de Fisioterapia e **Terapia Ocupacional**. (2020). Fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais do Brasil. Brasília: COFFITO. [[Links](#)]

COSTA, Danilo et al . **Saúde do Trabalhador no SUS:** desafios para uma política pública. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 38, n. 127, p. 11-21, jun. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 out. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000100003>.

COSTA, M. Dalva H. da. **Os serviços na contemporaneidade: notas sobre o trabalho nos serviços.** In: MOTA, Ana Elizabete (org.). A Nova Fábrica de Consensos. São Paulo: Cortez, 2. ed., 2000, p. 97-113.

COUTINHO, C. N. **O estruturalismo e a miséria da razão.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1972, p.106.

COUTINHO, Carlos Nelson; PAULO NETTO, José. **Apresentação.** In: LUKÁCS, György. **Arte e sociedade:** escritos estéticos 1932-1967. Organização e tradução de Carlos Nelson Coutinho e José Paulo Netto. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. da UFRJ, 2011. p. 8-20)

COUTOA, Marcia Thereza; BARBIER, Carolina Luisa; MATOSA, Camila Carvalho de Souza Amorim. **Considerações sobre o impacto da covid-19 na relação indivíduo-sociedade:** da hesitação vacinal ao clamor por uma vacina. Saúde Soc. São Paulo, v.30, n.1, e200450, 2021,p.1 a 11.

CUCINOTTA, D., & VANELLI, M. (2020). **WHO Declares COVID-19:** a pandemic. Acta Bio Medica Atenei Parmensis , 91 (1), 157-160. <http://dx.doi.org/10.23750/abm.v91i1.9397>. [[Links](#)]

D`ÁVILA, R. et al. **Sobrevida de pacientes renais crônicos em diálise peritoneal e hemodiálise.** Jornal Brasileiro de Nefrologia, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 13-21, 1999.

D24am. Leia mais em <https://d24am.com/coronavirus-no-amazonas/um-ano-da-tragedia-que-sufocou-vidas-no-amazonas/>, acesso em 18, jan, 2022.

D24am. <https://d24am.com/coronavirus-no-amazonas/saude-beira-o-colapso-com-fim-de-vagas-de-uti/>, abril, 2020. Acesso em 23, jan, 2022.

Dai Y, Hu G, Xiong H, Qiu H, Yuan X. **Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China.** medRxiv 2020; 6 mar. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.03.20030874v1>.

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

DEBERT, G. G. “**A Antropologia e o Estudo dos Grupos e das Categorias de Idade**”, in; M. M. Lins de Barros (org.), **Velhice ou Terceira Idade?** Rio de Janeiro, FGV, 1998.

DEBERT, G. G.; SIMÕES, J.A. **Envelhecimento e velhice na família contemporânea.** In: FREITAS, E.V. et al. (Eds.). 2.ed. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1366-73.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice: sociabilização e processos de reprivatização do envelhecimento.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999. 2004

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** São Paulo: Cortez, 1992.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento trabalho.** São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo de Psicopatologia do trabalho.** São Paulo: Cortez, 1992.

DESCLAUX A, SOW K. « Humaniser » **les soins dans l'épidémie d'Ebola** ? Les tensions dans la gestion du care et de la biosécurité dans le suivi des sujets contacts au Sénégal. *Anthropologie et Sante.* 2015 [citado em 7 abr 2020];11. Disponível em : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/1751#quotation>

DEVAKUMAR D, SHANNON G, BHOPAL SS, ABUBAKAR I. **Racism and discrimination in COVID-19 responses.** *Lancet* 2020; 395:1194.

DIAS BC. **Pandemia da Covid-19 e um Brasil de desigualdades: populações vulneráveis e o risco de um genocídio relacionado à idade.** <https://www.abrasco.org.br/site/gtenvelhecimentoesaudecoletiva/2020/03/31/pandemia-do-covid-19-e-um-brasil-de-desigualdade-populacoes-vulneraveis-e-o-risco-de-um-genocidio-relacionado-a-idade/> (acessado em 14/Jun/2020).

DIAS, E. C. & HOEFEL, M. G. **O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da Renast.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4): 817-828, 2005.

DIAS, E. C. **Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?**, 1994. Tese de Doutorado, Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

DIAS, E. C. et al. **Construção da Renast em Minas Gerais: a contribuição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest)**, 2002-2007. Revista Médica de Minas Gerais, 20(Supl.2): S66-S75; 2010.

DIAS, E.C., SILVA, T.L., CHIAVEGATTO, C.V., and CAMPOS, J.C.R.A.S. **Desenvolvimento de Ações de Saúde do Trabalhador no SUS: a estratégia Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast)**. In: GOMEZ, C.M., MACHADO, J.M.H., and PENA, P.G.L., comps. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011, pp. 107-122. ISBN 978-85-7541-365-4. <https://doi.org/10.7476/9788575413654.0006>.

DIOGO, M. J. D.; NERI, A. L.; CACHIONI M. **Saúde e qualidade de vida na velhice**. São Paulo: Alínea, 2004.

DIOGO, M.J.; D'Élboux; NERI, A.L. & CACHIONI (Org.): **Saúde e qualidade de vida na velhice**, São Paulo, Ed. Elínea, 2009.

DVAST/BA- Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Orientações técnicas para a investigação e notificação de casos de Covid-19 relacionados ao trabalho. http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/orientacoestecnicascovid-st_divast_final_2junho2020_1.pdf (acessado em 14/Jun/2020). Disponível em: <<https://bit.ly/2tO4ShZ>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

DRAIBE, S. M. Welfare State no Brasil: características e perspectivas. Caderno, NEPP/UNICAMP, n. 08, 1993. Disponível em: <https://www.nepp.unicamp.br/biblioteca/periodicos/issue/view/104/CadPesqNepp8>. Acesso em: 07 ago. 2021.

DRAIBE, S., HENRIQUE, W. **Welfare state, crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 3, n. 6, 1988.

DRAIBE, Sônia e WILNÊS Henrique. **Pesquisa "A Crise Internacional e as Políticas Sociais Uma Proposta de Análise Comparada"** NEPP-UNICAMPFUNDAP, 1984-1986; Pesquisa "Sistemas Previdenciários Comparados: Padrões de Financiamento e Gestão da Seguridade Social em Perspectiva Internacional" NEPP-IE-UNICAMP-MPAS, 1985-1987.

DRUCK G, DUTRA R, SILVA SC. **The labor counterreform: outsourcing and precarization as a rule**. Caderno CRH 2019; 32:289-305.

DRUCK, G. **Terceirização no serviço público: múltiplas formas de precarização no trabalho**. In: NAVARRO, V. L.; LOURENÇO, E. A. S. (Org.). O avesso do trabalho IV: terceirização, precarização e adoecimento no mundo do trabalho. São Paulo: Outras Expressões, 2017. p. 59-87.

ENGELS, Friederich. **O papel do trabalho na transformação do macaco em homem**. 1876. Disponível em: . Acesso em: 28 agost. 2021.

- SCOREL, S. Vidas ao léu – **trajetórias de exclusão social**. 1999. Rio de Janeiro : Fiocruz.
- ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do welfare state. Luz Nova, n. 24, p. 85-116, set. 1991 Estado da Saúde; 2020 [acesso 04 jan 2021]. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/docs/covid19/PLANO_CORONAVIRUS_02052020.pdf
- FABRIZ DC. **Bioética e direitos fundamentais: a bioconstituição como paradigma do biodireito**. Belo Horizonte: Mandamentos; 2003.
- FALEIROS, Vicente de Paula. **O Serviço Social no cotidiano: fios e desafios**. Serv. Soc. Soc., São Paulo , n. 120, p. 706-722, dez. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282014000400007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 jul. 2020. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.006>.
- FARIAS, Pedro César Lima de. F224s **A seguridade social no Brasil e os obstáculos institucionais à sua implementação**. Brasília: MARE/ENAP, 1997
- FERNANDES MA, MARZIALe MHP. **Occupational risks and illness among mental health workers**. Acta Paul Enferm. 2014;27(6):539-47. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400088>.
- FERREIRA, Leandro Silveira. **Segurança do trabalho I** / Leandro Silveira Ferreira, Néverton Hofstadler Peixoto. – 2. ed. – Santa Maria : UFSM, CTISM, Rede e-Tec Brasil, 2014.
- FIHO, J. M. J., ASSUNÇÃO, A. A., ALGRANTI, E., GARCIA, E. G., SAITO, C. A., & MAENO, M. (2020). **A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID -19**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional , 45 (e14), 1-3. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369ed0000120>. [Links]
- FILGUEIRAS VA, LIMA UM, SOUZA IF. **Os impactos jurídicos, econômicos e sociais das reformas trabalhistas**. Caderno CRH 2019; 32:231- 52.
- FIORI, J. L. **Estado de Bem-Estar Social: padrões e crises**. PHYSIS: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, p. 129-147, 1997.
- FIORI, José Luís . **Estado do Bem-Estar Social: Padrões e Crises**. Texto disponível em www.iea.usp.br/artigos .
- FISHER D, HEYMANN D. Q&A: **the novel coronavirus outbreak causing COVID-19**. Journal List. BMC Med [Internet]. 2020 [cited 2020 mar 22]; 18:57. DOI: <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12916-020-01533-w>.
- FORTES, Ronaldo Vielmi **Trabalho e Gênese do Ser Social na “Ontologia” de György Lukács** / Ronaldo Vielmi Fortes. – Florianópolis: Em Debate/UFSC, 2016. 292 p.
- FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo (SP): Martins Fontes; 2002
- FOUCAULT, M. **Hermenêutica do sujeito**. São Paulo (SP): Martins Fontes; 2004.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade 2: o cuidado de si**. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 1988.

FRANKL, V. (2012). **O homem em busca de um sentido** (F. J. Gonçalves, trad.). Alfragide: Lua de Papel. (Trabalho original publicado em 1946).

FRANKL, Viktor E. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. 29. ed. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2008.

FREIRE, Lúcia M. de B. **O Serviço Social e a saúde do trabalhador diante da reestruturação produtiva nas empresas**. In: MOTA, Ana Elizabete (org.). *A Nova Fábrica de Consensos*. São Paulo: Cortez, 2. ed., 2000, p.167-179.

FREITAS GF, OGUISSo T, FERNANDES MFP, MASSAROLLO MCKB. **Direitos do paciente com base nos princípios da bioética principialista**. Rev Paul Enferm. 2005;24(4):28-32.

FREITAS, Carlos **Machado..Processo de Luto no Contexto da Covid-19**. COGO, Adriana Silveira, Bernardo Dolabella Melo, Daphne Rodrigues Pereira, Fernanda Serpeloni, Juliana Fernandes Kabad, Maria Helena Pereira Franco e Michele Souza e Souza Coordenação: Débora da Silva Noal e Fabiana Damásio Coordenador do CEPEDES: Carlos Machado de Freitas Pesquisadores colaboradores de **Atenção Psicossocial e Saúde Mental do Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde** (CEPEDES) da Fiocruz, Rio de Janeiro,2020.Acesso em 22,jan,2022.

FREITAS, E. V. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**.RJ: Guanabara Koogan, p. 768-77, 2006

FREITAS, E.V., KOPILLER, D. **Atividade Física no Idoso**. In: **FREITAS, E.V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

Frias Junior, Carlos Alberto da Silva. **A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 135 p.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **Trabalho, conhecimento, consciência e a educação do trabalhador: impasses teóricos e práticos**. In: GOMEZ, Carlos Minayo et. al. (orgs). *Trabalho e conhecimento: dilemas na educação do trabalhador*. São Paulo: Cortez, 2002. p. 13-26.

FRIZZO, H. C. F., & CORRÊA, V. A. C. (2018). **Terapia ocupacional em contextos hospitalares: a especialidade, atribuições, competências e fundamentos**. Revista Família Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social , 6 (1), 130-139. [[Links](#)]

FVS/AM-Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas – FVS-AM. **Plano de contingência estadual para infecção humana pelo SARS-COV-2 (COVID-19)**. Manaus: Secretária de FUNDAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO AMAZONAS (FVS). Manaus tem 5,5% de profissionais de saúde infectados pelo novo coronavírus. Manaus: FVS, 2020. Disponível em: http://www.fvs.am.gov.br/noticias_view/3884. Acesso em: 05 maio 2020.

G1.Auxílio Emergencial: 9,7 milhões aguardam análise, diz Caixa. G1 2020; 24 mai. <https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/05/24/auxilio-emergencial-97-milhoes-aguardam-analise.ghtml>. 46. Filgueiras L, Druck G. A mudança de conjuntura e a resiliência de Bolsonaro. Le Monde Diplomatique Brasil 2020; 15 jul. <https://diplomatique.org.br/a-mudanca-de-conjuntura-e-a-resiliencia-de-bolsonaro/>.

G1. **Curva de mortes de Covid-19 no Brasil está mais rápida que a da Espanha**, dizem universidades. G1. Recuperado em 20 de março de 2020, de <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/04/23/curva-de-mortes-de-covid-19-no-brasilesta-mais-rapida-que-a-da-espanha-dizem-universidades.ghtml>

GALDINO, A. Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e as **Notificações de Acidentes do Trabalho**, 2010. Dissertação de Mestrado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

GALLASCH CH, CUNHA ML, PEREIRA LAS, SILVA-JUNIOR JS. Prevenção relacionada à exposição ocupacional do profissional de saúde no cenário de COVID-19. Rev enferm UERJ. 2020; pg.1-6, acessado em 01/01/2021.

GALVÃO A, Castro B, KREIN JD, TEIXEIRA MO. **La bor reform: precarious work and the challeng - esforunions**. Caderno CRH 2019; 32:253-70. TRABALHO, SAÚDE, VULNERABILIDADE E COVID-19 13 Cad. Saúde Pública 2020; 36(12):e00178320

GARNELO, L; SOUSA, A. B. L.; SILVA, C. O. **Regionalização em Saúde no Amazonas**: avanços e desafios. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1225-1234, abr. 2017.

GAULEJAC, V. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social**. Aparecida: Ideias e Letras, 2007.

GEORGES, R. **A distância que nos une: um retrato das desigualdades brasileiras**. São Paulo: Oxfam, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2hs9Flk>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

GOMES. Pedro Henrique & SANT'ANA, Jéssica, g1 Brasília. <https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/12/07/apos-distorcer-proposta-da-anvisa-bolsonaro-chama-passaporte-da-vacina-de-coleira.ghtml>, acesso em 17, jan, 2022.

GOMEZ, Carlos Minayo; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. **Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1963-1970, jun. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601963&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04922018>.

GORBALENYA, A. E., BAKER, S. C., BARI, R. S., GROOT, R. J., DROSTEN, C., GULYAEVA, A. A., HAAGMAN, B. L., LAUBER, C., LEONTOVICH, A. M., NEUMAN, B. W., PENZAR, D., PERLMAN, S., POON, L. L. M., SAMBORSKIY, D., SIDOROV, I. A., SOLA, I., & ZIEBUHR, J. (2020). **Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses – a statement of the Coronavirus Study Group**. BioRxiv, 1-15. In press. <https://doi.org/10.1101/2020.02.07.937862>. [Links]

GOULART, P. M. et al. **Questionário de bemestar no trabalho**: estrutura e propriedades psicométricas. Estudos de Psicologia, Campinas, 2012, v. 29, p. 657-665, 2012. Suplemento 1.

GOUMENOU, M., SARIGIANNIS, D., TSATSAKIS, A., ANESTI, O., DOCEA, A. O., PETRAKIS, D., & CALIN, D. (2020). **COVID-19 in Northern Italy**: an integrative overview of

factors possibly influencing the sharp increase of the outbreak. *Molecular Medicine Reports*, 22 (1), 20-32. <http://dx.doi.org/10.3892/mmr.2020.11079>. [Links]

GRAMSCI, Antônio. **Concepção dialética da história**. RJ: Civilização Brasileira, 1987.

GRAMSCI, Antonio. **Quaderni del carcere**. Edição crítica de Valentino Gerratana. Torino: Einaudi, 1975, pp. 1484-1485

GRANEMANN, S. **Fundos de pensão e a metaformose do “salário em capital”**. In: BEHRING, E. et al. (Org.). *Financeirização, fundo público e política social*. São Paulo: Cortez, 2012. p. 243-260.

HAMER, R.A, El NAHAS, A. M. **The burden of chronic kidney disease is rising rapidly worldwide**. *BMJ* 332:563-4,2006

HARVEY, David. **A condição pós-moderna**. São Paulo: Edições Loyola,1994.

HEINTZELMAN, S. J., & KING, L. A. (2014). **Life is pretty meaningful**. *American Psychologist*, 69(6), 561-574. doi: 10.1037/a0035049

HELIOTÉRIO MC, LOPES FQRS, SOUSA CC, SOUZA FO, FREITAS PSP, SOUSA FNF, et al. **COVID-19: por que a proteção da saúde dos trabalhado - res e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia?** *SciELO Preprints* 2020; 2 fev. <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/664/855>.

HERIGOYEN, M. F. **Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

HILL, C. E. (2018). **Meaning in life: A therapist’s guide**. Washington: American Psychological Association. doi: 10.1037/0000083-000

HOEFEL, M. G.; DIAS, E. C. & SILVA, J. M. **A Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta de constituição da Renast**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

HORESH, D., & BROWN, A. D. (2020). **TRAUMATIC STRESS IN THE AGE OF COVID-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities**. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(4), 331.

[HTTP://dx.doi.org/10.1037/tra0000592](http://dx.doi.org/10.1037/tra0000592)[http://www.saude.am.gov.br/visualizar-noticia.php?id=6265#:~:text=Melhorias%20na%20sa%C3%BAde%20%E2%80%93%20Governo,UTIs\)%2C%20totalizando%20atualmente%20180](http://www.saude.am.gov.br/visualizar-noticia.php?id=6265#:~:text=Melhorias%20na%20sa%C3%BAde%20%E2%80%93%20Governo,UTIs)%2C%20totalizando%20atualmente%20180), acesso em 19,jan,2022.

[HTTP://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2022-01/consulta-publica-rejeita-prescricao-medica-para-vacinar-criancas](http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2022-01/consulta-publica-rejeita-prescricao-medica-para-vacinar-criancas),acesso em 17,jan,2022.

[HTTP://cma-brazilian-vaccination-covid-19-spa-prod.ir7.com.br/brazilian-vaccination-covid-19/index.html](http://cma-brazilian-vaccination-covid-19-spa-prod.ir7.com.br/brazilian-vaccination-covid-19/index.html), acesso em 17,jan,2022.

[HTTP://forumseguranca.org.br/publicacoes_posts/a-pandemia-de-covid-19-e-os-policiais-brasileiros/](http://forumseguranca.org.br/publicacoes_posts/a-pandemia-de-covid-19-e-os-policiais-brasileiros/),acesso em 26,jan,2022.

[HTTTP s://exame.abril.com.br/brasil/brasil-e-o-56o-em-ranking-de-melhor-pais-para-idoso](https://exame.abril.com.br/brasil/brasil-e-o-56o-em-ranking-de-melhor-pais-para-idoso) **Brasil é o 56º melhor país do mundo para envelhecer**. Rev Exame [Internet]. 9 de setembro de 2015[cited 2019 Jun 19]. Available from: <https://exame.abril.com.br/brasil/brasil-e-o-56o-em-ranking-de-melhor-pais-para-idosos>

[HTTTP://exame.abril.com.br/brasil/brasil-e-o-56o-em-ranking-de-melhor-pais-para-idosos](https://exame.abril.com.br/brasil/brasil-e-o-56o-em-ranking-de-melhor-pais-para-idosos)<https://oglobo.globo.com/saude/bolsonaro-intimida-tecnicos-da-anvisa-diz-que-vai-divulgar-nome-de-quem-aprovou-vacinas-para-criancas-25322369>, acesso em 17, jan, 2022, <https://portal.fiocruz.br/qualidade-do-cuidado-seguranca-do-paciente-e-saude-do-trabalhador>, Acesso em 07.01.2022 .

[HTTTP://www.gov.br/saude/pt-br](http://www.gov.br/saude/pt-br). **Audiência Pública sobre a inclusão de crianças de 5 a 11 anos na campanha de vacinação contra COVID-19 - 04/01/2022**

[HTTTP://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/12/omicron-deixa-sistemas-de-saude-a-beira-do-colapso-alerta-oms.shtml](http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/12/omicron-deixa-sistemas-de-saude-a-beira-do-colapso-alerta-oms.shtml), acesso em 07 de janeiro de 2022.

[HTTTP //g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/11/01/em-meio-a-dor-familias-de-vitimas-de-covid-enterradas-em-valas-comuns-em-manaus-planejam-homenagem-para-o-dia-de-finados.ghtml](http://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/11/01/em-meio-a-dor-familias-de-vitimas-de-covid-enterradas-em-valas-comuns-em-manaus-planejam-homenagem-para-o-dia-de-finados.ghtml), acesso em 22, jan, 2022.

[HTTTP://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2022/01/12/mpf-rr-recomenda-exumacao-de-corpos-de-indigenas-vitimas-da-covid-para-rituais](http://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2022/01/12/mpf-rr-recomenda-exumacao-de-corpos-de-indigenas-vitimas-da-covid-para-rituais-funebres-em-comunidades.ghtml)-funebres-em-comunidades.ghtml em 22, jan, 2022.

[HTTTP://brasil.elpais.com/brasil/2020-07-11/o-coronavirus-esta-quebrando-a-nossa-crenca-o-luto-imposto-aos-povos-indigenas-na-pandemia.html](http://brasil.elpais.com/brasil/2020-07-11/o-coronavirus-esta-quebrando-a-nossa-crenca-o-luto-imposto-aos-povos-indigenas-na-pandemia.html). Acesso em 22, jan, 2022.

[HTTTP://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-divulga-painel-com-dados-sobre-reajuste-de-planos-coletivos](http://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-divulga-painel-com-dados-sobre-reajuste-de-planos-coletivos), acesso em 23, jan, 2022.

[HTTTP://www.correioBraziliense.com.br/brasil/2021/01/4901730-**crise-em-manaus-medicos-sao-obrigados-a-decidir-quem-vive-e-quem-morre**](http://www.correioBraziliense.com.br/brasil/2021/01/4901730-crise-em-manaus-medicos-sao-obrigados-a-decidir-quem-vive-e-quem-morre.html).html. acesso em 23, jan, 2022.

[HTTTP://www.nexojornal.com.br/expresso/2021/02/27/Os-cen%C3%A1rios-de-um-colapso-generalizado-na-sa%C3%BAde-do-Brasil](http://www.nexojornal.com.br/expresso/2021/02/27/Os-cen%C3%A1rios-de-um-colapso-generalizado-na-sa%C3%BAde-do-Brasil). , acesso em 23, jan, 2022.

[HTTTP://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/03/com-hospitais-particulares-em-colapso-e-siste](http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/03/com-hospitais-particulares-em-colapso-e-siste). . Acesso em 23, jan, 2022.

<https://amazonasatual.com.br/internacoes-por-covid-cresce-856-nos-primeiros-22-dias-de-janeiro-deste-ano/>.CESSO EM 23, JAN, 2022.

[HTTTPS://kdfrases.com/frase/125215.Nietzsche](https://kdfrases.com/frase/125215.Nietzsche):, acesso em 22, jan, 2022.

[HTTTP://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/noticias/nota_tecnica_da_frente_a_mpla_direitos_tra_balhadadores_07_04_20.pdf](http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/noticias/nota_tecnica_da_frente_a_mpla_direitos_tra_balhadadores_07_04_20.pdf) (acessado em 14/ Jun/2020). **Frente Ampla em Defesa da Saúde dos Traba - lhadores. Nota Técnica Conjunta (1): orien - tação sobre direitos de trabalhadoras e tra - balhadores dos serviços de saúde, enquanto grupo vulnerável prioritário na pandemia da COVID-19.** <http://renastonline.ensp.fiocruz>.

br/sites/default/files/arquivos/noticias/noticia_tecnica_da_frente_ampla_direitos_trabalhadores_07_04_20.pdf (acessado em 14/ Jun/2020).

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez, 1985.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Marxismo e Serviço Social: uma aproximação Revista *Revista Liberta*, Juiz de Fora, v.18, n.2, P. 204-226, ago. a dez. / 2018, DOI: <https://doi.org/10.34019/1980-8518.2018.v18.18603> Iamamoto, Marilda Villela. O Brasil das desigualdades: “questão social”, trabalho e relações sociais. *SER social*, Brasília, v.15, n. 33, p261-384, jul. / dez. 2013.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 1991/2010**. Documento –sinopse censo /IBGE/2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico** de 2010. Rio de Janeiro, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **PESQUISA NACIONAL por Amostra de Domicílios Contínua**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2020.

ILO – INTERNATIONAL LABOUR ORGANISATION. **Psychosocial factors at work: recognition and control: report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health Ninth Session**. Geneva, 1986. v. 56. (Occupational Safety and Health Series).[images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf](https://www.ilo.org/public/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf)

INFRANCA, Antonino. Estudio preliminar. In: VEDDA, Miguel. **La sugestión de lo concreto: estudios sobre teoria literaria marxiana**. Buenos Aires: Gorla, 2006.

ILO. International Labour Organization. **COVID-19 crisis and the informal economy**. Immediate responses and policy challenges. https://www.ilo.org/global/topics/employment-promotion/informal-economy/publications/WCMS_743623/lang--en/index.htm (acessado em 14/Jun/2020).

BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha, COSTA FILHO, Raimundo Valter, RAMOS, Ronaldo Fernandes, OLIVEIRA, Luciana Gonzaga de, MARTINS, Natália Regina Alves Vaz, CAVALCANTE, Fabrício Vieira; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. **Colapso na Saúde em Manaus: o fardo de não aderir às medidas não farmacológicas de redução da transmissão da COVID-19**. 2020, p.1-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1862>. DOI do artigo publicado: 10.1590/0103-1104202113114. Submetido em: 2021-02-13 Postado em: 2021-02-18 (versão 1) (AAAA-MM-DD).

IVO ABL. **A reconversão do social: dilemas da redistribuição no tratamento focalizado**. São Paulo *Perspect* 2004; 18:57-67.

JACKSON FIHO JM, ASSUNÇÃO AÁ, ALGRANTI E, GARCIA EG, SAITO CA, MAENO M. **A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19.** Rev Bras Saúde Ocup 2020; 45:e14.

JÚNIOR J, LIBRELON R. **BOLSONARO veta indenização de R\$ 50 mil a profissionais de saúde vitimados pela Covid-19.** Agência Câmara de Notícias 2020; 4 ago. <https://www.camara.leg.br/noticias/681548-bolsonaro-veta-indenizacao-de-r-50-mil-a-profissionais-de-saude-vitimados-pela-covid-19/>.

KALACHE, A. et al. **O envelhecimento da população mundial: um desafio novo.** Rev.Saúde públ., S.Paulo, 21: 200-10, 1987.

KALACHE, A. **Envelhecimento no contexto internacional: a perspectiva da Organização Mundial de Saúde.** In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL “ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: UMA AGENDA PARA O FINAL DO SÉCULO”, 1., 1998, Brasília. Anais... Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, 1996. p. 16-34.

KAWASAKI K, Cruz KCT, Diogo MJD'E. **A utilização da Medida de Independência Funcional (MIF) em idosos.** Med Reabil. 2001;23(3):57-60.

KERSTENETZKY CL, GUEDES GP. **O Welfare State resiste?** Desenvolvimentos recentes do estado social nos países da OCDE. Ciência & Saúde Coletiva, 23(7):2095-2106, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018237.08702018

KOH D. **Occupational risks for COVID-19 infection.** Occup Med. 2020 [citado em 4 abr 2020];70(1):3-5. Disponível em : <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa036>

KONDER, Leandro. **O futuro da Filosofia da Práxis: o pensamento de Marx no século XXI.** Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1992.

KREIN JD, OLIVEIRA RV, FILGUEIRAS VA. **As re - formas trabalhistas: promessas e impactos na vida de quem trabalha.** Caderno CRH 2019; 32:225-9.

KRÖEFF, Paulo. **Finitude e sentido da vida.** Jornal da Universidade, 9 abr. 2020. Disponível

KUSUMOTA, L. et al. **Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde.** Ribeirão Preto, 2004.

KUSUMOTA, L.; RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S. **Idosos com insuficiência renal crônica:** alterações do estado de saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 525-532.mai./jun. 2004.

KUSUMOTO, L. et al. **Adultos e idosos em hemodiálise:** avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. Ribeirão Preto, 2008.

LACAZ, F. A. C. **Resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(4):757-766, abr, 2007

LACAZ, F. A. C. & SANTOS, A. P. L. do. **Saúde do trabalhador, hoje: re-visitando atores sociais.** Revista Médica de Minas Gerais, 20(Supl. 2): S5-S12, 2010.

LACAZ, F. A. C. **O campo 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., REIS, A. A. C., LOURENÇO, E. A. S., GOULART, P. M., & TRAPÉ, C. A. (2019). **Movimento da Reforma Sanitária e Movimento Sindical da Saúde do Trabalhador: um desencontro indesejado.** Saúde em Debate , 43 (spe8), 120-132. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019s809>. [Links]

LACAZ, F. A. C.; GOULART, P. M.; JUNQUEIRA, V. (Org.) **Trabalhar no SUS: gestão, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde.** São Paulo: Hucitec, 2017.

LAURELL, A. C. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo.** São Paulo: Cortez, 1995.
LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de Produção e Saúde: trabalho e desgaste operário.** São Paulo: Hucitec, 1989.

LAN F-Y, WEI C-F, HSU Y-T, CHRISTIANI DC, KALES SN. **Work-related Covid-19 transmission.** medRxiv 2020; 20 abr. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.08.20058297v2>.

LANCMAN, S., BARROS, J., & JARDIM, T. (2016). **Teorias e práticas de retorno e permanência no trabalho: elementos para a atuação dos terapeutas ocupacionais.** Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo , 27 (2), 101-108. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v27i2p101-108>. [Links]

LANCMAN, S., BARROS, J., & JARDIM, T. (2016). **Teorias e práticas de retorno e permanência no trabalho: elementos para a atuação dos terapeutas ocupacionais.** Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, 27(2), 101- 108. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v27i2p101-108>. Leme, V. (2020).

LEME, V. (2020). **Ministério Público do Trabalho analisa morte de doméstica no RJ após patroa ter coronavírus.** BBC Brasil. Recuperado em 20 de março de 2020, de <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-51982465>.

LESSA, Sérgio; TONET, Ivo. **Introdução à filosofia de Marx.** São Paulo: Editora Expressão Popular, 2011.

LI Q, GUAN X, WU P, WANG X, ZHOU L, TONG Y, ET AL. **Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia.** N Engl J Med. 2020 [citado em 4 abr 2020];382:1199-207. Disponível em : <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316>

LIMA M. **O Cotidiano das pessoas idosas com insuficiência renal crônica (IRC), participantes do programa SOS VIDA e atendidas nas unidades de saúde de Manaus [dissertação]:** Universidade Federal do Amazonas - 2015.

LIMA TDF, SOUZA MA. **The Impact of Mobbing on stress at work.** Estud Pesq Psicol. 2015,15(2):608-30.

LIMA, Nísia Trindade; BUSS, Paulo M.; PAES-SOUSA, Rômulo. **A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária.** Cadernos de Saúde Pública,RJ,v. 36, n. 7, p. 1-4, 2020,

LIU S, YANG L, ZHANG C, XIANG YT, LIU Z, HU S, ZHANG B. **Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak.** *Lancet Psychiatry*. 2020 [citado em 7 abr 2020];7(4):PE17-E18. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8)

LOPES, A. A. **Oportunidades para melhorar a qualidade de vida e a sobrecarga dos pacientes tratados cronicamente por hemodiálise: lições do DOPPS.** In: CRUZ, J. et al. *Atualidades em Nefrologia*. 10. ed. São Paulo: Sarvier, 2008. p. 386-390.

LOURENÇO, E. A. S. **Política de saúde no Brasil:** a dualidade do sistema público-privado e as consequências para o direito à saúde. In: SILVA, J. F. S.; GUTIÉRREZ, T. P. M. (Org.). *Política social e serviço social: Brasil e Cuba em debate*. São Paulo: Veras, 2016a. p. 99-128.

LOURENÇO, E. A. S. (Org.). **Saúde do trabalhador e da trabalhadora e serviço social:** estudos da relação trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo. Campinas: Papel Social, 2016b.

LOURENÇO, E. A. S. Entrevista: reforma trabalhista e os seus impactos para a saúde do/a(s) trabalhador/a(s), com Edvânia Ângela de Souza Lourenço. *Pegadas: A Revista da Geografia do Trabalho*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 258-273, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2WFMi8a>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

LOURENÇO, E. A. S. Trabalho e saúde das assistentes sociais da área da saúde. *Temporalis*, Brasília, DF, ano 17, n. 34, p. 355-381, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2Ty8iQ6>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

LOURENÇO, E. A. S.; LACAZ, F. A. C.; GOULART, P. M. Crise do capital e o desmonte da previdência social no Brasil. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 130, p. 467-486, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2WxA3dK>>. Acesso em: 13 fev. 2018.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. **Os desafios para a implantação da política de Saúde do Trabalhador no SUS:** o caso da região de Franca-SP. *Rev. bras. saúde ocup.*, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 44-56, June 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000100008&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Oct. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572013000100008>.

LOUVISON, M. C. P.; ROSA, T. E. da C. **Envelhecimento e políticas públicas de saúde da pessoa idosa.** In: BERZINS, M. V; BORGES, M. C. (Org.). *Políticas Públicas para um país que envelhece*. São Paulo: Martinari, 2012.

LUKÁCS, György. **Para uma ontologia do ser social I.** São Paulo: Boitempo, 2012.

LUKÁCS, György. **Manuscritos econômicos-filosóficos.** São Paulo: Boitempo, 2010.

LUKÁCS, Georg. **A estética de Hegel.** In LUKÁCS, Georg. *Arte e sociedade: escritos estéticos 1932-1967*. Organização e tradução de Carlos Nelson Coutinho e José Paulo Netto. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2011. p. 43-86.

LUKÁCS, Georg. **Arte livre ou arte dirigida?** In. LUKÁCS, Georg. *Marxismo e teoria da literatura*. 2. ed. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. São Paulo: Expressão Popular, 2010a. p. 267-285.

LUKÁCS, Georg. **Estética 1: la peculiaridad de lo estético**. Traducción de Manuel Sacristán. Barcelona: Ediciones Grijaldo, 1982.

LUKÁCS, Georg. **Introdução aos escritos estéticos de Marx e Engels**. In: MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. Cultura, arte e literatura: textos escolhidos. Tradução de José Paulo Netto e Miguel Makoto Cavalcanti Yoshida. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 11- 38.

LUKÁCS, George. **Consciência de classes**. In: IANNI, O. (org.). **Teorias da estratificação social**. 2.ed.São Paulo: Companhia Editora Nacional, p.379-391, 1973.

LUKÁCS, George. **Velha e Nova Cultura**. Disponível em: <http://www.marxists.org/portugues/lukacs/1920/misc/velhaenovacultura.htm>. Acessado em: 08/10/2007.

LUKÁCS, György. **Arte e sociedade: escritos estéticos 1932-1967**. Organização, introdução e tradução de Carlos Nelson Coutinho e José Paulo Netto. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.

LUKÁCS, György. **História e consciência de classe**. Tradução Rodnei Nascimento. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

LUKÁCS, György. **Para uma ontologia do ser social II**. São Paulo: Boitempo, 2013.

LUKÁCS, György. **Pensamento vivido: autobiografia em diálogo**. São Paulo: Estudos e Edições Ad Hominem; Viçosa: Editora da UFV, 1999

LUKÁCS, György. **Realismo crítico hoje**. Tradução Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Editora Thesaurus, 1991.

LUGON, J.R, **Doença Renal Crônica no Brasil: um problema de saúde pública**. Jornal da Sociedade Brasileira de Nefrologia e Divisão de Nefrologia, Departamento de Medicina, Universidade Federal Fluminense, 2009;31 (supl 1):2-5.

MACEDO JÚNIOR, A. M. **Covid-19: calamidade pública**. Medicus, v. 2, n. 1, p. 1-6, jan. 2020.

MACHADO, Maria,C.Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) **pesquisa Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19, todo o território nacional, 2021**. <https://portal.fiocruz.br/qualidade-do-cuidado-seguranca-do-paciente-e-saude-do-trabalhador,20indicam%20que%2043,algum%20momento%20durante%20a%20pandemia>).

MACHADO. Jorge Mesquita Huet;DIAS, Luciene de Aguiar & OLIVEIRA,Simone Santos. **Trabalho em saúde e os santos de casa**.In Saúde do trabalhador em tempos de desconstrução: caminhos de luta e resistência./ Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos [et al.]. (Organizadores). – Rio de Janeiro: Cebes, 2021,p.169-198.

MAFFESOLI, Michael. **A ordem das coisas: pensar a pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2016. 276 p. ISBN 978-853096-605-8.

MAGALHÃES, Teresa Calvet. **A categoria de trabalho** (labor) em H. Arendt. **Ensaio**, São Paulo, n. 14, 1985.

MAIOR JLS. **MP 936: do pandemônio à razão?** <https://www.jorgesoutomaior.com/blog/mp936-do-pandemonio-a-razao> (acessado em 14/Jun/2020).

MARSIGLIA, R. M. G.; CARREIRA, M. O. C. S.; AMARAL, D. P. **Do serviço social médico ao serviço social na saúde: meio século de história em São Paulo**. Serviço Social & Saúde, Campinas, v. 15, n. 1 (21), p. 37-50, 2016.

MARTIN, LM. **A ética e a humanização hospitalar**. In: Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Edições Loyola/Centro Universitário São Camilo; 2004.

MARX, K. (1994) **O Capital**, Volume I. Editora Nova Cultural. São Paulo: 1987. MARX, Karl & ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. Tradução de Rubens Enderle, Nélio Schneider e Luciano Cavini Martorano. São Paulo: Boitempo, 2007.

MARX, K. **A teoria da alienação em Marx**. Trad. Isa Tavares. São Paulo: Boitempo, 2006.

MARX, K. **Filosofia, ideologia e ciência social: ensaios de negação e Afirmação** Trad. Ester Vaisman. São Paulo: Boitempo, 2008

MARX, Karl. **A Ideologia alemã e Outros Escritos**. Rio de Janeiro, Zahar, 1965

MARX, Karl. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2010.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital**; [tradução de Rubens Enderle]. São Paulo : Boitempo, 2013.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Cultura, arte e literatura: textos escolhidos**. Tradução de José Paulo Netto e Miguel Makoto Cavalcanti Yoshida. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 11-38.

MARX, Karl. **Sobre a Questão Judaica**. São Paulo: Boitempo, 2010.

MATHIEU, E., RITCHIE, H., ORTIZ-Ospina, E. et ai. **Um banco de dados global de vacinas COVID-19**. *Nat Hum Comportamento* (2021), acesso em 17,jan,2022.

MATOS, M. C. **Serviço social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MAYLAND, Catriona R, HARDING, Andrew, PRESTON, Nancy, PAYNE, Sheila. **Supporting adults bereaved through COVID-19: a rapid review of the impact of previous pandemics on grief and bereavement**. *Journal of Pain and Symptom Management*, Chicago, v. 60, n. 3, p. 33-39, ago. 2020. Disponível em: < <https://www.jpmsjournal.com/action/showPdf?pii=S0885-3924%2820%2930388-2>>. Acesso em: 23 out. 2020

MELO, T. (2020, abril 3). Ricardo **Antunes e o proletariado em tempos de pandemia**. *Cult*. Recuperado em 3 de abril de 2020, de <https://revistacult.uol.com.br/home/o-proletariado-em-tempos-de-pandemia/> Pierre, E. (2020).

MELLO, Thiago. **Estatutos do Homem**. Manaus: Valer, 2011.

MENDONÇA, A. **Saiba por que Manaus entrou em rápido colapso com os casos de COVID-19**. Estado de Minas, Minas Gerais, 23 abr. 2020. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2020/04/23/interna_nacional,1141074/saiba-porque-manasentrou-em-rapido-colapso-com-os-casos-de-covid19.shtml. Acesso em: 10 mai. 2020.

MENEZE, C. L.; MAIA, E. R.; LIMA JÚNIOR, J. F. **O Impacto da Hemodiálise na vida dos portadores de Insuficiência Renal Crônica: uma análise a partir das necessidades humanas básicas**. Nursing (São Paulo), São Paulo, v.10, n.115, p.570-576, dez.2007.

MENEZES, R. A. (2004). **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond: FIOCRUZ.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo. **Psicodinâmica do Trabalho**. In: JACQUES, Maria da Graça; CODO, Wanderley (Orgs.). Saúde mental & trabalho: leituras. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 130-142. Disponível em

MÉSZÁROS, I. **1930- Para além do capital :rumo a uma teoria da transição**; tradução Paulo Cezar Castanheira, Sérgio Lessa. - 1.ed. revista. - São Paulo :Boitempo, 2011.

MÉSZÁROS, I. **A crise estrutural do Capital**. Trad. Francisco Raul Cornejo [et al.]. 2 ed. rev. e ampliada. São Paulo: Boitempo, 2011.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital : rumo a uma teoria da transição**; tradução Paulo Cezar Castanheira, Sérgio Lessa. - 1.ed. revista. - São Paulo :Boitempo, 2010.

MÉSZÁROS, István. **A educação para além do capital** . Trad. Isa Tavares. São Paulo: Boitempo, 2008.

MÉSZÁROS, István. **Desemprego e Precarização um grande desafio para a esquerda**. In: Antunes, Ricardo (Org.). Riqueza e miséria do trabalho no Bra- sil. São Paulo: Boitempo, 2006. p. 27-44.

MILLS, C. W. **Sobre o Artesanato Intelectual e outros ensaios**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

MINAYO, M. C. (2006). Contribuições da antropologia para pensar a saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner Souza et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Editora Hucitec.

MINAYO, M. C. de S. **Violência e saúde**. 20.ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

MINAYO, M. C. S. ; COIMBRA Jr., C. E., 2002. **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz MORAES, E. N. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MINAYO, MCS., and COIMBRA JUNIOR, CEA., orgs. **Antropologia, saúde e envelhecimento** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. Antropologia & Saúde collection, 209 p. ISBN: 978-85-7541-304-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 21.jun,2021.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca . Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p.125-136, 2003.

BRASIL.Ministério da Saúde (BR). **Construindo a política nacional de biossegurança e bioproteção: ações estratégicas da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2019[acesso 06 jan 2022]. Disponível em: [ttp://bvsmms.saude.gov.br/bvs/](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/)

MONTANO, Carlos. **Pobreza, "questão social" e seu enfrentamento.** *Serv. Soc. Soc.* São Paulo, n. 110, p. 270-287, junho de 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000200004&lng=en&nrm=iso>. acesso em 20 de junho de 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282012000200004>.

MONTEZUMA, C.A.; FREITAS, M.C. & Monteiro, A.R.M. (2008). **A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(2): 395-40.

MOREIRA, M. D.; CALDAS, C. P. **A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso.** *Escola Anna Nery R. de enfermagem*, v.3, n.11, p.520-525, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a19.pdf>. Acessado em: 20/02/2013.

MOREIRA, M. M. **Envelhecimento da população Brasileira: aspectos gerais.** ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: um projeto de política de saúde.** Madrid: OMS, 2005.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento.** Tradução Eloá Jacobina. 9. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2004.

MORRISON LG, YARDLEY L. **What infection control measures will people carry out to reduce transmission of pandemic influenza?** A focus group study. *BMC Public Health*. 2009 [citado em 7 abr 2020];9:258. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-258>

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social.** São Paulo: Cortez, 1995.

MOTA, Ana Elizabeth. **Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes,** Serviço Social e Saúde: Trabalho e Formação Profissional. Disponível em . Acesso em 04 abr.2013.

MUÑOZ SÁNCHEZ AI, BERTOLOZZI MR. **Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?** *Ciênc Saúde Colet* 2007; 12:319-24.

MYRRHA LJD, QUEIROZ SN, SILVA PS. **Impactos da Covid-19 no (des)emprego doméstico.** O que já podemos ver? *Demografia UFRN* 2020; 8 jun. <https://demografiufrn.net/2020/06/08/covid19-des-emprego-do-mestico/>.

NASCIMENTO, E. P. 1994. **Hipóteses sobre a nova exclusão social:** dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. Cadernos CRH, Salvador, n. 21, p. 29-47.

NAVARRO, V. L.; LOURENÇO, E. A. S. (Org.). **O avesso do trabalho IV:** terceirização, precarização e adoecimento no mundo do trabalho. São Paulo: Outras Expressões, 2017.

NEHMY, R. M. Q. & DIAS, E.C. **Os caminhos da saúde do trabalhador:** para onde apontam os sinais? Revista Médica de Minas Gerais, 20(Supl. 2): S13-S23, 2010.

NERI, A.L. **Qualidade de vida na velhice e subjetividade.** In A. L. Neri (Org), **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar.** Campinas: Alínea, 2007.

NERI, A.L. (Org.). **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar.** Campinas: Alínea, 2007.

NERI, A.L. **Atitudes em relação à velhice: questões científicas e políticas.** In: FREITAS, E.V. et al. (Eds.). Tratado de geriatria e gerontologia. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1316-23.

NERI, A.L.; FORTES, A.C.G. **A dinâmica do estresse e enfrentamento na velhice e sua expressão no prestar cuidados a idosos no contexto da família.** In: FREITAS, E.V. et al. (Eds.). **Tratado de geriatria e gerontologia.** 2.ed. Rio de Janeiro, 2006. p.1277-88.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 1996a.

NETTO, José Paulo. **A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social.** In: MOTA, Ana Elizabete et al (Orgs.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo e barbárie contemporânea.** Revista Argumentum, Vitória (ES), v. 4, n.1, p. 202-222, jan./jun. 2012.

NETTO, J. **Crise do socialismo e ofensiva neoliberal.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

NETTO, José. **Crise do capital e consequências societárias.** *Serv. Soc. Soc.* São Paulo, n. 111, p. 413-429, setembro de 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000300002&lng=en&nrm=iso>. acesso em 05 de julho de 2020. <https://doi.org/10.1590/S0101-66282012000300002> .

NETTO, P. **Cinco notas a propósito da “questão social”.** Revista Temporalis – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2. Nº 3 (jan/jul.2001). Brasília: ABEPSS, Grafile, 2001.

NISHIURA H, KOBAYASHI T, MIYAMA T, SUZUKI A, JUNG SM, HAYASHI K, et al. **Estimation of the asymptomatic ratio of novel coronavirus infections (COVID-19).** *Int J Infect Dis.* 2020 [citado em 7 abr 2020];S1201-9712(20):1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.020>

NOGUEIRA, Mariana. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) lançou (5/3) o **boletim da pesquisa Monitoramento da saúde, acesso à EPIs de técnicos de enfermagem, agentes de combate às endemias, enfermeiros, médicos e psicólogos, no município do Rio de Janeiro em tempos de Covid-19, 2021**. Acesso em 06.01.2022. Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28

OGUISSO T. **Novo código civil**: seu impacto nas ações de enfermagem. Rev Pesqui Cuid Fundam. 2003;7(1/2):61-76.

OIT. (2012). **Perfil do Trabalho Decente no Brasil: um olhar sobre as unidades da federação**. Brasília: OIT. OMS. (2014).

OLIVAR, Mônica Simone Pereira. **O campo político da saúde do trabalhador e o Serviço Social. Serv. Soc. Soc.**, São Paulo , n. 102, p. 314-338, June 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000200007&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Oct. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282010000200007>

OLIVEIRA, RG. **Health practices in contexts of vulnerability and neglect of diseases, people and territories: potentialities and contradictions in health care for homeless people**. Saúde Soc 2018; 27:37-50.

OLIVEIRA, Maria Helena Barros de et al . **Análise comparativa dos dispositivos de saúde do trabalhador nas constituições estaduais brasileiras**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 13, n. 3, p. 425-433, set. 1997 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300018&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300018>.

OLIVEIRA, W. A., OLIVEIRA-CARDOSO, É. A., SILVA, J. L., & SANTOS, M. A. (2020). **Impactos psicológicos e ocupacionais das sucessivas ondas recentes de pandemias em profissionais da saúde: revisão integrativa e lições aprendidas**. Estudos de Psicologia (Campinas), 37, e200066. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200066>

ONG SWX, TAN YK, CHIA PY, LEE TE, NG OT, WONG WSY, et al. **Air, surface environmental, and personal protective equipment contamination by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) from a symptomatic patient**. JAMA [Internet]. Published online March 04, 2020 [cited 2020 mar 22]. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3227>.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. División de Promoción y **Protección de la Salud (HPP)**. **Encuesta Multicentrica salud bienestar y envejecimiento (SABE) em América Latina el Caribe: Informe Preliminar [Internet]**. In: XXXVI Reunión del Comité asesor de investigaciones em Salud; 9- 11 jun 2001; Kingston, Jamaica: OPAS, 2002. Disponível em: <https://www1.paho.org/Spanish/HDP/HDR/CAIS-01-05.PDF>. Acesso em: 08 set 2020.

OIT-Organização Internacional do Trabalho. **OIT: é necessário garantir a proteção dos trabalha - dores agora e após o fim do confinamento**. OIT Notícias 2020; 28 abr. https://www.ilo.org/brasilia/noticias/WCMS_743059/lang--pt/index.htm.

OMS- Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília; DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005, acesso, 14, jan,2022.

OMS-ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde** [Internet]. 2015[cited2019Jun 19]. Available from: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
»<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>.

OMS-Organização Mundial de Saúde; OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Saúde do trabalhador**. Disponível em: . Acesso em: 10 fev. 2014.

ORLANDI F. S. **O Idoso Renal Crônico em Hemodiálise: a Severidade da Doença e sua Relação com a Qualidade de Vida**. J BrasNefrol. 30(4): 245-50, 2008.

OSÓRIO, C. da S. **As ações de saúde do trabalhador como dispositivo de intervenção nas relações de trabalho**. In M. E. B. Barros, M. I. B. Moreira, H. A. Novo, & E. M. Rosa (Orgs.), *Psicologia e saúde: desafios às políticas públicas no Brasil,2007*. (pp. 75-90). Vitória: Edufes. [[Links](#)]

OSÓRIO, C. da S. (2011). **A fotografia como uma marca do trabalho: um método que convoca o protagonismo do trabalhador na invenção de mundos**. In A. V. Zanella, & J. Tittoni, (Orgs.), *Imagens no pesquisar: experimentações* (pp. 211-226). Porto alegre: Dom Quixote. [[Links](#)]

OUR World in. <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=BRA>, acesso em 17,jan,2022.

PAGOTTO, Emílio G. **Clíticos, mudança e seleção natural**. In: ROBERTS, Ian; KATO, Mary A. (Org.). *Português brasileiro: uma viagem diacrônica*. Campinas: Editora da Unicamp, 1993. p. 185-206

PAIVA, S.O. C. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital: um estudo sobre a racionalidade na produção de conhecimento do Serviço Social**. Recife,2012.

PAIVA, W.C. **Os sentidos do envelhecer: identidades e memórias de idosas**. 2011. 102 f. Dissertação (mestrado em Psicologia). Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei. Disponível em: <https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/ppgpsi/Publicacoes/Dissertacoes/WANDERLEIA%20DA%20CONSOLACA%20O%20PAIVA.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2019.

PEDROSO, R.S; SBARDELLOTO, G. **Qualidade de vida e suporte social em pacientes renaiscrônicos:RevisãoTeórica Virtual de Psicologia Hospitalar e Saúde**. BH,v.4,n.7,2007.
PEREIRA, P. A. P.Proteção social contemporânea: cui prodest? Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 116, p. 636-651, out./dez. 2013

PEREIRA, Potyara A. P. **A questão social e as transformações das políticas sociais: respostas do Estado e da sociedade civil**. Ser Social e Serviço Social. Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Unb, n.6, jan/jun, 2000, p. 119-132.

PEREIRA, Karla Raphaella Costa; COSTA, Frederico Jorge Ferreira. **Estética, marxismo e educação: um diálogo necessário à contemporaneidade**. Rev. Histedbr On-line, Campinas, v.17, n.3 [73], p.827-841, jul./set. 2017

PEREIRA, Thiago Alexandre. **A preservação e promoção da saúde do trabalhador como competência do Sistema Único de Saúde**. Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 20, n. 4266, 7 mar. 2015. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/31553>. Acesso em: 4 out. 2020.

PERISSÉ C, Marli M. **Idosos indicam caminhos para uma melhor idade**. Rev Retratos [Internet]. 19 de março de 2019[cited 2019 Jun 19]. Available from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade>» [tps://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade)

PFAFFENBACH, G., ZANATTA, A. B., TENANI, C. F., DE CHECCHI, M. H. R., & CHAVES Santana, A. B.. **Recomendações de biossegurança para proteção de profissionais da Atenção Primária à Saúde durante o enfrentamento da COVID-19: análise dos documentos técnicos do Brasil, São Paulo e Amazonas referentes ao uso de equipamentos de proteção individual**. Vigilância Sanitária Em Debate, 8(3), 2020. 94-103. <https://doi.org/10.22239/2317-269X.01715>

PIERRE, E. (2020). **Curva de mortes de Covid-19 no Brasil está mais rápida que a da Espanha, dizem universidades**. G1. Recuperado em 20 de março de 2020, de <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/04/23/curva-de-mortes-de-covid-19-no-brasil-esta-mais-rapida-que-a-da-espanha-dizem-universidades.ghtml> [Links]

PIMENTEL, A., Costa, M., & SOUZA, F. (2011). **Terapia Ocupacional na Atenção Básica: a construção de uma prática**. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo , 22 (2), 110-116. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i2p110-116>. [Links]

PINTO E SILVA, Eduardo; HELOANI, José Roberto; PIOLLI, Evaldo. **Autonomia controlada e adoecimento do professor**. Revista Educação e Políticas em Debate – v. 2, n. 2 – jul./dez. 2012, p. 370-383.

PINTO EG. **Estado de Coisas Inconstitucional na política pública de saúde brasileira** [artigo na Internet]. Rio de Janeiro: CEE-Fiocruz; 2017 (Futuros do Brasil: Ideias para ação). Disponível em: http://www.cee.fiocruz.br/sites/default/files/Artigo_Elida_Graziane.pdf [Links]

PIOLA S, Paiva AB, Sá EB, Servo LMS. **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo** [Internet]. Brasília: IPEA; 2013 (Texto para Discussão nº 1846). Disponível m: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1846.pdf [Links]

PIRES LN, CARVALHO L, XAVIER LL. **COVID-19 e desigualdade no Brasil**. Cebes 2020; 6 abr. <http://cebes.org.br/2020/04/covid-19-e-desi-gualdade-no-brasil/>.

POCHMANN, M. **O trabalho sob fogo cruzado**. São Paulo : Contexto. Werlang, S. R. C. 1996, 2001. Brasil na virada do século: um país liberal. Dados, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3. Disponível em: . Acesso em: 25 de junho de 2005.

POLANYI, K. **A grande transformação: as origens de nossa época**. São Paulo: Ed. Campus, 2000 (Original de 1944).

PORTO MFS. **Riscos, incertezas e vulnerabilidades**: transgênicos e os desafios para a ciência e a governança. *Política & Sociedade* 2005; 4:77- 103.

PORTO MFS. **Uma ecologia política dos riscos: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental**. 2a Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

PORTO, M. F. S., & Martins, B. S. (2019). **Repensando alternativas em Saúde do Trabalhador em uma perspectiva emancipatória**. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 44, e16. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000019018>. [Links]

PRESTES R.A.S. **Relações de gênero e trabalho de mulheres agricultoras/feirantes no mercado municipal de Parintins/Am.** Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social .2018,p.1-20.Acesso em 19,jan,2022.

QI J, XU J, LI B, HUANG J, YANG Y, ZHANG Z, et al. **The evaluation of sleep disturbances for Chi - nese frontline medical workers under the out - break of COVID-19**. medRxiv 2020; 17 mar. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.06.20031278v2>.

QUINTANA, A. M.; MULLER, A. C. **Da Saúde à Doença**: representações sociais sobre a insuficiência renal crônica e o transplante renal. *Psicologia Argumento*, Curitiba, v.24, n.44, p.73 – 80, jan/mar, 2006.

RAICHELIS, R. **O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos**. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 107, p. 420-437, 2011.

RAICHELIS, Raquel **GESTÃO PÚBLICA E A QUESTÃO SOCIAL NA GRANDE CIDADE***, Lua Nova, São Paulo, 69: 13-48, 2006

RANINCHESKI, Sonia. A questão social, o trabalho e o Estado: visões das elites parlamentares brasileiras. *Soc. estado.*, Brasília, v. 21, n. 1, p. 199-231, Apr. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922006000100010&lng=en&nrm=iso>.access on 20 June 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-69922006000100010>.

RBA-Rede Brasil Atual. **Quarentena impõe condições especiais para trabalhadores em serviços essenciais**. Recuperado em 20 de abril de 2020, de <https://www.redebrasilatual.com.br/trabalho/2020/03/quarentena-direitos-trabalhadores-servicos-essenciais/> acesso em 25,agost,2021.

RC-Rede Covida. **Saúde do trabalhador: riscos e vulnerabilidades**. *Boletim CoVida* 2020; (6). <https://covid19br.org/main-site-covida/wp-content/uploads/2020/06/Boletim-CoVida-6-4.pdf>. 12 Santos KOB et al. *Cad. Saúde Pública* 2020; 36(12):e00178320 ,acesso em 22,hul,2021.

RESENDE, M. C.; SANTOS, F. A.; SOUZA, M. M.; MARQUES, T. P. **Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica**: em busca de ajustamento psicológico. *Psicol. Clin.* [online]. 2007, vol.19, n.2, [citado 13 de outubro de 2009] p.87-99.

RIBEIRO, P.C.C.;NERI,A.L.;CUPERTINO,A. P. F. B.;YASSUDA,M. S.(2009).**Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. Psicologia em Estudo.**

RODRIGUES, J. C. S.**A morte numa perspectiva antropológica.** In: F. S. SANTOS, (Org.). A arte de morrer: visões plurais. Bragança Paulista: Editora Comenius,2009.

ROLIM FS, Forti VAM. **Envelhecimento e atividade física: auxiliando na melhoria e manutenção da qualidade de vida.** In: Diogo MJE, Neir AL, Cachioni M. (Orgs.) **Saúde e qualidade de vida na velhice.** Alínea; Campinas/SP, 2009

ROMERO, L. C. P., & DELDUQUE, M. C. O Congresso Nacional e as emergências de saúde pública. *Saúde e Sociedade*, 26 (1), 2017, p.240-255. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017156433>. [Links]

ROSANVALLON, P. **A nova questão social: repensando o Estado-providência.** Brasília, DF: Instituto Teotônio Vilela, 1998 (Original de 1995).

ROSANVALLON, P. **A crise do Estado-providência.** Goiânia, GO: Ed. UFG/Brasília, DF: Ed. UNB, 1997 (Original de 1981).

ROSSI, P.; DWECK, E. **Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, 2016.

RUCCO, K. Q, et al. **Avaliação nutricional de pacientes em hemodiálise.** J Health Sci Inst. 2010;28(3):268-71 268.

SANTANA, V. S. & SILVA, J. M. da. **Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil:** limites, avanços e desafios. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.* Brasília, 2009.

SANTOS IS, Vieira FS. **Direito à saúde e austeridade fiscal:** o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Cien Saude Colet* 2018; 23(7):2303-2314

SANTOS KO. Rita de Cássia Pereira Fernandes. ALMEIDA, Milena Maria Cordeiro de; MIRANDA, Samilly Silva. MISE, Yukari Figueroa; LIMA, Monica Angelim Gomes de. **Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19** .*Cad. Saúde Pública* 2020; 36(12):e00178320. doi: 10.1590/0102-311X00178320.

SANTOS, C.; RIGUETTI, R. S. **Avaliação de desempenho nas organizações.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

SANTOS, Josiane Soares. **Particularidades da "questão social" no Brasil:** mediações para seu debate na "era" Lula da Silva. *Serv. Soc. Soc.* São Paulo, n. 111, p. 430-449, setembro de 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000300003&lng=en&nrm=iso>. acesso em 20 de junho de 2020. <https://doi.org/10.1590/S0101-66282012000300003>.

SELIGMANN-S, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo.** São Paulo: Cortez, 2011. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/>

do COVID-19. Manaus: Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas; 2020 [acesso 04 jan 2021]. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/docs/covid19/NT0052020-SUSAM.pdf>
documentos/Consultorios_rua_APS_20200319_ver001.pdf

SARTI, Cynthia; DUARTE, Luiz Fernando Dias (Orgs.). **Antropologia e ética: desafios para a regularização**. Brasília: ABA, 2013.

SAVIANI, Demerval. **O trabalho como princípio educativo frente às novas tecnologias**. In: FERRETI, Celso João (Org.). *Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate multidisciplinar*. Petrópolis: Vozes, 1994.

SAVIANI, Demerval. **Perspectiva marxiana do problema subjetividade-intersubjetividade**. In: Giolo J. Conferência proferida no I Seminário Internacional sobre Filosofia e Educação. *Esp Ped.* 2002; 10:77-97.

SAVIANI, Demerval. **História das ideias pedagógicas no Brasil**– Campinas SP: Autores associados, 2007. – (Coleção memória).

SBN, SOBEN, ABCDT e Associação de Pacientes Renais Crônicos. **Perfil da Doença Renal Crônica: O Desafio Brasileiro**. 2007. Disponível em: www.sbn.org.br/noticias/DossieFinal.pdf. Acessado em: 15/09/2007.

SCHWARTZ, Y., & DURRIVE, L. (Org.). **Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana**, 2007, P.23-48. Niterói: Eduff.

SSEB-Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Nota Técnica COE-SAÚDE** n o 35 de 28 de março de 2020. Procedimentos para trabalhar - dores de saúde da SESAB com suspeita de COVID-19 e contactantes da área de saúde. <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/NT-no-35-28.03-afastamento-profissionais-de-saude-e-contactantes.pdf> (acessado em 14/Jun/2020).

SESSP-Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES-SP. **Plano de contingência do estado de São Paulo para infecção humana pelo novo coronavírus SARS-COV2**. São Paulo:Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2020 [acesso 04 jan 2021].. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096294/versao_final_final. (acessado em 14/Jun/2020).

SUSAM-Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas – SUSAM . **Nota técnica 8:** recomendações aos profissionais de saúde sobre EPI's usados na prevenção do COVID-19. Manaus: Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas; 2020 [acesso 04 jan 2021]. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/links/notas/08.pdf>.

SUSAM-Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas – SUSAM. **Nota técnica 7:** orientar os profissionais da saúde bucal sobre o manejo odontológico frente à situação de pandemia de COVID-19. Manaus: Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas; 2020 [acesso 04 jan 2021].Disponível em: <http://200.242.43.202/docs/covid19/NT0072020.pdf>

SEMSA-Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – SEMSA. **Plano de contingência municipal para infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19)**. Manaus: Secretaria Municipal de Saúde de Manaus; 2020 [acesso 04 jan 2021].. Disponível em: <https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/Plano-de-Conting%C3%Aancia-Municipal-para-Infec%C3%A7%C3%A3o-Humana-pelo-novo-IMAGEM-1.pdf>

SESMT da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro. **Informações da CIPA**. Rio Claro, São Paulo Fonte: Instituto Brasileiro de Ensino Profissionalizante - INBRAEP

SESSO, R., LOPES, A. A.; THOMÉ, F. S.; BEVILAQUA J. L.; ROMÃO, J. E, LUGON, J. **Relatório do censo brasileiro de diálise**. 2008. J. Bras. Nefrol. 2008;30(4):233-8.

SHARMA G, VOLGMAN AS, MICHOS ED. **Sex differences in mortality from COVID-19 pandemic: are men vulnerable and women protected?** JACC Case Rep 2020; 2:1407-10.

SILVA JÚNIOR, João dos Reis; SGUISSARDI, Valdemar; SILVA, Eduardo Pinto e. **Trabalho intensificado na universidade pública brasileira**. Revista Universidade e Sociedade. Brasília-DF, n. 45, jan. 2010, p. 9-25.

SILVA RCM, SILVA MCM, COSTA CRB. **Segurança do trabalho no ambiente hospitalar frente à pandemia da COVID-19**. Revista de Atenção à Saúde | São Caetano do Sul, SP | v.18 | n. 65 | p. 142-152 | jul./set. 2020 | ISSN 2359-4, acessado em 01 de janeiro de 2022.

SILVA, M. J. P. **A importância da comunicação verbal e não verbal no cuidado domiciliar de idosos**. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOJO, M. J. D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

SILVA, M. R. F. **Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal**. Serv. Soc. Soc. [online]. 2016, n.126, pp.215-234. [viewed 19th August 2016]. ISSN 0101-6628. DOI: 10.1590/0101-6628.066. Available from: <http://ref.scielo.org/9pnt7h>. Acesso em 22.jan.2021.

SILVEIRA, A. M. et al. **O Controle Social no SUS e a Renast**. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (Textos de Apoio). Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

SOARES DE OLIVEIRA, Ana Maria. **Relação homem/natureza no modo de produção capitalista**. Scripta Nova, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales, Universidad de Barcelona, Vol. VI, nº 119 (18), 2002. Disponível em: <http://www.ub.es/geocrit/sn/sn119-18.htm>. Acesso em: 10 maio 2020.

SOUSA, M. A. S. L de. **As Novas Configurações do Trabalho em Saúde: os indicativos do processo de desregulamentação. Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 334- 344, ago./dez. 2010. Disponível em: . Acesso em: 03 de março de 2017.

SOUSA, Anderson Reis de; CARVALHO, Evanilda Souza de Santana; SANTÁNA, Thiago da Silva; Álvaro Francisco Lopes Sousa; Thiago Fonseca Geanizelle Figueiredo; Oscar Javier Vergara Escobar; Tilson Nunes Mota; Álvaro Pereira. **Sentimento e emoções de homens no enquadramento da doença Covid-19**. Ciência & Saúde Coletiva, 25(9):3481-3491, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020259.18772020

SOUZA, K. R. et al. **A categoria saúde na perspectiva da saúde do trabalhador: ensaio sobre interações, resistências e práxis**. Saúde em Debate, 41: 254-263, 2017. Edição especial

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, 2002

STAT [Internet]. Boston: James O'Donovan; 2020 [citado em 5 abr 2020]. **Community health workers will be the main defense in rural Uganda against coronavirus**; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: <https://www.statnews.com/2020/03/28/community-health-workers-lead-covid-19-fight-uganda/>

TAMBELLINI, Anamaria. **Testa et. al. Saúde do Trabalhador.Série Fiocruz** - Documentos Institucionais Coleção Saúde, Ambiente e Sustentabilidade, Nº 8, Fundação Oswaldo Cruz, 2019.

TAVARES, V. (2020). **Covid-19: a saúde dos que estão na linha de frente**. Rio de Janeiro: Fiocruz. Recuperado em 27 de abril de 2020, de <https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-saude-dos-que-estao-na-linha-de-frente> [Links]

TAYLOR, S. (2019). **The psychology of pandemics: preparing for the next global outbreak of infectious disease**. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, 2019.

TEIXEIRA R. A. **A Produção Capitalista do Conhecimento e o Papel do Conhecimento na Produção Capitalista**. Economia, Brasília (DF), v.10, n.2, p.421–456, mai/ago 2009.

TEIXEIRA R. A. **A Produção Capitalista do Conhecimento e o Papel do Conhecimento na Produção Capitalista**. Economia, Brasília (DF), v.10, n.2, p.421–456, mai/ago 2009.

TEIXEIRA, Ilka; NERI, Anita. **Envelhecimento Bem-Sucedido: uma meta no curso de vida**. Psicologia USP, v. 19, n. 1, p. 81-94, 2008.

TEIXEIRA,S.M.**Envelhecimento na Sociabilidade do Capital**. Campinas: Papel Social,2017.

THE LANCET. Editorial. COVID-19: **protecting healthcare workers**. The Lancet, 395(10228), 922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30644-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30644-9). Warth, A. (2020, abril, 27). Governo altera mais normas de segurança do trabalho. Estadão (Economia & Negócios). Recuperado em 27 de abril de 2020, de <https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,governo-altera-mais-normas-de-seguranca-do-trabalhoincluindo-exames-para-algumas-categorias,70003229363> em: <<https://www.ufrgs.br/jornal/finitude-e-sentido-de-vida/>>. Acesso em: 26 out. 2020.

THE LANCET..The Novel Coronavirus Pneumonia Emergen - cy Response Epidemiology Team. Vital sur - veillances: the epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus dis - eases (COVID-19) – China, 2020. China CDC Wkly 2020; 2:113-22.

THOMAS, C.V.ALCHIERI,J.C.**Qualidade de vida, depressão e características de personalidadeem pacientes submetidos à hemodiálise**.Aval. psicol.,jun/2005,vol.4,p.522

TONET, Ivo. **Educação contra o capital**. Maceió: Coletivo Veredas, 2016. Disponível em: http://ivotonet.xp3.biz/arquivos/educacao_contra_o_capital_-_3a_ed.pdf. Acesso em: 10 maio 2020.

TONET, Ivo. **Educação e ontologia marxiana**. Revista HISTEDBR On-line, Campinas, número especial. 2011, p. 135-145. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/histedbr/article/view/8639900>. Acesso em: 10 maio 2021.

U. S. Department of Labor. Occupational Safety and Health Administration (Osha) [Internet]. USA; 2020 [citado em 5 abr 2020]. **Guidance on preparing workplaces for COVID-19**. Disponível e: <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3990.pdf>

U.S. Department of Labor. **Guidance on preparing workplaces for COVID-19**. <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3990.pdf> (acessado em 14/Jun/2020).

UN Women. **COVID-19 and ending violence against women and girls**. NY: UN Women; 2020.
VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. **A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família**. *Ciência & Saúde Coletiva*, RJ, v. 12, n. 2, p. 443-453, 03,04/ 2007.

VASCONCELLOS ,L.C.F. **Saúde do trabalhador em tempos de desconstrução: caminhos de luta e resistência**. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos [et al.]. (Organizadores). – Rio de Janeiro: Cebes, 2021.314 p.; il..DOI: 10.5935/978-65-87037-01-1.01ISBN: 978-65-87037-02-8.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. **Vigilância em Saúde do Trabalhador: decálogo para uma tomada de posição**. *Rev. bras. saúde ocup.*, São Paulo , v. 43, supl. 1, e1s, 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572018001000301&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 out. 2020. Epub 23-Jul-2018. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000029517>.

VASCONCELOS, Iana; RAMOS, Sâmia Rodrigues;SOUSA, Aione Maria Costa; SILVA,Kleylenda Linhares e GRACINDO,Aline Câmara Macedo. **Condições de trabalho e saúde de assistentes sociais no âmbito das políticas públicas**. *Revista de Políticas Públicas*, vol. 21, núm. 2, pp. 719-738, 2017.Universidade Federal do Maranhão

VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. **Filosofia da Práxis**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

VECCHIA, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. M., & Corrente, J. E. (2005).**Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo**.*Revista Brasileira de Epidemiologia*,246-252.

VERAS, P.; CALDAS, C. P. **Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade**. *Ciências e Saúde coletiva*, v. 9, n. 2, p. 423-432. 2004. Disponível em: Acesso em: 24 abr. 2018 VERAS, Renato. **Fórum envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos**. Rio de Janeiro: Cad. Saúde pública, 2007.

VERAS, R. P. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil.RJ,1994.

VERAS, R. P.; PARAHYBA, M. I. **O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado**. *Cad.Saúde Pública*, RJ: Fund .Oswaldo Cruz,Escola Nacional Saúde Pública Sérgio v. 23, n. 10, p. 2479-2489, out./2007.

VIANA,Cleiton de ; SILVA, Paulo Cesar da; SILVA, Benedito Lauro da. **A covid-19 na polícia militar: um estudo dos impactos da pandemia no comando especializado da PMMT**. *RHM - Vol 21 nº 01 – Jan/Jun 2021*

VIEIRA, E. B. **Manual de gerontologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2016. v. 28. (Série Nota Técnica).

VIEIRA, M.; CHINELLI, F. **Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS**. CSC. v.18 n.6, 2013.

VITORINO SS, Miranda MLJ, Witter C. **Educação e envelhecimento bem sucedido: reflexões sobre saúde e autocuidado**. Rev Kairós 2012;15(3):29-42.

WALKER, P. G., WHITTAKER, C., WATSON, O., BAGUELIN, M., AINSLIE, K. E. C., BHATIA, S., ... GHANI, A. C. (2020). **The global impact of COVID-19 and strategies for mitigation and suppression**. London: Imperial College. Retrieved from <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/ide/gida-fellowships/Imperial-College-COVID19-Global-Impact-26-03-2020v2.pdf>

WALLACE, C. L., WLADKOWSKI, S. P., GIBSON, A., & WHITE, P. (2020). **Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers** [Ahead of Print]. Journal of Pain and Symptom Management. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>

WARTH, A. (2020, abril, 27). **Governo altera mais normas de segurança do trabalho**. Estadão (Economia & Negócios). Recuperado em 27 de abril de 2020, de <https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,governo-altera-mais-normas-de-seguranca-do-trabalho-incluindo-exames-para-algumas-categorias,70003229363> [Links]

WEIR, K. (2020B, April 6). **Grief and COVID-19: saying goodbye in the age of physical distancing**. American Psychological Association. Retrieved from <https://www.apa.org/topics/covid-19/grief-distance>

WENHAM C, SMITH J, MORGAN R. **COVID-19: the gendered impacts of the outbreak**. Lancet 2020; 395:846-8.

WHO Declares COVID-19: a pandemic. Acta Bio Medica Atenei Parmensis, 91(1), 157-160. <http://dx.doi.org/10.23750/abm.v91i1.9397>.

WITTER, C., & Buriti, M. A. (2011). (Orgs.), **Envelhecimento e contingências de vida**. Campinas: Alínea World Economic Forum [Internet]. Genebra; 2020 [citado em 5 abr 2020]. The job description for a COVID-19 community health worker - and how this could fight US unemployment; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: <https://www.weforum.org/agenda/2020/03/retraining-unemployed-fight-covid-19/>

WHO-World Health Organization – WHO. (2020). **Coronavirus disease 2019 (COVID-19)** (Situation Report, Vol. 69). Genebra: WHO.

WHO-World Health Organization – WHO. (2020). **Coronavirus disease 2019 (COVID-19)** (Situation Report, Vol. 69). Genebra: WHO. [Links]

WHO-World Health Organization (WHO). **Coronavirus disease 2019 (COVID-19)**. Situation Report. 88 Geneva: WHO; 2020

WHO-World Health Organization [Internet]. Geneva; 2020 [citado em 5 abr 2020]. **Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health**; 1 tela].Disp: [https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-keyconsiderations-for-occupational-safety-and-health](https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-keyconsiderations-for-occupational-safety-and-health)

WHO-World Health Organization [Internet]. Geneva; 2020 [citado em 5 abr 2020]. **Getting your workplace ready for COVID-19**; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/getting-workplace-ready-for-covid-19.pdf?sfvrsn=359a81e7_6

WHO-World Health Organization. **Coronavirus dis - ease 2019 (COVID-19)**. Situation report – 98. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200427-sitrep-98-covid-19.pdf?sfvrsn=90323472_4 (acessado em 14/Jun/2020).

WHO-World Health Organization. **Coronavirus disease (COVID-19)**. Weekly epidemiological update. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200831-weekly-epi-update-3.pdf?sfvrsn=d7032a2a_4 (acessado em 20/Jun/2020).

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Situation report - 98**. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200427-sitrep-98-covid-19.pdf?sfvrsn=90323472_4 (acessado em 14/Jun/2020).
» https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200427-sitrep-98-covid-19.pdf?sfvrsn=90323472_4

WHO-World Health Organization. **Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it**. 2020 [cited 2020 mar 20]. Available from: [http://who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirusdisease-\(COVID-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](http://who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirusdisease-(COVID-2019)-and-the-virus-that-causes-it).

WHO-World Health Organization. **Rollings updates on coronavirus disease. 2020** [cited 2020 mar 20]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>.

XIANG YT, YANG Y, LI W, ZHANG L, ZHANG Q, CHEUNG T, et al. **Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed**. *Lancet Psychiatry* 2020; 7:228- 9.

YAN Y, SHIN WI, PANG YX, MENG Y, LAI J, YOU C, et al. **The first 75 days of novel coronavirus (SARS-CoV-2) outbreak: recent advances, prevention, and treatment**. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17:2323.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento**. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 110, p. 288-322, June 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010166282012000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 05 July 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282012000200005>.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Serviço Social, questão social e políticas sociais em tempos de degradação do trabalho humano, sob o domínio do capital financeiro.** Revista Serviço Social, Londrina, V. 21, N.1, P. 183-194, jul./dez. 2018, DOI: 10.5433/1679-4842.2018v21n1p183

ZHANG SX, WANG Y, RAUCH A, WEI F. **Unprecedented disruption of lives and work: health, distress and life satisfaction of working adults in China one month into the COVID-19 out - break.** Psychiatry Res 2020; 288:112958.

APÊNDICES

- A- Formulário
- B- Roteiro de Entrevista
- C- Roteiro de Análise Documental

D – Declaração de Consentimento Livre e Consentido

E-Tabela SES/SEMSA

F-Graficos SES/SEMSA;

G-Mapas do Amazonas, Região mais afetada por covid-19,

FORMULÁRIO - TRABALHADORES DA SAÚDE E EDUCAÇÃO

DADOS PESSOAIS

1-Nome: _____ (não obrigatório)

2- Idade: _____ Cor: _____ Sexo _____ Estado Civil _____

- 3- Bairro: _____ Zona _____ Ano de admissão no Serviço Público: _____
- 4- Município/Estado de origem: _____ Tempo de residência em Manaus _____
- 5- Grau de Instrução _____ Área de Formação _____

SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA DO SERVIDOR

- 6- Com quem você reside? _____
- 7- O imóvel onde você reside é:
 própria cedida alugada invasão outro Qual _____
- 8- O imóvel onde você reside é
 madeira alvenaria misto –alvenaria e madeira
- 9- O imóvel onde você reside possui quantos compartimentos?
 1 2 3 4 mais de 4
- 10- Qual seu órgão, unidade de lotação, cargo e ou função?

- 11- Qual a sua situação em relação à empregabilidade?
 possui vínculo empregatício autônomo Cooperativa Aposentado pensionista auxílio doença outros Qual _____
- 12- Quantos e quais vínculos você possui? _____
- 13- Qual o valor de sua renda mensal?
 menos de 1 SM de 1 a 2 SM mais de 2 a 3 SM mais de 3 a 4 SM mais de 4 a 5SM mais de 5 a 6SM mais de 6 a 7SM mais de 7 a 8 SM mais de 08 SM
- 14- Qual a renda mensal de sua família com quem reside?
 menos de 1 SM de 1 a 2 SM mais de 2 a 3 SM mais de 3 a 4 SM mais de 4 a 5SM mais de 5 a 6SM mais de 6 a 7SM mais de 7 a 8 SM mais de 08 SM
- 15- Quem pessoas residem com você na casa?
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 mais de 10
- 16- Quem mais contribui financeiramente para a renda da família?
 você companheiro (a) filhos outros Quem _____
- 17- Quanto da renda familiar da família é comprometida com ações de saúde?
 menos da metade metade mais da metade outra Qual _____
- 18- Em relação aos seus gastos financeiros para manter e subsidiar necessidades básicas da família, quais itens tem comprometido mais o orçamento da família?
 alimentação medicamentos transporte plano de saúde/sconsultas/exames/hospitalização empréstimo prestação da casa próprio e ou aluguel educação outros Quais? _____
- 19- Qual o meio de transporte você utiliza para ir ao trabalho?
 carro particular ônibus taxi uber (moto taxi) moto vai caminhando outros, quais _____

SITUAÇÃO DE SAÚDE DO SERVIDOR

20- Quais suas condições de saúde?

() obeso () hipertenso () diabético () possui alguma doença crônica () possui boas condições de saúde () outros.

21- Há quantos anos você possui este (s) agravos?

() menos de 1 () 1 ano () 2 anos () 3 anos () 4 anos () 5 anos () 6 anos () 8 anos () 9 anos () 10 anos () mais de 10 Quantos? _____

22- Você foi afastada do trabalho presencial durante o período mais agudo da pandemia covid-19 no Amazonas? Por quê _____

23- Você foi contaminado por Covid-19 ? Em caso positivo, descreva como foi esse processo de contágio, adoecimento, e cura _____

24- Você conseguiu evitar sua contaminação por Covid-19? Em caso positivo, descreva quais estratégias você utilizou e continua a utilizar para evitar o processo de contágio e adoecimento _____

25- Você desenvolveu algum agravo de saúde como desdobramento da conjuntura pandêmica covid-19? Em caso positivo, descreva este agravo e as estratégias de tratamento do mesmo _____

26- Algum membro de sua família foi contaminado por Covid-19? Em caso positivo, descreva como foi esse processo de contágio, adoecimento, cura e ou óbito, luto _____

27- Sua família conseguiu evitar sua contaminação por Covid-19 ? Em caso positivo, descreva quais estratégias vocês utilizaram e continuam a utilizarem para evitar o processo de contágio e adoecimento _____

28- Algum membro de sua família desenvolveu algum agravo de saúde como desdobramento da conjuntura pandêmica covid-19? Em caso positivo, descreva este agravo e as estratégias de tratamento do mesmo _____

29- Algum membro de sua família foi contaminado por Covid-19 ? Em caso positivo, descreva como foi esse processo de contágio, adoecimento, cura e ou óbito, luto _____

30- Em seu ambiente de trabalho, como o grupo de servidores conseguiu evitar sua contaminação por Covid-19 ? Em caso positivo, descreva quais estratégias você utilizou e continua a utilizar para evitar o processo de contágio e adoecimento _____

31- Em relação ao seu ambiente de trabalho, algum servidor foi contaminado por Covid-19 ? Em caso positivo, descreva como foi esse processo de contágio, adoecimento, cura e ou óbito, luto _____

- 32- Em seu ambiente de trabalho, algum servidor desenvolveu algum agravo de saúde como desdobramento da conjuntura pandêmica covid-19? Em caso positivo, descreva este agravo e as estratégias de tratamento do mesmo _____
- 33- Em relação ao ambiente de trabalho, quais as ações de saúde desenvolvida pela instituição para evitar a contaminação dos servidores por covid-19?
- 34- Em relação ao ambiente de trabalho, caso sua instituição tenha desenvolvido alguma ação de saúde para evitar a contaminação dos servidores por covid-19, como você avalia a (s) mesma(s)?
- 35- Qual o impacto da pandemia covid-19 na sua vida, considerando a perspectiva de um envelhecimento com melhores condições de trabalho,saúde?
- 36- Quais os ensinamentos trazidos pela pandemia covid-19 para você, sua família, seus colegas de trabalho no âmbito da saúde, da vida, e da relação com outros seres humanos?

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM SERVIDORES DA SAÚDE E EDUCAÇÃO

- 1- Falhe um pouco do histórico de suas condições de trabalho e saúde ao longo de sua vida e anterior a pandemia covid-19 e na pandemia nesses dois anos
- 2- Descreva o caminho e os descaminhos das ações governamentais no atendimento ao trabalhador (a) durante a pandemia covid-19 nas unidades de saúde da capital;

- 3- A partir da contaminação por Covid-19, por você, familiar e ou colega de trabalho, aponte os serviços de saúde demandados.
- 4- Identifique quais profissionais da saúde você, familiar e ou colega de trabalho necessitam para realizarem seus atendimentos nas unidades de saúde;
- 5- Aponte as tarefas que cada profissional deste realiza durante o seu tratamento junto à clínica.
- 6- Descreva as estratégias de cuidado em si que você tem recorrido para resguardar suas condições de trabalho e saúde na pandemia covid-19;
- 7- Descreva as dificuldades enfrentadas por você no enfrentamento da pandemia covid-19;
- 8- No seu entendimento, aponte os principais fatores que o levaram adquirir algum agravo de saúde, e qual o papel do Estado neste processo;
- 9- Descreva sua reação quando recebeu o diagnóstico da doença, do contágio de algum familiar e ou colega, ou mesmo o óbito desses.
- 10- Falhe sobre a reação de sua família a partir de seu estado de adoecimento e ou da própria família em relação a doença do trabalho e ou covid-19.
- 11- Falhe sobre os principais fatores que contribuíram para você enfrentar o tratamento da doença, ou mesmo, o luto decorrente da doença.
- 12- Na sua concepção, o que significa ter essa doença?
- 13- Em que medida a Covid-19 limita sua vida social, familiar e comunitária?
- 14- Você acredita que o fato de você ter adquirido a covid-19 e ter que submeter-se a vários procedimentos de saúde limitou suas condições de vida?
- 15- Você acredita que a pandemia covid-19 modificou a dinâmica diária da família com quem você reside?
- 16- Você acredita que o fato de ser tratado por várias categorias de profissionais pode influenciar positivamente em seu processo de tratamento?
- 17- Dos profissionais que você recorre para manter sua condição de saúde estável, qual você atribui o papel de mais importante? Por quê?
- 18- Você acredita que a pandemia covid-19 é resultado das condições sociais ao qual você foi submetido ao longo de sua vida?
- 19- Quais as mudanças mais doloridas que você foi obrigada a realizar em sua vida cotidiana a partir da chegada da pandemia covid-19 no Amazonas?
- 20- Falhe sobre o significado da himunização da população no enfrentamento a pandemia no Amazonas
- 21- . Na sua opinião, a vacinação melhora ou piora sua condição de saúde?
- 22- Descreva quais os seus sentimentos em relação à perda de tantas vidas para a doença covid-19, e a importância para a sua qualidade de vida.
- 23- Descreva seus sentimentos em relação ao atendimento dos profissionais de saúde e da educação que perderam suas vidas para a doença Covid-19.
- 24- Fale sobre sua convivência com pessoas com este agravo e processo de tratamento. Isso contribui ou não em seu processo de saúde psicossocial?
- 25- Falhe sobre seus sentimentos ao receber a notícia que algum colega de tratamento consegue ser transplantado, ou recebe alta do tratamento?
- 26- Você se você já presenciou o óbito de algum familiar, colega de trabalho durante a pandemia covid-19 /.
- 27- Como você avalia o caos vivido no Amazonas em janeiro de 2021 no período e pico da doença que culminou na crise de oxigênio e óbitos de tantas pessoas pelo covid-19.

ROTEIRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL

- 1- Instituição;
- 2- Objetivo do documento;
- 3- Público alvo;
- 4- Período;
- 5- Ações de Saúde do Trabalhador planejadas;
- 6- Ações de Saúde do Trabalhador Executadas;

- 7- Impactos e resultado das ações de Saúde do Trabalhador;
- 8- Resultados Quantitativos das ações de Saúde do Trabalhador;
- 9- Resultados Qualitativos das ações de Saúde do Trabalhador;
- 10- Ações de Saúde do Trabalhador planejadas para enfrentamento da pandemia covid-19;
- 11- Ações de Saúde do Trabalhador Executadas para enfrentamento da pandemia covid-19;
- 12- Impactos e resultado das ações de Saúde do Trabalhador para enfrentamento da pandemia covid-19;
- 13- Resultados Quantitativos das ações de Saúde do Trabalhador para enfrentamento da pandemia covid-19;
- 14- Ações de Saúde do Trabalhador para enfrentamento da pandemia covid-19;

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - (MAIOR DE 18 ANOS)

O (a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar como sujeito de pesquisa do estudo de doutoramento intitulado, “O Trabalho E Saúde Do(A) Trabalhado(A) E Seu Processo De Envelhecimento Ativo E Saudável Em Tempos De Pandemia Covid-19 De Manaus-Am”, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia, da

Universidade Federal do Amazonas. Destaca-se que a investigação é realizada pela pesquisadora Marlene de Deus Lima e orientada pela Prof. Dra. Yoshiko Sasaki.

O objetivo do estudo é “ Desvelar o trabalho e Saúde do(a) trabalhador (a) em tempo envelhecimento ativo e saudável na pandemia covid-19 de Manaus, Am”. De modo específico pretendemos detectar o nível de conhecimento sobre o acesso dos trabalhadores e trabalhadoras as Políticas de saúde voltadas para estes sujeitos, aos serviços de saúde e outras políticas públicas disponíveis e utilizados em suas vidas cotidianas no decurso de suas vidas; identificar em suas histórias de vida as condições de trabalho e saúde que influenciam/influenciaram em seu processo de envelhecimento; perceber qual o impacto da pandemia covid-19 no trabalho, nas condições de vida cotidiana, e no processo de envelhecimento e ou na vivencia de uma velhice ativa e saudável.

Sua participação é voluntária e se dará por meio da participação em formulários ou em entrevistas semiestruturadas, respondendo às perguntas, contribuindo na construção do acervo técnico, com fotos, vídeos e falas de arquivos pessoais, além de participação em filmagens. será utilizado também, caderno de campo e gravação de falas e história de vida, por isso solicitamos autorização para os registros. Logo, no intuito de recolher melhor as informações e ao mesmo tempo cumprir normas de segurança e protocolo COVID-19, a própria pesquisadora utilizará ferramenta do google meet, papel, caneta esferográfica/lapiseira, gravador de voz, máquina fotográfica, filmadora ou celular com funções símiles.

Esclarece-se que sujeito da pesquisa é a expressão dada a todo ser humano que de livre e espontânea vontade (após ser devidamente esclarecido), concorda em participar de pesquisa fornecendo informações. Contudo, deixa-se claro que a Sra. ou Sr. terá toda liberdade para se retirar do estudo, a qualquer momento, caso não se sinta confortável, sem que isto implique custos. É muito importante saber que todos os dados coletados serão tratados dentro do critério ético e científico, de modo que a identidade individual dos participantes não será exposta, mas sim no coletivo de modo anônimo como sujeitos da pesquisa.

Esclarece-se que toda natureza da pesquisa científica que envolve seres humanos apresenta risco, no caso desta, aponta-se um possível desconforto emocional, pois serão abordados, conteúdos internos e íntimos relacionados aos cuidados no campo do trabalho, saúde, condição de vida, envelhecimento e velhices em tempo de pandemia COVID-19, consideramos o risco leve, de origem psicológica, intelectual com possibilidade de desenvolver insatisfação com publicações nos sites, exposição de imagens de forma indevida, constrangimento ao responder ao relatar a experiência vivida, no questionário, e ou desconforto, estresse, cansaço ao responder ao relatar a experiência e responder às perguntas na entrevista.

Isto posto, a pesquisadora (que é funcionária pública e dispõe de vastos contatos de profissionais de outras áreas) assume os riscos e responsabilidade, caso seja necessário, de prover auxílio congruente e/ou afins. Havendo algum dano decorrente da pesquisa, o participante terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS n.466/2012 e CNS nº 510/2016, Artigo 19).

A pesquisa pode trazer benefícios diretos, pois poderá contribuir para fortalecer dos sujeitos trabalhadores, um repensar sobre seu processo de trabalho, saúde, velhice e condição de vida na conjuntura pandêmica do COVID-19 no Amazonas, visto que a troca de experiência de trabalho e vida é um espaço de troca e experiências imprescindíveis a estes sujeitos, suas crenças e valores no cuidado em si auxiliam no fortalecimento de suas subjetividades e de laços de afetividade para com si e com o outro. O estudo vai propiciar reflexões acerca dos cuidados em si para um processo de envelhecimento e velhice ativa e saudável, a partir de divulgação do trabalho acadêmico realizado.

Sendo assim, indiretamente a contribuição se dá com a busca de produção de conhecimento científico, socialmente relevante ao mundo acadêmico com referências significativas para o desenvolvimento de novas pesquisas nessa área do conhecimento e assim, poder avançar, no sentido de buscar alternativas estratégicas para vivenciar um processo de envelhecimento e velhice com mais qualidade de vida e independência biopsicossocial e financeira, fortalecendo sua autoestima e identidade enquanto trabalhadores e trabalhadoras que contribuí ou contribuirão na construção de uma sociedade mais justa e igualitária em contexto pós pandêmico COVID-19).

Contudo, explicita-se que sua decisão de participar do estudo não está de maneira alguma associada a qualquer tipo de recompensa financeira ou em outra espécie, entretanto, pode ser ressarcido de eventuais despesas, tais como transporte e alimentação (no momento da coleta de dados).

Para qualquer outra informação, a Sra. ou Sr. terá facilidade para entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (92) 9903-6103 ou no Programa de Pós-Graduação em Sociedade e cultura da Universidade Federal do Amazonas tel. (92) 991286406. Se depois de consentir sua participação a Sra. ou Sr. desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pela Sra. ou Sr., e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com ada um.

Li e concordo em participar da pesquisa.

Manaus, AM. Data: ___/___/___

Assinatura do participante

João de Deus Lima.

Assinatura da pesquisadora responsável