

■ Saúde do trabalhador no governo Lula

.....Mônica Simone Pereira Olivar

A Saúde do Trabalhador revela um momento de viabilização das conquistas obtidas no plano jurídico–institucional que abrangem direitos garantidos na legislação, mas que, na prática, ainda encontram dificuldade para sua efetivação, tendo em vista que esbarram no contexto da política neoliberal de desmonte do serviço público, assim como na conjuntura de retração do movimento organizado dos trabalhadores.

Apesar da consolidação do conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado e das conquistas jurídico-institucionais (Constituição Federal de 1988 e lei Orgânica da Saúde/ Leis 8.080/90 e 8.142/90), a política de saúde no Brasil, a partir dos anos 1990, passa por momentos distintos pós-Reforma Sanitária. Num primeiro momento, as proposições de saúde como direito social e o SUS (Sistema Único de Saúde) são questionados pela ideologia conservadora e, num segundo, aparecem propostas de normatizações visando consolidar a *contra-reforma do Estado no âmbito das políticas sociais* (BEHRING, 2003; GRANEMANN, 2007) e, conseqüentemente, *na saúde* (BRAVO, 2007).

A análise feita por diversos autores com relação ao governo de Luiz Inácio Lula da Silva é que se *expressa não só a continuidade, mas o aprofundamento da orientação macroeconômica da era FHC* (BRAZ, 2004; NETTO, 2004; BRAVO, 2004; SADER, 2004; LESBAUPIN, 2003; BENJAMIM, 2003; GONÇALVES, 2003).

Pode-se afirmar que as propostas e reformas defendidas pelo governo Lula após o seu primeiro governo, dão seqüência à *contra-reforma do Estado* iniciada na gestão de Fernando Henrique Cardoso (FHC), com uma diferença fundamental, conforme coloca Braz (2007): tanto o Governo Lula I quanto o II desfrutam de um elemento que inexistia em FHC I e II: uma ampla base política (mídia, parlamento, classe média, burguesia nacional e internacional, segmentos organizados da classe trabalhadora) empresta à *contra-reforma* tocada por Lula a marca da legitimidade popular.

Principalmente por que a sua base política é deslocada e ampliada para os segmentos das classes mais pauperizadas⁷⁸ por meio de programas compensa-

78 Tavares Soares (2004), ao analisar o programa social “Fome Zero” no início do Governo Lula, ratifica que os programas sociais do seu governo têm o propósito de selecionar “cliente-

tórios e de políticas sociais focalizadas, como o Bolsa Família⁷⁹, que foi o “carro-chefe” da sua primeira gestão e reeleição. Ilustra esta assertiva o resultado de pesquisas de opinião sobre a popularidade de Lula no patamar de 80%, apresentada pela mídia, em meio à crise de dimensão global que assola a cena econômica mundial desde setembro de 2008⁸⁰.

A Política de Saúde é apresentada no programa de governo como direito fundamental e explicita-se o compromisso em garantir acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde. Entretanto, a concepção de Seguridade Social não é assumida, assim como o projeto de reforma sanitária. Apresentam-se, pelo contrário, proposições que são contrárias ao projeto como a adoção de um novo modelo jurídico-institucional para a rede pública de hospitais: a criação de Fundações Estatais⁸¹ (BRAVO, 2007).

las” por corte de renda baseado em “linhas de pobreza”, promovendo um “cadastramento de pobres”. Neste sentido, a focalização do gasto social nos “mais pobres” não apenas deixou de fora uma parcela dos “antigos” pobres como não incluiu os “novos pobres”. De acordo com a mesma autora, os programas focalizados desse modo são a “antipolítica social”, na medida em que exigem comprovação de pobreza – o que permite sua “inclusão” não por direito de cidadania, mas por ser mais “pobre” do que o vizinho.

79 O Bolsa Família é um programa de transferência que foi criado em 2003, com o desafio de combater a miséria e a exclusão social, através da unificação de todos os programas sociais (Bolsa-Escola, Bolsa-Alimentação, Cartão Alimentação [Fome Zero] e Auxílio-Gás) e a criação de um cadastro único de beneficiários.

80 A crise teve início no mercado imobiliário dos Estados Unidos. Com crédito farto e juros baixos, os imóveis do país sofreram alta valorização, causando refinanciamento de hipotecas. Para captar dinheiro, os bancos criaram um tipo de nota promissória, chamada título lastreado em hipotecas, e venderam para investidores que também passavam seus juros. Outras instituições passaram por problemas semelhantes, à beira de quebrar em meio à crise. E para ir contra a tendência de falência dos centros financeiros, o congresso dos EUA aprovou a intervenção do Estado, com plano de ajuda de US\$ 700 bilhões.

81 A proposição para a saúde é transformar os hospitais públicos em Fundações Estatais, onde o regime seria de direito privado; a contratação dos trabalhadores de saúde via CLT (acabando com o Regime Jurídico Único – RJU); o Plano de Cargos, Carreira e Salários seria por fundação (não considerando a luta por Plano de Cargo, Carreira e Salários dos trabalhadores do SUS) e o controle social é substituído pelo conselho curador ou administrativo, conselho fiscal e conselho consultivo social. Este projeto foi rejeitado pelo Conselho Nacional de Saúde em reunião realizada em junho de 2007. O projeto de Fundação Estatal é também abordado no texto de Sara Granemann (2007). A autora analisa o projeto de Fundação Estatal como uma proposta de contra-reforma do Estado no âmbito das políticas sociais que afeta os interesses e os direitos dos trabalhadores e tem como fetiche a grande empresa.

Coaduna com isto o fato de que tanto no governo Lula I quanto no II vem ocorrendo a redução do padrão de proteção social à assistência social, e o tripé inerente a Seguridade Social – saúde, previdência e assistência – é redimensionado em uma política focalista e seletiva.

Alguns gestores defendem que o SUS foi concebido enquanto sistema e, assim sendo, constitui-se em eixo estruturador das políticas sociais e aglutinador de políticas públicas intersetoriais em todas as suas interfaces Estado-sociedade. Esta concepção, entretanto, abre margem a equívocos como vem acontecendo hoje com a implementação e gestão do SUAS – Sistema Único de Assistência Social (também concebido como sistema) em alguns municípios, reduzindo a Seguridade Social às políticas sociais setoriais⁸².

A consolidação da Seguridade Social é o resultado da unificação das políticas públicas, da formulação de uma política intersetorial e, sobretudo, da garantia da universalização e acesso aos direitos, tal como aos serviços de promoção e prevenção à saúde, aos benefícios previdenciários e aos programas assistenciais.

A seguridade social brasileira instituída pela Constituição Federal de 1988⁸³ está em grande medida imbricada e condicionada pelo acesso ou exclusão a um emprego. Neste sentido, apesar de apresentar caráter inovador e tencionar compor um sistema ou um padrão amplo de direitos sociais, acabou se caracterizando como um sistema híbrido, que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência)⁸⁴ (BOSCHETTI, 2004).

Assim se desenhou a história da Saúde do Trabalhador no Brasil. Um campo político tensionado por incompreensões e resistências intra e intersetoriais, o que é ilustrado por um quadro institucional igualmente híbrido, constituído pelo Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência Social e Ministério da Saúde, revelando a fragmentação histórica em suas ações.

82 Sobre este debate, vide o artigo de Rodrigues (2007).

83 Muito mais amplo que as conquistas registradas na Carta Magna de 1988, o conceito de seguridade social que fundamenta as reflexões e posicionamentos políticos das entidades representativas da categoria (Enesso, Abepss, CFESS-CRESS) compreende todos os direitos sociais previstos no Art. 6 da Constituição Federal (além do tripé assistência/saúde/previdência, a educação, trabalho, moradia, lazer e segurança) a serem assegurados por um sistema de proteção social que, superando a lógica contratualista do seguro social, avance na instituição de uma noção de cidadania com direitos amplos, universais e equânimes (BOSCHETTI, 2004).

84 Importantes pesquisadores do tema conceituam a Seguridade Social de forma diferenciada: seguridade social tardia ou retardatária (SOARES, 2000), inconclusa (FLEURY, 2004), híbrida (BOSCHETTI, 2004).

Não obstante este contexto histórico, hoje, a atenção à saúde do trabalhador encontra-se inserida na agenda pública de discussão da política de saúde, conforme discutiremos a seguir.

A Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador

Em 2003, início da gestão Lula, foi concebida a Área Técnica de Saúde do Trabalhador (denominada COSAT), no âmbito da Secretaria de Assistência do Ministério da Saúde. A COSAT tem como principal estratégia a reformulação e a implementação da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador – RENAST⁸⁵, como “estratégia de indução” à descentralização da contraditória Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador através da Portaria n° 1679 do Ministério da Saúde.

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), consignada na Portaria n° 1.679 de 19 de setembro de 2002 e ampliada com a Portaria GM/MS n° 1.068 de 04 de julho de 2005, ambas emitidas pelo Ministério da Saúde, é composta de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador⁸⁶ – CEREST, Serviços Sentinela de Saúde do Trabalhador⁸⁷ e Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador e está organizada como rede nacional de informação e práticas de saúde através de ações assistenciais, de vigilância e promoção da saúde, nas linhas de cuidado da atenção básica, de média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, sob o controle social, nos três níveis de gestão do SUS. Apesar das críticas e dos desencontros institucionais observados no processo de elaboração desse instrumento, em particular em função da ênfase em ações assistenciais, a portaria foi apoiada pelos profissionais e técnicos dos CEREST

85 O processo de municipalização supõe a decisão municipal de aderir à política federal de saúde para deste modo obter o montante de recursos previstos para cada condição de gestão. É necessário para tanto adequar-se às normas federais. O Ministério da Saúde, através da Portaria n° 1679, incentiva a criação de centros de referência, para cuja habilitação torna-se necessária a apresentação do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador – PEST, com o objetivo de credenciar o estado na Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST e habilitar-se para receber os recursos financeiros do Ministério da Saúde. Pela proposta de Brasília, cada município, de acordo com o seu perfil, é considerado A, B ou C. O Centro Estadual seria C, e contaria com um repasse mensal de R\$ 40 mil e R\$ 50 mil para incentivo de implantação.

86 Nos últimos quatro anos houve crescimento do número de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) habilitados, de 17 para 167.

87 A Rede Sentinela corresponde a serviços de assistência à saúde indicados para executar procedimentos, diagnósticos, tratamento e notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados ao trabalho. Atualmente estão habilitadas 836 unidades sentinelas.

e setores do movimento dos trabalhadores, que reconheceram na iniciativa uma oportunidade de institucionalização e fortalecimento da Saúde do Trabalhador no SUS (DIAS e HOEFEL, 2005, p. 821). Pela primeira vez seria possível contar com um financiamento extra-teto das ações, vinculado à operacionalização de um Plano de Trabalho de Saúde do Trabalhador, em nível estadual e municipal.

No entanto, as divergências conceituais assinaladas não foram superadas, conforme sinaliza Fadel de Vasconcelos (2007). Ao contrário, observa-se que a RENAST vem se consolidando cada vez mais como pólo assistencial, por isso corre o risco de consolidar seus centros como ambulatórios especializados. Ainda de acordo com este mesmo autor, o foco assistencial das práticas, além de gerar paralelismo com os equipamentos assistenciais já instalados, propicia que a rede se sinta desobrigada de prestar a assistência devida. Uma vez que exista um atendimento específico, os profissionais da rede tendem a encaminhar os trabalhadores para os CEREST, especialmente no caso de acidentes de trabalho e doenças mais visivelmente relacionadas ao trabalho. Além disso, a sobrecarga de trabalho trazida pela prática assistencial aos técnicos dos CEREST sufoca a possibilidade de redirecionamento para atividades de planejamento, processamento de informações, vigilância, ensino, pesquisa e, principalmente, articulação intra e transsetorial, em especial com as instâncias de controle social.

Conferências: o controle social democrático da Saúde do Trabalhador


Além da RENAST, destacou-se também no atual governo, em relação à Saúde do Trabalhador, a convocação da Terceira Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – III CNST – pelos três Ministérios: Saúde, Trabalho e Emprego e Previdência. A Terceira Conferência, cujo tema central foi “*Trabalhar sim, Adoecer não*” realizou-se em Brasília no período de 24 a 27 de novembro de 2005, passados onze anos da Segunda CNST. As três CNST, respectivamente realizadas em 1986, 1994 e 2005, configuram-se em espaços estratégicos de formulação de propostas e lócus do fazer político concebido, na acepção gramsciana, enquanto espaço contraditório e de conflitos, onde diferentes interesses estão em debate, contestação e disputa.

O controle social democrático⁸⁸ se dá por meio de diversos mecanismos como conselhos de políticas públicas e de direitos, plenárias temáticas, orçamento participativo, audiências públicas, Ministério Público, órgãos de defesa do consu-

88 A categoria controle social tem sido historicamente entendida como controle do Estado ou do empresariado sobre as massas. Entretanto, o sentido de controle social inscrito na Constituição Federal, é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais (SOUZA & BRAVO, 2002).

midor, meios de comunicação, conselhos profissionais, plebiscitos, fóruns e conferências sobre essas políticas públicas (BRAVO, 2001; SOUZA & BRAVO, 2002).

A Terceira Conferência foi presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e teve como objetivos propor diretrizes para efetivar a ação articulada dos órgãos setoriais do Estado na execução da política definida e para a ampliação e efetivação do controle social. A Conferência trouxe para o debate, através de seus textos de preparação, elementos conceituais contraditórios com feições regressivas que carecem de um debate fecundo. Ora, nada mais estranho ao espírito do SUS do que a concepção de Saúde do Trabalhador adstrita a categorias como “Segurança do Trabalho”, “desenvolvimento sustentável”⁸⁹; “rede e municípios sentinelas”.

Ressalta-se que, neste contexto, ao adotar a expressão “*Trabalhar sim, Adoecer não*” como tema central, de pronto se retira a ênfase de uma política nacional direcionada à área, ao contrário das duas conferências anteriores. O foco na doença (“*adoecer não*”) é de duvidosa interpretação para a sociedade do ponto de vista da análise do modelo de organização dos processos produtivos. O binômio trabalho-doença, embora protagonista em sua relevância para a vida e saúde dos trabalhadores, afunila, ainda que simbolicamente, e direciona para a medicalização da relação trabalho-saúde, cultura hegemônica de caráter antagonico ao da saúde do trabalhador (VASCONCELOS, 2007). Coaduna-se com essa representação simbólica a utilização da expressão ‘*segurança*’ no documento interministerial *Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador* que integra os textos de apoio para a III CNST. 

Não obstante este **questionamento** é importante frisar que a III CNST possibilitou que se refletisse sobre o mundo do trabalho e saúde, com seus matizes regionais e que fossem definidas 360 resoluções para seu enfrentamento. A Conferência mobilizou cerca de 100 mil pessoas do Brasil inteiro. Foram 1241 encontros municipais e regionais realizados em todo país no período de setembro a novembro de 2005, contando com a participação de 1380 delegados. Entre os participantes estavam usuários do SUS, associações, sindicatos, movimentos populares, traba-

89 O discurso do desenvolvimento sustentável esvazia conteúdos ideológicos historicamente consolidados, caso da luta de classes e da relação capital-trabalho. A ideia de sustentabilidade foi se consolidando como uma nova concepção de desenvolvimento, centrada fortemente nas variáveis ambientais, mas introduzindo variáveis de caráter econômico, social, político e ético. Um aspecto relevante é que o capital passa a se dividir conceitualmente em capital financeiro e capital social. Em outras palavras, na medida do aprofundamento das sociedades de mercado e de expansão mundial do capitalismo, o capital social, pouco a pouco, vai sendo incorporado ao próprio conceito de capital, mitigando o seu significado e ideologia de exploração, acumulação e exclusão, para ganhar um novo significado simbólico de valorização humana.

lhadores informais e profissionais da saúde, fiscais do trabalho e peritos da previdência. O principal avanço da conferência é ter tido a chance de discutir com diversos setores da sociedade que antes não haviam sido incluídos neste processo de saúde do trabalhador, como por exemplo as associações de moradores.

Considerações Finais – Limites e desafios

O panorama da Saúde do Trabalhador configurado na contemporaneidade, aqui despreziosamente traçado, suscita algumas indagações. A partir do que foi discutido, é possível alinhar algumas considerações, sem a pretensão de avaliar conclusivamente.

A atenção à Saúde do Trabalhador é operacionalizada, na conjuntura atual, pela implementação da RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, concretizada no esforço atual de estruturação do seu eixo estratégico: a rede nacional de CERESTs – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Entretanto, é importante pontuar alguns embates e enfrentamentos no que se refere à Saúde do Trabalhador na atualidade:

Hoje, na saúde, dois pólos se contrapõem – o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista (BRAVO & MATOS, 2001). O atual governo ora fortalece o primeiro projeto, ora mantém a focalização e o desfinanciamento, características do segundo projeto (BRAVO & MATOS, 2004).

Nota-se que a Saúde do Trabalhador não foi estabelecida como prioridade no Pacto Gestão proposto pelo Ministério da Saúde – que norteará, daqui para frente o processo de implementação do SUS, em todo o território nacional –, e isto em um contexto de estruturação ainda incipiente da RENAST. Apesar de reconhecida a COSAT – Área Técnica de Saúde do Trabalhador ter se ampliado e se fortalecido na atual gestão, concomitantemente com a atual gestão democrático-popular do governo federal, ela não acumulou suficiente força para superar a fragilidade institucional histórica que moldou o seu processo de desenvolvimento.

Percebe-se nesta conjuntura a “fragilidade institucional histórica” da COSAT; a dispersão e insuficiente articulação, em nível nacional, dos sindicatos de trabalhadores, das organizações de trabalhadores e demais movimentos sociais interessados por este problema; e a “refratariedade institucional”, manifesta em todos os níveis de gestão do SUS, em incorporar a Saúde do Trabalhador na sua agenda.

Evidencia-se o enfraquecimento e pouca capacidade de pressão dos trabalhadores da saúde, sindicatos, movimentos sociais, identificando a falta de qualificação das demandas, diante dos desafios apontados pelo processo de *contra-reforma* na saúde pública;

Constata-se que a ausência de um foco para a descentralização das ações no Estado criou um vazio no campo da Saúde do Trabalhador, pois nunca houve prioridade a este campo por parte do setor Saúde.

Nas ações predomina a dicotomia entre preventivo e assistencial, o que é historicamente constatável através da fragmentação das ações em sua competência institucional, cabendo aos Ministérios da Saúde e da Previdência Social as ações assistenciais e exclusivamente ao Ministério do Trabalho e Emprego as ações de fiscalizações dos ambientes de trabalho;

Destaca-se a pouca visibilidade dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, especialmente no que diz respeito à falta de dados, sendo este um problema histórico e que se inscreve no rol de prioridades da RENAST, materializadas na notificação compulsória dos agravos a saúde dos trabalhadores, conforme publicação da Portaria 777 de 28 de abril de 2004 e do Sistema de Informação SINAN-NET, mas que ainda não teve adesão dos serviços e gestão da saúde, como deveria.

Percebe-se ainda uma brutal diferença entre os números oficiais e reais de acidente de trabalho. Servidores públicos e trabalhadores informais que somam cerca de 50% da população ocupada não entram nas estatísticas oficiais de acidentes e doenças do trabalho em virtude da lógica financeira das notificações: como só as empresas pagam o Seguro de Acidente de Trabalho (SAT), somente os trabalhadores celetistas entram nas estatísticas da Previdência e do Ministério do Trabalho.

Neste cenário, considera-se fundamental a defesa das propostas do Projeto de Reforma Sanitária construído nos anos 1980 e a mobilização e luta dos movimentos sociais. A Saúde do Trabalhador se inscreve no âmbito da participação e co-gestão das políticas públicas. Cabe frisar que é importante coletivizar a questão trabalho e saúde para superar as atividades técnico-burocráticas e estruturar ações técnico-políticas. É preciso resgatar o campo político da Saúde do Trabalhador, tendo a clareza de que “a saúde do trabalhador é a expressão concreta das relações sociais” (FREIRE, 1998) e que o recrudescimento das condições de trabalho que atingem o trabalhador é uma das expressões da questão social.

Referências

BEHRING, Elaine Rossetti. *Brasil em Contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo, Cortez, 2003.

BENJAMIM, César. Economia Brasileira e Política Econômica. In: *Revista Praia Vermelha: estudos de política e teoria social*. UFRJ / Escola de Serviço Social / Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2003.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade Social e Projeto Ético-político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania? In: *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo, Cortez, n 79, 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei Orgânica da Saúde nº 8080* de 19 de setembro de 1990 – Brasília, 1991.

_____. *Lei Orgânica da Saúde nº 8142* de 28 de dezembro de 1990 – Brasília, 1991.

_____. *Portaria nº 1.679 - RENAST*, DE 19 DE SETEMBRO DE 2002 Dispõe sobre a Estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. DOU nº 183 – Seção 1, Sexta-feira, 20 de setembro de 2002.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do (a) Trabalhador (a) – COSAT. *Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador*. Brasília, novembro de 2004.

_____. *3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - Trabalhar sim, adoecer não - Textos de apoio / Coletânea nº 1*. Brasília, 2005.

BRAVO, Maria Inês Souza. Gestão Democrática na Saúde: o potencial dos conselhos. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. Política de Saúde no Governo Lula: Algumas Reflexões. In: *Revista Inscrita / CFESS*. Brasília, 2004.

_____. Política de Saúde no Governo Lula In: BRAVO, M. I. S. et al. (org). *Política de Saúde na Atual Conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Castro de. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, M. I. S. & PEREIRA, Potyara A. P. (orgs). *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

_____. Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: Elementos para Debate. In: Bravo, M. I. S. et al. *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRAZ, Marcelo. O Governo Lula e o Projeto Ético-Político do Serviço Social. *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, n. 78, 2004.

DIAS, Elizabeth Costa; HOEFEL, Maria da Graça. O Desafio de Implementar as Ações de Saúde do Trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4): 817-828, 2005.

FADEL DE VASCONCELOS, Luiz Carlos. *Saúde, Trabalho e Desenvolvimento Sustentável: apontamentos para uma política de Estado*. Rio de Janeiro, 2007. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, FIOCRUZ.

FREIRE, Lúcia M. B. O Serviço Social e a Saúde do Trabalhador diante da Reestruturação Produtiva nas Empresas. In: MOTA, Ana E. (org.). *A Nova Fábrica de Consensos*. São Paulo: Cortez, 1998.

GONÇALVES, Reinaldo. Lula: aposta perdida. In: *Revista Praia Vermelha: estudos de política e teoria social*. UFRJ / Escola de Serviço Social / Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2003.

GRANEMANN, Sara. Fundações Estatais: projeto de Estado do capital. In: BRAVO, M. I. S. et al. (org.). *Política de Saúde na Atual Conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

LACAZ, F. A. C. Saúde dos Trabalhadores: Cenário e Desafios. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: ENSP, v. 13, supl. 2, 1997.

LESBAUPIN, Ivo. Governo lula: um balanço do primeiro ano. In: *Revista Praia Vermelha: estudos de política e teoria social*. UFRJ / Escola de Serviço Social / Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2003.

NETTO, José Paulo. A Conjuntura Brasileira: O Serviço Social posto à Prova. *Revista Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, n. 79, 2004.

RODRIGUES, Mavi. Assistencialização da Seguridade e do Serviço Social no Rio de Janeiro: notas críticas de um retrocesso. In: *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo; Cortez, n. 91.2007.

SADER, Emir et al. *Governo Lula - decifrando o enigma*. Editora Viramundo. São Paulo, 2004.

SOUZA, Rodriane de Oliveira; BRAVO, Maria Inês Souza. Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional. In: *Ser Social* 10. UnB. Brasília, 2002.

TAVARES SOARES, Laura. O Programa Fome Zero. In: SADER, Emir et al. *Governo Lula - decifrando o enigma*. Editora Viramundo. São Paulo, 2004.

■.....**Mônica Simone Pereira Olivar** é Assistente Social, graduada em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ (2000) e Mestre em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2006), onde desenvolveu estudos na área de Saúde do Trabalhador e Serviço Social analisando as condições de trabalho dos profissionais de saúde em um hospital de alta complexidade do município do Rio de Janeiro. Atualmente é assistente social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, atuando na Coordenação de Estágio e Extensão da Escola de Serviço Social e no Projeto de Extensão “Atenção à Saúde do Trabalhador nas Instituições Públicas” coordenado pela profa. dra. Cecília Paiva Neto Cavalcanti.



Resenha
