



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Daiane Rocha

**Proteção social e a saúde, desafios e perspectiva no contexto do trabalhador
informal**

Florianópolis

2026

Daiane Rocha

Proteção social e a saúde, desafios e perspectiva no contexto do trabalhador informal

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva Linha: Saúde Mental Coletiva.

Orientador: Prof. Walter Ferreira de Oliveira, Dr.

Coorientador: Prof. Carlos Alberto Severo Garcia Junior, Dr.

Florianópolis

2026

Rocha, Daiane

Proteção social e a saúde, desafios e perspectiva no contexto do trabalhador informal / Daiane Rocha ; orientadora, Walter Ferreira de Oliveira, coorientador, Carlos Alberto Severo Garcia Junior, 2026.
149 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Florianópolis, 2026.

Inclui referências.

1. Saúde Pública. 2. Saúde do trabalhador. 3. Proteção social. 4. Trabalho Informal. I. Ferreira de Oliveira, Walter . II. Alberto Severo Garcia Junior, Carlos . III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. IV. Título.

Daiane Rocha

Proteção social e a saúde, desafios e perspectiva no contexto do trabalhador informal

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado, em 12 de dezembro de 2025, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Cristiane Damiani Tomasi, Dr.(a)
Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC

Prof. Douglas Francisco Kovaleski, Dr.(a)
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Prof. Fabrício Augusto Menegon, Dr.(a)
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva.

Insira neste espaço a
assinatura digital

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Insira neste espaço a
assinatura digital

Prof. Walter Ferreira de Oliveira, Dr.
Orientador

Florianópolis
2026

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo investigar os desafios da proteção social à saúde do trabalhador informal, à luz da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), em um município de médio porte localizado no sul de Santa Catarina. Buscou-se compreender de que forma a PNSTT se articula com os contextos laborais informais, identificando as lacunas, obstáculos e fragilidades na garantia do acesso aos direitos e serviços de proteção social para esse segmento historicamente invisibilizado. A pesquisa foi desenvolvida por meio de uma abordagem qualitativa, utilizando entrevistas com trabalhadores informais e gestores de serviços afins à saúde do trabalhador. A análise temática dos dados possibilitou identificar padrões e categorias analíticas que revelam importantes contradições entre as diretrizes da PNSTT e a realidade vivida pelos trabalhadores. Foram identificados desafios estruturais, entre os quais se destacam: 1) baixa notificação de agravos relacionados ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2) desconhecimento da PNSTT por parte de gestores e profissionais da rede, 3) ausência de dados sobre o adoecimento dos trabalhadores informais, 4) fragilidade da articulação intersetorial entre as políticas de saúde, assistência e previdência social e 5) escassez de ações educativas e de campanhas de promoção da saúde voltadas especificamente aos trabalhadores sem vínculo formal. Os resultados nos levam a destacar a necessidade de qualificar a formação dos profissionais de saúde, fortalecer a educação permanente, estruturar redes intersetoriais de cuidado e produzir dados qualificados que permitam dimensionar o impacto da informalidade sobre a saúde da população. As conclusões apontam para a existência de uma proteção social fragmentada e insuficiente destinada aos trabalhadores informais, apontando um cenário de invisibilidade institucional e descontinuidade de políticas públicas. Embora a PNSTT estabeleça como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção, a prática demonstra uma significativa distância entre o que é previsto normativamente e a realidade observada no território investigado. Por fim, o estudo enfatiza a importância de reconhecer politicamente a informalidade como uma realidade estruturante das relações de trabalho no Brasil, o que demanda a formulação de políticas públicas mais inclusivas, integradas e equitativas. Ao contribuir para a ampliação da visibilidade desses sujeitos e das suas necessidades, a pesquisa oferece subsídios para a qualificação da gestão e da prática dos serviços de saúde, promovendo a efetivação dos direitos sociais e a redução das desigualdades decorrentes da precarização e da desproteção vivenciadas pelos trabalhadores informais.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Proteção social. Trabalho Informal.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the challenges of social protection for the health of informal workers in light of the National Policy on Workers' Health (Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT) in a medium-sized municipality located in southern Santa Catarina, Brazil. The research sought to understand how the PNSTT is articulated with informal labor contexts, identifying gaps, obstacles, and weaknesses in ensuring access to social protection rights and services for this historically invisible segment. A qualitative approach was adopted, using interviews with informal workers and managers of services related to workers' health. Thematic analysis of the data made it possible to identify patterns and analytical categories that reveal important contradictions between the PNSTT guidelines and the lived realities of workers. Structural challenges were identified, notably: (1) low reporting of work-related health problems in the Notifiable Diseases Information System (SINAN); (2) lack of knowledge of the PNSTT among managers and health professionals; (3) absence of data on the illness burden among informal workers; (4) weak intersectoral coordination among health, social assistance, and social security policies; and (5) scarcity of educational actions and health promotion campaigns specifically targeting workers without formal employment ties. The findings point to a fragmented and insufficient system of social protection for informal workers, revealing a scenario of institutional invisibility and discontinuity of public policies. Although the PNSTT establishes universality, comprehensiveness, and equity as its guiding principles, practice demonstrates a significant gap between normative expectations and the realities observed in the investigated territory. The results highlight the need to improve health professionals' training, strengthen continuing education, build intersectoral care networks, and produce qualified data capable of measuring the impact of informality on population health. Finally, the study emphasizes the political importance of recognizing informality as a structural reality of labor relations in Brazil, demanding more inclusive, integrated, and equitable public policies. By contributing to greater visibility of these subjects and their needs, the research offers valuable insights for improving health service management and practice, promoting the realization of social rights and the reduction of inequalities arising from the precarization and lack of protection experienced by informal workers.

Keywords: Occupational health; Social protection; Informal work.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Saúde do trabalhador na atenção básica – território multicausal

68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Perfil dos trabalhadores informais entrevistados no SUS e no SUAS	102
Quadro 2 – Perfil dos profissionais da seguridade social com interface nas ações de proteção à saúde do trabalhador	104
Quadro 3 – Sistematização dos eixos de análise	107

ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPs Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAT Comunicação de Acidentes de Trabalho

CEREST Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CLT Consolidação das Leis do Trabalho

CNPJ Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica

CRAS Centro de Referência de Assistência Social

GM Gabinete do Ministro

IAPS Institutos de Aposentadoria e Pensão

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPS Instituto Nacional de Previdência Social

INSS Instituto Nacional do Seguro Social

MS Ministério da Saúde

OIT Organização Internacional do Trabalho

OMS Organização Mundial da Saúde

PNC Política Nacional de Cuidados

PNSTT Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

RENAST Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUAS Sistema Único de Assistência Social

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VISAT Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA	12
2	OBJETIVO GERAL.....	35
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
3	MARCO TEÓRICO.....	36
3.1	TRABALHO, INFORMALIDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS: UM OLHAR SOBRE A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO TRABALHO NO BRASIL.....	36
3.2	ENTRE A ORDEM E A MARGEM: RAÍZES HISTÓRICAS DA INFORMALIDADE NO BRASIL	43
3.3	CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHADOR INFORMAL CONTEMPORÂNEO 47	
3.4	A INTERSETORIALIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR.....	52
3.4.1	A intersectorialidade como estratégia para efetivação de proteção social 58	
3.5	SAÚDE DO TRABALHADOR: ASPECTOS HISTÓRICOS	61
3.6	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA (PNSTT)	66
3.6.1	Os desafios da rede intersectorial à saúde do trabalhador.....	68
3.6.2	Intersecções do trabalho	74
3.7	SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL	78
3.7.1	Ações convergentes à PNSTT.....	82
3.7.2	Proteção social.....	85
4	PERCURSO METODOLÓGICO	87
4.1	PESQUISA DOCUMENTAL E BIBLIOGRÁFICA	90
4.2	ENTREVISTAS	91
4.2.1	Amostragem	91
4.2.2	Campo de Pesquisa: caracterização do município	94
4.2.3	Local da Coleta de Dados.....	95
4.2.4	Procedimentos para Coleta de Dados	96
4.2.5	Tratamentos dos Dados.....	97
4.3	ANÁLISE DOS RESULTADOS	98

4.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	99
5	RESULTADOS.....	101
5.1	O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS ENTREVISTADOS NO MUNICÍPIO DO SUL CATARINENSE	101
5.2	SAÚDE DO TRABALHADOR NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA REDE INTERSETORIAL E DOS TRABALHADORES INFORMAIS.....	104
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
7	LIMITAÇÕES E DESAFIOS.....	124
	REFERÊNCIAS.....	127
	APÊNDICES	137
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	137
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	140
	APÊNDICE C – TERMO DE CONCESSÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA ENTREVISTA NOS EQUIPAMENTOS DO MUNICÍPIO	143
	ANEXOS	146
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS	146

1 INTRODUÇÃO

“Nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática”
(Minayo, p.17, 2012)

A escolha deste tema de pesquisa decorre da vivência profissional da pesquisadora no âmbito da Proteção Social Básica no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), onde foi possível observar que uma parcela significativa de trabalhadores adoecidos enfrentava dificuldades tanto para acessar informações quanto para dispor de meios que assegurassem sua própria subsistência. Essa constatação revela um hiato entre a previsão legal de proteção social e a efetividade das políticas públicas, sobretudo no que se refere aos trabalhadores informais.

Embora a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída pela Portaria nº 1.823/2012, reconheça que todos os trabalhadores — formais ou informais — são sujeitos de direito e destinatários das ações de saúde do trabalhador, a prática cotidiana demonstra a dificuldade de concretização dessa universalidade e integralidade no território. A observação dos serviços de assistência social e saúde evidencia que a informalidade frequentemente torna o trabalhador invisível às estatísticas, aos mecanismos de vigilância e às linhas de cuidado do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal invisibilidade institucional reflete não apenas a ausência de identificação do nexo causal entre trabalho informal e adoecimento, mas também a limitação das ações intersetoriais que deveriam garantir o acesso à proteção integral à saúde do trabalhador.

1.1 CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA

A saúde do trabalhador constitui um campo da saúde coletiva que compreende o trabalho como determinante social do processo saúde-doença. As condições de trabalho, os processos produtivos e as desigualdades sociais influenciam diretamente a saúde da população trabalhadora. Nesse sentido, a proteção à classe trabalhadora é realizada por meio de políticas públicas organizadas no sistema de garantia de direitos — à seguridade social —, estruturada pelas políticas de saúde, assistência

social e previdência social, cujo objetivo é reduzir riscos sociais e garantir condições mínimas de proteção diante das vulnerabilidades decorrentes da vida em sociedade (Boschetti, 2008; Fleury, 2009).

Para Antunes (2013), a classe trabalhadora, ou a “classe-que-vive-do-trabalho”, diz respeito à totalidade de homens e mulheres, produtivos e improdutivos, desprovidos de meios de produção e que são constrangidos a vender sua força de trabalho, tanto no campo quanto na cidade, em troca de salário. O autor destaca, que é fundamental compreender não apenas a dimensão econômica dessa relação, mas também as condições de vida e as lutas sociais enfrentadas por essa classe.

Ademais, os trabalhadores informais, são de acordo com as normas internacionais, fruto de uma relação de trabalho não formal, onde legalmente não existe contrato de trabalho. O trabalhador não está sujeito à legislação trabalhista nacional, à tributação sobre o rendimento, à proteção social ou ao direito a certos benefícios trabalhistas (ILO, 2018). Para o IBGE, são aqueles que não possuem registro em carteira de trabalho, englobando empregados do setor privado e doméstico sem carteira assinada, trabalhadores por conta própria sem CNPJ, empregadores informais e trabalhadores familiares auxiliares (IBGE, 2008; IBGE, 2023).

No entanto, o IPEA (2021) identifica um conjunto de ocupações que compõem o segmento de trabalhadores informais, os quais são classificados como trabalhadores por conta própria ou profissionais autônomos voltados à subsistência. Tais atividades caracterizam-se pela ausência de vínculo empregatício formal e abrangem diferentes setores econômicos, dentre os quais se destacam: agricultura familiar; setor de transportes (táxi, vans, entre outros); setor de alimentação (camelôs, ambulantes, pequenos restaurantes, barraqueiros, entre outros); comércio (camelôs, sacoleiros, lojas/box); construção civil; atividades de costura; serviços de beleza (cabeleireiros e manicures); trabalho doméstico; reparação de automóveis; além de trabalhos eventuais ou “bicos”, entre outros.

Dessa forma, para interpretar as contradições deste cenário, a pesquisa se ancora na tradição marxista para compreender as múltiplas expressões da realidade social, considerando que o trabalho ocupa papel central na organização da vida social. A teoria marxista, por meio do materialismo histórico-dialético, oferece instrumentos para compreender as contradições presentes nas relações sociais, especialmente no

que diz respeito às relações entre trabalho, saúde e produção. Nessa perspectiva, o adoecimento não é fruto do acaso ou de escolhas individuais, mas está diretamente relacionado à forma como se organiza o trabalho, às desigualdades estruturais, à precarização e à intensificação das atividades laborais.

Destacamos que a lente por qual se analisa tais fenômenos sociais, é um recorte: uma visão de mundo, a qual apresenta determinadas explicações, que se diferenciam de outras abordagens teórico-metodológicas para leitura de tais fenômenos.

Esse campo epistemológico da dialética, compreende o conhecimento como um processo histórico, social e ativo, construído pela relação entre o ser humano e a realidade por meio da práxis e do trabalho. Parte do princípio de que a realidade é contraditória e está em constante transformação, reconhecendo que as contradições objetivas do mundo material impulsionam a produção do saber. Para Konder (2008, p. 42), “a dialética parte do reconhecimento de que a realidade é contraditória e de que o conhecimento humano deve refletir esse movimento, não como cópia, mas como reconstrução crítica”. Assim, o conhecimento não reflete a realidade de forma passiva, mas a reproduz criticamente, buscando compreendê-la em sua totalidade e orientar a transformação social.

Na literatura contemporânea sobre o mundo do trabalho, tem destacado que as transformações recentes do capitalismo ampliaram significativamente as formas de trabalho precarizadas e informais. Autores como Ricardo Antunes, Robert Castel e David Harvey apontam que as reestruturações produtivas, a flexibilização das relações laborais e a expansão de formas atípicas de trabalho produziram um cenário de crescente instabilidade ocupacional, fragilizando os mecanismos tradicionais de proteção social e ampliando a vulnerabilidade dos trabalhadores. Nesse cenário, o debate sobre saúde do trabalhador passou a incorporar a informalidade como dimensão relevante para a compreensão dos processos de adoecimento relacionados ao trabalho.

No Brasil, essas dinâmicas assumem contornos ainda mais complexos. Dados recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que cerca de 39% da população ocupada encontra-se em situação de informalidade, o que corresponde a aproximadamente 39 milhões de trabalhadores. Esse contingente é composto por trabalhadores por conta própria, empregados sem carteira assinada,

trabalhadores domésticos sem formalização, empregadores sem registro empresarial e trabalhadores familiares auxiliares. A elevada presença da informalidade no país evidencia uma característica estrutural do mercado de trabalho brasileiro, marcada por profundas desigualdades socioeconômicas e pela persistência de relações laborais historicamente precarizadas.

Esses números evidenciam que a informalidade constitui uma característica estrutural do mercado de trabalho brasileiro e representa um importante desafio para as políticas públicas de proteção social.

O trabalho informal é marcado pela ausência de direitos trabalhistas e previdenciários, o que amplia as desigualdades sociais e impacta diretamente as condições de saúde dessa população. A inexistência de vínculos formais dificulta o acesso a benefícios sociais, como afastamentos por doença, aposentadoria e proteção em caso de acidentes de trabalho. Além disso, os sistemas de informação e vigilância em saúde frequentemente não conseguem registrar de forma adequada os agravos relacionados ao trabalho informal, contribuindo para a invisibilidade desses trabalhadores nas estatísticas oficiais.

Logo, o adoecimento não é fruto do acaso ou de escolhas individuais. Mas está diretamente relacionado à forma como se organiza o trabalho, às desigualdades estruturais, à precarização e à intensificação das atividades laborais, fenômenos que afetam principalmente a classe-que-vive-do-trabalho (Antunes, 2013).

Desse modo, se faz importante analisar a complexidade que envolve o campo da saúde do trabalhador, como expressão das contradições do modo de produção capitalista.

A transformação dos processos produtivos em promotores de saúde implica romper com a lógica da mercantilização da vida e do trabalho. É necessário pensar políticas públicas que estejam comprometidas com a valorização do trabalho vivo, com a democratização dos espaços laborais e com a construção de condições dignas de existência. Isso passa por fortalecer a participação popular, ampliar os mecanismos de vigilância em saúde e consolidar o direito à saúde como uma conquista civilizatória e coletiva (Antunes, 2013; Minayo-Gomez, 2013a).

Entende-se que o trabalho assume centralidade na organização da vida social, sendo ao mesmo tempo meio de reprodução da existência humana e *locus* de exploração e sofrimento para a classe trabalhadora. Na sociedade capitalista, a lógica

da acumulação e da produtividade impõe ritmos e condições de trabalho que geram adoecimento físico e psíquico, sobretudo para aqueles situados nas margens das garantias formais de proteção social (Antunes, 2013).

O trabalho deve ser compreendido não apenas como uma atividade econômica, mas como categoria fundante das relações sociais, estruturando o modo de viver, adoecer e morrer dos indivíduos. Sob essa ótica, a saúde do trabalhador se inscreve como um campo que exige transformação dos processos produtivos, para que estes não se constituam em instrumentos de expropriação da saúde e da vida, mas em promotores de bem-estar e dignidade (Minayo-Gomez, 2013a; Antunes, 2013; Illich, 1975).

Nesse sentido, o campo da Saúde do Trabalhador¹ se alinha a um projeto societário que defende a centralidade do trabalho digno, a ampliação dos direitos sociais e a superação das desigualdades estruturais. Ao considerar o trabalho como determinante social da saúde, propõe-se uma intervenção que seja também política e coletiva, articulada às lutas sociais por melhores condições de vida e pela valorização da força de trabalho como elemento fundamental para o desenvolvimento humano (Minayo-gomes; Thedim-costa, 1997).

A análise desse fenômeno não se restringe ao contexto brasileiro. Em escala global, a informalidade constitui um desafio relevante para os sistemas de proteção social. Estimativas da Organização Internacional do Trabalho indicam que cerca de 60% da população mundial ocupada encontra-se em situação de informalidade, e a proporção de empregos informais em empresas formais é quase três vezes maior em países de alta renda do que em países de baixa renda. Alguns setores se destacam no emprego informal global, são eles a agricultura, o trabalho doméstico, a construção civil e as atividades de alojamento e alimentação, e o comércio por atacado e varejo, a reparação de veículos motorizados e motocicletas (ILO, 2018, 2023).

¹ Campo Saúde do Trabalhador, é compreendido como um campo teórico, mas também interdisciplinar e intersetorial, articulando medicina, epidemiologia, ciências sociais, direito e engenharia, com forte influência dos movimentos sociais e sindicais. Esse campo incorpora a dimensão social do adoecimento, reconhecendo as relações de produção capitalistas como determinantes centrais dos agravos à saúde. Nesse sentido, não se trata apenas de identificar riscos e acidentes, mas de problematizar as formas de organização e exploração do trabalho. O campo se configura como um espaço em disputa, que demanda avanços na formulação de políticas públicas, no fortalecimento da vigilância em saúde e na ampliação da participação social (Minayo-gomes; Thedim-costa, 1997; Minayo-gomes, 2011).

Em países com sistemas universais de saúde, como Reino Unido, Espanha e Canadá, o acesso aos serviços de saúde não depende da inserção formal no mercado de trabalho, o que amplia a cobertura assistencial para trabalhadores informais. Entretanto, mesmo nesses países, a maior parte dos mecanismos de proteção relacionados ao trabalho, como seguros ocupacionais e benefícios previdenciários, permanece vinculada ao emprego formal. Já em diversos países da América Latina, a proteção social aos trabalhadores informais ocorre de forma mais limitada, frequentemente por meio de programas focalizados ou esquemas contributivos simplificados. Essas experiências internacionais demonstram que a inclusão efetiva dos trabalhadores informais nos sistemas de proteção social constitui um desafio global (Barrientos, 2011; ILO, 2014, 2018).

As iniciativas de proteção ao mundo do trabalho no Brasil, ocorrem desde final do século XIX com a Caixa de Socorro (1888), destinada a atender os trabalhadores das estradas de ferro, limitada à categoria de ferroviários. Oferecia amparo financeiro e médico aos trabalhadores, especialmente em casos de acidentes, doenças ou morte. Eram organizações de natureza mútua e contributiva, mantidas por descontos salariais obrigatórios dos empregados e por subvenções do Estado (Slivnik, 2018).

Essa experiência, de caráter corporativo e restrito, marca o início da institucionalização da proteção social no país, antecedendo as Caixas de Aposentadorias e Pensões e, posteriormente, os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs)².

Na década de 1950 as ações de saúde ainda se configuram como clínico-individual nas empresas. Mas nos anos 1970, com as transformações socioeconômicas que emergem a formulação teórico-conceitual de uma nova visão sanitária, onde as questões sociais ganham espaço na determinação dos agravos à saúde dos trabalhadores (Lacaz, 2007). Para Gomez-Minayo (2011), é nos anos 1980 que a saúde do trabalhador ganha espaço enquanto um campo de conhecimento, político e institucional na saúde coletiva, devido a conjuntura de lutas pela redemocratização do país, agregando várias disciplinas interdisciplinarmente.

² Segundo Slivnik (2018), em 1923, a Lei Eloy Chaves criou as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAPs, essas eram instrumentos de mitigação dos riscos sociais decorrentes do envelhecimento, da viuvez, a orfandade, do adoecimento, da invalidez, da maternidade e, em menor medida, e do desemprego.

Ainda na década de 1980 a Organização Internacional do Trabalho (OIT) prevê a adoção de políticas nacionais coerentes de saúde e trabalho, bem como o desenvolvimento de ações a serem efetivadas pelos governos e empresas para promover a segurança e saúde no trabalho e melhorar as condições de trabalho. Já a OMS, em 2007 aprova em assembleia o Plano de Ação Global de Saúde dos Trabalhadores 2008-2014 com os objetivos: concepção e implementação de instrumentos de política sobre a saúde dos trabalhadores; proteger e promover a saúde no local de trabalho; melhorar o desempenho e acesso a serviços de saúde ocupacional; fornecer e comunicar evidência para a ação e prática, e incorporar a saúde dos trabalhadores em outras políticas (Lacaz, 2007; RENAST, 2012).

A saúde do trabalhador no Brasil tem sua origem em uma conjuntura política de organização e de lutas pela redemocratização do país. Foi na década de 1980, no bojo da reforma sanitária e em um momento de efervescência política, que ocorreu o fortalecimento dos movimentos sociais dos trabalhadores por direitos e cidadania. Paralelamente, a produção de conhecimento na saúde pública ampliou seus horizontes acerca do processo saúde-doença, que passou a incluir a dimensão “classe” e a categoria “trabalho” entre os determinantes sociais (Minayo-Gomez, 2011, 2013b).

Na evolução histórica da Medicina do Trabalho da Saúde do Trabalhador, foi mediada por conquistas tecnológicas, esgotamento do modelo médico curativista, reconhecimento da insuficiência do modelo tradicional de segurança e pela organização da classe trabalhadora, esses campos, ressaltam suas preocupações com as condições de trabalho.

A Medicina do Trabalho aponta à necessidade de cuidados médicos direcionados aos trabalhadores expostos às condições insalubres nas fábricas da Revolução Industrial. Já a Saúde do Trabalhador, amplia essa abordagem ao incorporar uma perspectiva mais ampla e multidisciplinar, considerando não apenas as doenças ocupacionais, mas também as condições sociais, psicológicas e ambientais que impactam a saúde dos trabalhadores (Nardi; Ramminger, 2012; Minayo-Gomez, 2011, 2013b).

No entanto, foi somente em 1986, com realização da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que foi formulado o conteúdo para uma política nacional aos trabalhadores, e nesse momento, “a conferência estabeleceu o consenso de que

a saúde dos trabalhadores extrapola os limites da saúde ocupacional e introduziu o conceito ampliado de saúde” (Nardi; Ramminger, 2012, p.379). Quando foram criados programas e centros de atendimento à saúde do trabalhador desenvolvendo ações com apoio ao diagnóstico e à vigilância nas questões de saúde.

Nessa primeira iniciativa, os Programas e os Centros de atendimento realizavam procedimentos de caráter assistencial: diagnosticar, orientar e acompanhar as patologias decorrentes do trabalho com a perspectiva de criar condições para que a rede pública de saúde realizasse a cobertura necessária à saúde dos trabalhadores. Foi em 1986 com 8ª Conferência Nacional de Saúde que houve mudanças de perspectivas, apontando que o trabalho em condições dignas, bem como conhecer e controlar os trabalhadores e seus processos e ambientes de trabalho são pré-requisitos para o pleno exercício do acesso à saúde (Minayo-Gomez; Vasconcello; Machado, 2018).

Os referidos autores, apontam que a saúde do trabalhador é situada na perspectiva da saúde como direito universal, definido pela constituição 1988 e normativas do SUS. Dessa forma, extrapola o campo previdenciário à regulação da saúde e segurança, deixando prerrogativa ao Conselho de Saúde estruturar comitê e Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, para ações intersetoriais e de vigilância. Já na década 1990, foram criados em vários municípios e estados programas de saúde do trabalhador, com municipalização das ações, conferência nacional temática, e instituída a comissão intersetorial de Saúde do Trabalhador (Minayo-Gomez; Vasconcello; Machado, 2018).

Ao superar a visão da saúde ocupacional, a saúde do trabalhador se situa numa perspectiva de saúde como direito, e esse entendimento transcende o marco do direito previdenciário-trabalhista. Assume assim, uma nova concepção social, econômica, política e cultural, definidor das relações travadas nos espaços de trabalho e das condições de reprodução dos trabalhadores. Passam a ser determinantes as características dos processos de trabalho com repercussão na saúde, inclusive na subjetividade dos trabalhadores (Minayo-Gomez, 2011, 2013b).

Desse modo, destaca-se a importância de uma abordagem crítica que vai além do diagnóstico individual, buscando compreender os determinantes sociais que influenciam a saúde no ambiente de trabalho, bem como na necessidade de políticas públicas e ações integradas para promover ambientes laborais mais saudáveis e

justos. Destaca-se nesse contexto a intersetorialidade, pois constitui um princípio fundamental na articulação entre saúde, trabalho, previdência social, educação, meio ambiente e justiça, reconhecendo que os agravos à saúde do trabalhador não podem ser enfrentados de maneira isolada.

Em 2002 foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) com objetivo de disseminar ações de saúde do trabalhador articuladas às demais redes do SUS. A rede tem como responsabilidade:

A inserção de ações de saúde do trabalhador na atenção básica e pela implementação de ações de vigilância e promoção em saúde do trabalhador, bem como pela instituição de serviços de saúde do trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidades” (Gomez-Minayo, 2011, p.27).

A RENAST, além de assegurar que a identificação da situação de trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS, bem como que a atividade laboral realizada pelas pessoas — com suas possíveis consequências para a saúde — seja contemplada em cada intervenção em saúde, também busca certificar a qualidade da atenção à saúde do usuário do SUS (RENAST, 2012).

Com a RENAST reorganizando a rede de atendimento e vigilância, passa a integrar as ações de saúde do trabalhador às demais redes do SUS, promovendo vigilância, prevenção e promoção da saúde, além de instituir serviços de média e alta complexidade para apoio especializado (Gomez-minayo, 2011, 2013b). E também busca garantir que as condições de trabalho e seus impactos sejam considerados nas intervenções em saúde, assegurando a qualidade da atenção aos usuários do SUS (RENAST, 2012).

No período anterior à institucionalização RENAST, já existiam iniciativas que, em certa medida, antecipavam práticas posteriormente incorporadas aos CEREST. Essas experiências, contudo, eram pontuais, fragmentadas e fortemente vinculadas a movimentos sociais e sindicais — como os departamentos intersindicais, a exemplo do DIESAT —, não se configurando como políticas públicas estruturadas. No processo de transição da medicina do trabalho para o campo da saúde do trabalhador, tais práticas emergiram no interior das lutas sociais e da crítica ao modelo tradicional, assumindo caráter contra-hegemônico e articulado às demandas da classe trabalhadora (Mendes; Dias, 1991).

Desenha-se no cenário brasileiro uma linha específica de atenção ao trabalhador, instituída por meio da Política Nacional de Saúde do Trabalhador - PNSTT, que contempla a transversalidade das ações de saúde e do trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. Seu objetivo é a promoção e a proteção da saúde e a redução da morbimortalidade decorrente do adoecimento e dos agravos nas atividades laborais. Esta política possui interfaces com diversas áreas como Previdência Social, Trabalho e Emprego, Educação etc. (Brasil, 2012).

No Brasil há duas políticas importantes, a Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e o Decreto nº 7602, de 7 de novembro de 2011 - Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. A PNSST foi criada, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença.

A PNSTT é uma estratégia do SUS voltada para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores em todo o território brasileiro. Foi instituída em 2012 pela Portaria GM/MS nº 1.823, a PNSTT tem como objetivo central reduzir os acidentes de trabalho e doenças relacionadas às condições laborais, considerando a relação entre saúde e o ambiente de trabalho. A política também busca integrar as ações de vigilância em saúde, fortalecer a participação social e promover a intersetorialidade entre órgãos públicos e privados para garantir que os direitos dos trabalhadores sejam respeitados, além de orientar práticas preventivas que minimizem os riscos ocupacionais, promovendo ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis (Minayo-Gomez, 2013b; Brasil, 2012).

Contudo, a implementação dessa política ocorre em um contexto marcado pela predominância de relações laborais informais, o que coloca desafios significativos para a identificação, registro e acompanhamento das condições de trabalho e de saúde desses trabalhadores.

O trabalho é considerado eixo organizador da vida social, e determinante às condições de vida e saúde, deve-se buscar transformar os processos produtivos para torná-los promotores de saúde e não de adoecimento e morte (Antunes, 2013; Minayo-Gomez, 2013b).

Sobre a proteção ao trabalho, as mudanças sociais as quais a sociedade perpassa afetam a garantia de direitos, estas são baseadas na relação de vínculo

trabalhista formal: assalariado. Logo, a proteção é decorrente dessa relação formal e estrutura os benefícios como a aposentadoria e os seguros: acidente de trabalho, seguro-desemprego, entre outros. Para o trabalhador informal³ não há cobertura desses benefícios, o acesso à seguridade social é fragmentado. Essa desproteção se caracteriza pela ausência da regulação dos direitos do trabalho informal. Em razão da proteção social brasileira basear-se no Welfare State, ou Estado de Bem-Estar social europeu, cuja economia é balizada no pleno emprego, sendo assim, vai encontrar condições adversas para estabelecer uma série de direitos políticos e sociais aos trabalhadores brasileiros, marcado por uma economia informal, fruto da herança colonizadora escravocrata (Boschetti, 2008; Behring; Boschetti, 2009).

No campo da saúde coletiva, olhar para esse fenômeno da proteção e da informalidade significa resgatar conceitos que atravessam as iniquidades em saúde, ao campo da transdisciplinaridade, dialogando entre as diferentes áreas do saber. Os determinantes de qualidade de vida de uma população, são consolidados pelos indicadores de saúde pública, componentes essenciais e complexos que dependem do ambiente econômico, e estão ligados a variáveis como educação, trabalho e seguridade social (Raquete et al, 2012; Ramos, 2009).

De acordo com as estimativas do IBGE (2019), cerca de 50% da população encontra-se na informalidade. O trabalho informal é marcado pela não-garantia de acesso a direitos sociais e laborais básicos, acentuando as desigualdades sociais e impactos na saúde pública (Gomes, 2019). Em 2025, a taxa de informalidade entre a população ocupada no Brasil representa cerca de 39,3 milhões de trabalhadores informais, cerca de 37,8 %, da população ocupada. Já em 2024, a taxa de informalidade situou se em aproximadamente 39 % da população ocupada (Agência gov., 2025; IBGE, 2025a).

Em contraste, em meados de 2020, teve um impacto intenso ocasionado pelo auge da pandemia, que refletiu na forte destruição de empregos formais e informais, devido ao isolamento social. Nesse cenário, mais de 11 milhões de postos de trabalho foram perdidos e dois terços desses eram informais. Esse dado mostra que a ideia tradicional de que a informalidade funciona como um “acolhimento contra-cíclico” em

³ Trabalhador informal: o IBGE define como trabalhadores informais aqueles que não possuem registro em carteira de trabalho, englobando empregados do setor privado e doméstico sem carteira assinada, trabalhadores por conta própria sem CNPJ, empregadores informais e trabalhadores familiares auxiliares (IBGE, 2008; IBGE, 2023).

tempos de crise — na verdade, nesse contexto, os trabalhadores informais foram os mais afetados. A ausência de um papel de amortecimento decorre das medidas de isolamento social, que impediram a reativação rápida de vagas autônomas ou de subsistência (Bouvier, 2022).

A Seguridade Social no Brasil estruturou-se através do tripé da saúde, assistência social e previdência social. Cada uma dessas políticas conta com uma rede de serviços hierarquizada e organizada territorialmente próximo à população, a garantir direitos sociais da renda, as condições de vida e sobrevivência das famílias, as questões públicas (Boschetti, 2008).

A partir da Constituinte, com a organização das políticas de seguridade social, foram criadas diversas iniciativas de atenção integral à saúde, em particular a saúde dos trabalhadores por meio de políticas públicas. No entanto, os dados gerados por instituições oficiais como a OIT, e a previdência social, revelam que persistem os acidentes e doenças originadas nos processos de trabalho, colocando o Brasil como um dos primeiros no ranking mundial de acidentes fatais relacionados ao local de trabalho (MPT, 2022).

No entanto, esses dados são relacionados aos trabalhadores formais, uma parte da população, aqueles que possuem carteira assinada e vínculo com mercado formal, pois os bancos de dados dessa categoria são organizados e sistematizados legalmente para acesso a benefícios previdenciários⁴ como a exemplo da CAT - Comunicação de Acidentes de Trabalho e o próprio Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Além disso, os trabalhadores informais, há quase uma inexistência de registro consolidado, pois as informações acerca de saúde e trabalho são realizadas por meio dos dados do SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação, onde os profissionais de saúde relacionam o nexo causal adoecimento e trabalho, e emitem a notificação agravos. Desse modo, os dados do ranking, dizem respeito a uma parcela (trabalhador formal), já os trabalhadores informais não compõem estas estatísticas, sendo ao mesmo tempo, uma parcela significativa que se encontram invisíveis ao sistema (Costa et al, 2013).

⁴ Conforme legislação trabalhista, a CAT é um instrumento para empresa avisar ao INSS sobre acidente ocorrido ao seu trabalhador no espaço ocupacional. É obrigada a informar o acidente até o dia útil seguinte, ou de forma imediata em casos de acidente fatal.

O Brasil é um país marcado por profundas desigualdades sociais, resultantes de processos históricos de exploração e opressão. Segundo Ianni (2004) há existência de uma classe trabalhadora explorada, que luta por melhores condições de vida. Para o autor, a formação social brasileira é influenciada por uma combinação de elementos tradicionais, como o patriarcado e o latifúndio, e elementos modernos, como o desenvolvimento industrial que refletem a informalidade do trabalho.

Somado às desigualdades brasileiras, uma crise sanitária se inicia em 2020, com a ocorrência da COVID-19 causada por uma nova cepa de coronavírus (Sars-CoV-2), um crescimento acelerado do número de casos e óbitos no Brasil, foi declarada pandemia. Tal momento, pandêmico, evidenciou uma parcela da população que vivia de trabalhos informais, considerados invisíveis ao sistema, e muitos trabalhadores de baixa renda entraram em situação de desemprego (Lara; Hillesheim, 2021, Almeida et al 2020).

Para minimizar o alastramento do vírus e garantia de saúde à população, foram realizadas uma série de restrições a todos os setores. Dentre as medidas de saúde pública, foram fechadas as fronteiras, restrição de aulas presenciais, proibição do funcionamento de estabelecimentos comerciais não essenciais, medidas de distanciamento social e suspensão de todo evento presencial. A pandemia teve efeitos diretos nos processos de trabalho formais e informais, nos rendimentos das famílias, com implicações na saúde física e mental da população (Almeida et al, 2020).

Com as restrições em todo estado nacional para conter a expansão da contaminação do vírus, o trabalhador enfrentou mudanças significativas com isolamento social, que ocasionou a ausência de renda, desemprego afetando as condições socioeconômica e de saúde. Para mitigar e enfrentar a emergência de saúde pública de importância internacional o governo institui o programa de transferência de renda (Auxílio Emergencial Temporário) destinado a trabalhadores(as) informais, Microempreendedores Individuais (MEI), autônomos(as) e desempregados(as) (Brasil, 2020).

Ao operacionalizar o acesso de renda aos trabalhadores informais na pandemia, o governo encontrou cerca de 38 milhões de trabalhadores inviabilizados, ou seja, trabalhadores invisíveis ao sistema. São aqueles que se encontram no limbo da renda, não são pessoas tão vulneráveis para acessar benefícios sociais destinados à população de baixa renda, mas também, não acessaram empregos formais,

realizam atividades informais (Rachter, 2021). Essa situação implica nas condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, pois afetam à saúde, e por isso se faz importante discutir a saúde do trabalhador informal, pois há uma parcela invisível ao governo e às políticas de saúde.

Para Tavares (2021), o mundo do trabalho informal e precarizado permanece em grande medida invisível, por ser resultado do próprio processo de acumulação capitalista e da manutenção de uma reserva estrutural de desempregados. Trata-se, contudo, de uma questão dual: em contextos de crescimento econômico, a discussão sobre os índices de informalidade e desemprego tende a ser minimizada, uma vez que a sua divulgação pode impactar negativamente os indicadores oficiais de desenvolvimento. Ainda, a autora reforça que é fruto de incapacidade urbana absorver uma oferta crescente de mão de obra, os quais também expressa um grupo de trabalhadores submetidos a um nível de renda insuficiente à satisfação de suas necessidades.

Por outro lado, a informalidade em países em desenvolvimento, ocorre, predominante, devido à própria estrutura de colonização (Behring; Boschetti, 2009). Os trabalhadores informais muitas vezes operam fora do escopo das leis trabalhistas e, conseqüentemente, enfrentam a ausência de benefícios sociais, como segurança de saúde e previdência. A informalidade é caracterizada pela falta de regulamentação eficaz e sistemas de proteção social (Tavares, 2021).

No caso brasileiro, o debate sobre informalidade do trabalho está profundamente relacionado às características históricas da formação social do país. Estudos apontam que a informalidade não constitui apenas uma condição transitória do mercado de trabalho, mas um elemento estrutural da economia brasileira, associado a processos históricos de desigualdade social, urbanização desigual e inserção periférica no capitalismo global. Nesse cenário, grande parte da população trabalhadora encontra-se inserida em ocupações marcadas pela ausência de direitos trabalhistas, pela instabilidade da renda e pela limitada cobertura dos sistemas de proteção social.

A literatura internacional tem demonstrado que a informalidade constitui um fenômeno presente em diversas regiões do mundo, especialmente em países da América Latina, África e Ásia. Estimativas da Organização Internacional do Trabalho indicam que mais da metade da população ocupada mundial encontra-se em

condições de informalidade. Esse cenário evidencia que a inclusão dos trabalhadores informais nos sistemas de proteção social e nos serviços de saúde constitui um desafio global, exigindo o desenvolvimento de estratégias institucionais capazes de ampliar a cobertura das políticas públicas (Barrientos, 2011; ILO, 2018).

No plano internacional, diversos estudos têm demonstrado que a informalidade constitui um fenômeno estrutural das economias contemporâneas, especialmente nos países em desenvolvimento. A Organização Internacional do Trabalho estima que cerca de 61% da população ocupada mundial trabalha em condições de informalidade, o que representa aproximadamente dois bilhões de pessoas (ILO, 2018). Essa realidade evidencia que a informalidade não constitui apenas uma condição transitória do mercado de trabalho, mas um elemento estrutural da organização contemporânea do trabalho.

Estudos clássicos sobre informalidade também destacam a diversidade de arranjos institucionais existentes nos diferentes países. Chen (2012) argumenta que trabalhadores informais frequentemente operam fora das estruturas regulatórias do trabalho e, conseqüentemente, apresentam menor acesso a direitos trabalhistas, proteção social e serviços públicos. De forma semelhante, Portes e Haller (2005) apontam que a economia informal constitui um componente persistente das economias modernas, articulando-se tanto com estratégias de sobrevivência de trabalhadores quanto com estratégias de redução de custos por parte das empresas.

No campo da proteção social, Barrientos (2011) destaca que a expansão da informalidade desafia os modelos tradicionais de seguridade social, historicamente estruturados a partir do emprego formal. Segundo o autor, muitos países têm buscado ampliar a cobertura de proteção social por meio de mecanismos não contributivos ou de sistemas híbridos que buscam incluir trabalhadores informais nos sistemas de proteção social.

Além disso, a literatura internacional também tem evidenciado os impactos da informalidade sobre a saúde dos trabalhadores. Estudos realizados em diferentes países indicam que trabalhadores informais apresentam maior exposição a condições de trabalho precárias, menor acesso a serviços de saúde ocupacional e maior vulnerabilidade a acidentes e doenças relacionadas ao trabalho (Barrientos, 2011; Chen, 2012; Benach et al., 2014).

Esses estudos demonstram que a informalidade constitui um importante determinante das desigualdades em saúde e que sua análise exige considerar as relações entre mercado de trabalho, proteção social e políticas públicas. Nesse sentido, compreender os desafios da proteção social à saúde do trabalhador informal no contexto brasileiro exige situar esse debate no quadro mais amplo das transformações contemporâneas do mundo do trabalho.

A invisibilidade desses trabalhadores nos dados também é característica do modelo econômico neoliberal, ao passo que ter baixos números de informalidade implica em uma economia desenvolvida⁵. Os países em desenvolvimento, por sua vez, recebem interferências dos organismos internacionais como Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial com assistência financeira para conduzir o crescimento do país, e estar no âmbito do comércio globalizado. Mas esses empréstimos, muitas vezes vêm com condições, como reformas econômicas, políticas e estruturais. Esses organismos desempenham um papel significativo na governança e soberania nacional do país (Tavares, 2010, 2021; Boschetti, 2008).

Essa invisibilidade torna-se ainda mais evidente quando se observa que os registros de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho estão majoritariamente vinculados aos trabalhadores formais. No Brasil, os dados provenientes da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) referem-se principalmente aos trabalhadores com vínculo empregatício formal. Já os trabalhadores informais aparecem apenas de forma indireta em sistemas como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), dependendo da identificação do nexo causal entre trabalho e adoecimento pelos profissionais de saúde.

Desse modo, o conjunto de legislações (políticas públicas) ora possuem estrutura cobertura universal de proteção social, ora são focalizantes na pobreza, sob égide de um Estado mínimo (Tavares, 2021). No que diz respeito à saúde do trabalhador, trata-se de um campo⁶ da saúde coletiva, constituído por um espaço

⁵ Tais inferências e análises econômicas, utilizam os modelos de países cuja estruturas econômicas são típicas do capitalismo como referência. Não entram nessa análise, países como Cuba, onde sistema econômico é marcado pelo socialismo, sistema econômico planejado do pleno emprego, com baixas taxas de trabalho informal (Carvalho, 2018; Farhat, 2023).

⁶ Para Gomez-Minayo (p.25, 2011), à saúde do trabalhador é um campo que agrega um amplo espectro de disciplinas. O autor refere ser um “*campo de saber próprio da saúde coletiva, está composta pelo tripé epidemiologia, administração e planejamento em saúde e ciências sociais em saúde, ao que se somam disciplinas auxiliares como demografia, estatística, ecologia, geografia,*

interdisciplinar e pluri-institucional, onde possui o trabalho como um dos principais determinantes sociais da saúde, visa assim, intervenções nas relações produção-consumo e o processo saúde-doença das pessoas e dos trabalhadores de modo particular.

As particularidades dessa área, as quais congregam os conceitos de trabalho, trabalhador, saúde e doença relacionados ao trabalho, fundamentam esse campo e permitem compreender os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais, decorrentes do modelo de desenvolvimento do país, responsável pelas condições de vida e de saúde da sociedade, em particular dos trabalhadores (Minas Gerais, 2011).

O mundo do trabalho passa por constantes mudanças. Para Mendes e Dolores (2007), o cenário saúde e trabalho vem sofrendo transformações e as determinações que incidem sobre a saúde do trabalhador na sociedade moderna. Estão relacionadas às novas modalidades de trabalho e aos processos mais dinâmicos de produção implementados pelas inovações tecnológicas e pelas atuais formas de organização e gestão do trabalho.

As iniciativas voltadas à proteção social no mundo do trabalho remontam ao final do século XIX, seguida, posteriormente, pelas Caixas de Aposentadoria e Pensão, marcando os primeiros movimentos institucionais nessa área. Até a década de 1950, as ações em saúde nas empresas mantinham caráter predominantemente clínico-individual, mas, a partir dos anos 1970, as transformações socioeconômicas impulsionaram a formulação de uma nova concepção sanitária, na qual os determinantes sociais passaram a ser reconhecidos na produção dos agravos à saúde dos trabalhadores (Lacaz, 2007).

Nos anos 1980, segundo Gomez-Minayo (2011), a saúde do trabalhador consolidou-se como campo de conhecimento, político e institucional no âmbito da saúde coletiva, em meio às lutas pela redemocratização e pela ampliação dos direitos sociais, incorporando perspectivas interdisciplinares. Nesse mesmo período, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõem orientações específicas na área, com a adoção de políticas nacionais coerentes de saúde e segurança ocupacional, bem como o fortalecimento de ações

governamentais e empresariais para melhorar as condições laborais. Dessa forma, fomenta o proteger e promover a saúde nos ambientes de trabalho, ampliar o acesso aos serviços de saúde ocupacional, fortalecer a produção de evidências científicas e integrar a saúde dos trabalhadores às demais políticas públicas (RENAST, 2012).

Um processo sócio-histórico de muitas transformações, que estabelece novos desafios a Política de Saúde do Trabalhador, e que a mesma seja pensada e executada a partir de um horizonte da proteção social, e da integralidade do cuidado. Tal proteção possui "um conjunto de ações, institucionalizadas ou não, que visam proteger o conjunto ou parte da sociedade de riscos sociais e/ou naturais decorrentes da vida em coletividade" (Mendes; Wunsch; Couto, 2006, p. 212).

No que diz respeito à proteção dos trabalhadores, há no Brasil um desenho de políticas públicas - Seguridade Social que se propõe a proteger e garantir qualidade de vida e saúde à população. Nessa estrutura, destacamos a área da política pública de saúde, a qual encontra-se um conjunto de atividades e ações aos trabalhadores.

No fortalecimento desse campo, entidades representativas da sociedade civil e profissionais de saúde vêm almejando pela implementação de uma política nacional, desde a primeira conferência. A PNST, norteando princípios, diretrizes e estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão SUS para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, visando à promoção e à proteção de sua saúde e à redução da morbimortalidade decorrente do adoecimento e dos agravos nas atividades laborais (Minayo-gomes, 2013; Brasil, 2012).

A PNST tem como objetivo estabelecer princípios, diretrizes e estratégias para as três esferas de gestão do SUS, orientando a atenção integral à saúde do trabalhador, tendo como eixo central a estruturação da vigilância em Saúde do Trabalhador, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. Pela natureza de seu objeto esta política, necessariamente, possui interfaces com diversas áreas e políticas públicas como Previdência Social, Trabalho e Emprego, Educação, Meio Ambiente, Agricultura, Indústria, Comércio, Mineração, Ciência e Tecnologia, Segurança Pública, entre outras (Brasil, 2012).

Contudo, a implementação dessa política enfrenta desafios importantes, tais como a fragilidade da Vigilância em Saúde Ocupacional, com a identificação efetiva e o monitoramento de riscos à saúde no ambiente de trabalho. Um modelo assistencial

centrado na consulta médica individual em detrimento das ações coletivas, a articulação entre os setores de saúde e trabalho muitas vezes é desafiadora, prejudicando a eficiência na promoção da saúde do trabalhador. Essa integração é fundamental para a prevenção de doenças ocupacionais e a promoção de ambientes laborais saudáveis (Santos; Lacaz, 2011).

As transformações da sociedade com os processos de globalização e reestruturação produtiva afetam as relações de trabalhos formais e informações, sobretudo a oferta de proteção do Estado aos trabalhadores.

Algumas mudanças acentuadas ocorrem no mundo do trabalho no contexto atual, com feições da globalização, em que se observa a intensificação da competição internacional sob a hegemonia de modelos de crescimento e aceleração da economia, resultam nos impactos negativos no meio ambiente, no trabalho, na saúde e na qualidade de vida das populações, como ocorre no Brasil (Costa et al, 2013).

Além disso, a precarização dos vínculos e dos contratos de trabalho, que ocorre pela via das terceirizações e das precárias condições de trabalho, a persistência de elevada rotatividade da força de trabalho, o aumento da informalidade, a adoção de trabalhos em tempo parcial e em domicílio são elementos que também estão na origem dos agravos relacionados ao trabalho (Sasaki; Menezes, 2012; Costa et al, 2013).

Nesse processo de mudanças o Estado possui papel importante, pois é fonte de alocação de benefícios à classe trabalhadora, tem o papel de suavizar os conflitos entre os atores sociais, em nome da coesão social, o que implica sinergia com as organizações do trabalho e a progressão das leis de proteção e extensão dos direitos sociais. O principal desafio do Estado é regular a oferta da proteção social para distintas relações de trabalho. Estudos mostram, da incapacidade do Estado como provedor e normatizador, exigindo do trabalhador que garanta a sua própria proteção, devido aos altos tributos (Sasaki; Menezes, 2012).

Já no âmbito do trabalho informal, marcado pela não-garantia de acesso a direitos sociais e laborais básicos, acentua-se as desigualdades sociais. O trabalho informal pode ser definido como uma relação laboral que não está em conformidade com o pagamento de impostos e não cobertura de segurança social, carecendo de benefícios trabalhistas (Bernardino, Andrade, 2015). A OIT aponta que o crescimento do trabalho informal é percebido como problema econômico e social dada à

constatação de que grande parte desses trabalhadores se encontra em desvantagem no mercado de trabalho (Sasaki; Menezes, 2012; Corseuil et al, 2015).

Segundo Beatriz Puente (2022), em 2019 o Brasil possuía 93,8 milhões de trabalhadores formais com carteira assinada, e 38,8 milhões de trabalhadores na informalidade, sendo uma crescente a informalidade no mercado de trabalho. São considerados trabalhadores informais aqueles que não possuem carteira assinada, ou seja, aqueles trabalhadores do setor privado e trabalhadores domésticos sem carteira assinada, trabalhadores por conta própria, empregadores sem CNPJ e trabalhadores familiares auxiliares (IBGE, 2008). Com a crise econômica ocasionada pela crise sanitária decorrente da Covid-19, alteram-se as condições sociais, e esse número de trabalhadores informais é ampliado devido às medidas de restrições à saúde pública (Lara; Hillesheim, 2020).

O IBGE em seus dados mais recentes da PNAD Contínua revela que, em 2023, a taxa de informalidade atingiu 39,1% da população ocupada, o que corresponde a 39,6 milhões de pessoas, consolidando a informalidade como uma característica estrutural do mercado de trabalho brasileiro (IBGE, 2023).

Dessa forma, os apontamentos acerca do mundo do trabalho à saúde dessa população invisível, é um campo permeado por dificuldades devido às mudanças da reestruturação produtiva ao mundo do trabalho, com novas configurações que implicam nos processos de trabalho nas últimas décadas. Tais transformações nos impõe novos determinantes sociais para pensar a saúde do trabalhador de forma multidisciplinar e intersetorial.

Embora a PNST seja um instrumento que organize as ações ofertadas à cobertura dos trabalhadores, sua interface com demais órgãos intersetoriais é frágil devido às especificidades de atuação de cada instituição na rede intersetorial. O ministério do trabalho e previdência social, por exemplo, possuem um determinado recorte no mundo do trabalho, voltado principalmente ao trabalhador que possui vínculos formais de trabalho. Sendo aquelas pessoas que possuem carteira assinada, ou aqueles considerados segurados⁷ (realizam contribuição previdenciária), para usufruir dos seus serviços e benefícios ofertados pela instituição. Para os

⁷ Segurados: são aqueles que exercem atividade remunerada formal, ou por adesão de maneira facultativa (não-obrigatória), realizam sua inscrição formalizada com o pagamento da primeira contribuição sem atraso (Brasil, 2021).

trabalhadores informais que não realizam contribuição, pouco se tem a oferecer, em tempo de crise econômica e de recessão de políticas públicas, aumentam a desproteção de direitos bem como o acesso aos serviços de proteção social.

Somado à recessão, encontramos outras fragilidades⁸ no acesso às políticas públicas, em virtude da incoerência de dados sobre a população informal. O que se tem é uma estimativa do cenário, pois não há um dado real. Tal dificuldade ocorre pelo registro dos serviços/órgãos, que priorizam atendimentos aos trabalhadores formais. A exemplo, o INSS possui subnotificações e ausência de notificações pelos empregadores, e mesmo assim, demonstram um número significativo de acidente de trabalho ou adoecimento pelo trabalho. A saúde por sua vez, com o SINAN também apresenta as subnotificações acerca do adoecimento do trabalhador.

No entanto, PNSTT destaca que as ações de vigilância em saúde do trabalhador devem ser desenvolvidas de forma articulada com diferentes instituições, como o Ministério do Trabalho, o setor da saúde, entidades patronais, sindicatos e demais atores sociais. Essa integração intersetorial é fundamental para ampliar a cobertura e a efetividade das ações voltadas à proteção da saúde dos trabalhadores. Apesar dos avanços, persistem fragilidades que evidenciam a necessidade de consolidar práticas que garantam a abrangência dessas ações, contemplando tanto os trabalhadores formais quanto aqueles inseridos na informalidade.

Dado os apontamentos acima, um dos elementos para discussão, parte da intersetorialidade do tripé da seguridade social, onde os locais de atendimento ao trabalhador informal, ou aqueles adoecidos pelo trabalho, perpassa pelas políticas de saúde (registros no SINAN), de previdência social (registros no INSS), e na política de assistência social (registro nos CRAS/SUAS). Tais instituições deveriam ter um banco de dados sobre os trabalhadores informais que acessam os referidos serviços, no entanto, essas informações não são registradas (subnotificação). Para Fachini et al, (2005), um sistema de informações sobre saúde do trabalhador é um desafio para o SUS.

De antemão, sabe-se que há um baixo registro sobre informações desses trabalhadores, o que leva a primeira indagação o porquê cerca de 50% dos

⁸ A subnotificação: em 2016 no RS, o Ministério do Trabalho e o Ministério Público do Trabalho, apresentaram um estudo, apontando a subnotificação alarmante entre os dados da saúde e do INSS sobre acidente de trabalho. A baixa notificação dos acidentes de trabalho, realização da CAT - Comunicação do Acidente de Trabalho pelos empregadores formais e informais (Santos et al, 2018).

trabalhadores da informalidade não são notificados em quaisquer sistemas quanto ao adoecimento. Talvez haja uma estimativa ou uma marginalização dessa categoria profissional, devido ao escopo dessas instituições registrarem trabalhadores formais nos atendimentos. O sistema estatal de certa forma, possui um registro organizado sobre os trabalhadores formais, logo, os informais não aparecem, encontram-se omissos, ou invisíveis.

Nesse sentido, o objeto de estudo desta tese é a proteção social e as ações da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e suas implicações à saúde do trabalhador informal em uma cidade de médio porte no sul catarinense para compreender tais indagações. A motivação ao estudo, leva em consideração a relação da saúde do trabalhador com seguridade social no atendimento ao trabalhador informal.

Há um espaço de proteção social a ser rediscutido e planejado, do qual grande parte dos trabalhadores fazem parte, diferentes segmentos ocupacionais (informal) que ficam à margem da política de saúde dos trabalhadores e da proteção social. Nesse cenário, há profissões históricas como o chapa, o pedreiro, faxineira e as novas informalidades como entregadores, o Uber etc.

Para assim, analisar a saúde do trabalhador informal, a qual exige não apenas a análise das condições de trabalho e dos processos de adoecimento, mas também uma reflexão crítica sobre a efetividade das políticas públicas diante de um mercado de trabalho cada vez mais flexibilizado, fragmentado e desprotegido. A informalidade, neste sentido, não é apenas um problema administrativo ou regulatório, mas um reflexo direto da lógica de reprodução social do capital, que naturaliza a precarização e transforma a saúde do trabalhador em uma variável subordinada aos interesses da acumulação.

Dessa forma, compreender os desafios enfrentados pelos trabalhadores informais à luz da PNSTT demanda um olhar que articule as dimensões econômica, política e social, reconhecendo que a saúde do trabalhador é produto das condições de trabalho e das relações sociais de produção, e que sua proteção, ainda que prevista em políticas públicas, é mediada por contradições que atravessam o Estado e a organização do trabalho no capitalismo contemporâneo.

Nesse sentido, este estudo busca compreender a relação entre saúde do trabalhador e informalidade, de modo a ampliar a visibilidade desses sujeitos e a

evidenciar a necessidade de reestruturação das políticas públicas para que incluam, de forma efetiva, todos os trabalhadores, sejam formais ou informais. Nesse sentido, considera-se fundamental assegurar o acesso à proteção social em saúde nos marcos da integralidade, da universalidade e da equidade que orientam o SUS e a lógica do cuidado em saúde coletiva. Assim, coloca-se a questão central que orienta esta investigação: como a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora se relaciona com os contextos laborais informais?

Parte-se da hipótese de que a PNSTT reconheça formalmente todos os sujeitos do trabalho — inclusive os inseridos em contextos informais — como destinatários de suas ações e diretrizes (Brasil, 2012). Contudo, sua efetivação ainda encontra barreiras estruturais e institucionais que limitam o acesso dos trabalhadores informais à proteção social em saúde.

Pressupõe-se que a ausência de mecanismos operacionais capazes de identificar e registrar a situação laboral desses sujeitos, associada à fragilidade da articulação intersetorial e da educação permanente em saúde, contribui para a reprodução da invisibilidade e da desproteção no âmbito das políticas públicas. Assim, a hipótese central é que a distância entre o que a PNSTT preconiza e o que é efetivamente implementado nos territórios municipais, reproduz as desigualdades geradas pela lógica do trabalho precarizado e informal.

Essa investigação aponta os desafios da proteção social à saúde do trabalhador informal, à luz da PNSTT, com potencial de contribuir para o fortalecimento das políticas públicas voltadas a esse segmento historicamente invisibilizado. Os resultados da pesquisa oferecem subsídios para qualificar a gestão e a prática dos serviços de saúde, além de fomentar a participação social e intersetorial dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde do trabalhador.

2 OBJETIVO GERAL

Investigar os desafios da proteção social à saúde do trabalhador informal à luz da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) em um município de médio porte no sul catarinense.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

I - Discutir as ações de proteção social ao trabalhador informal preconizadas na PNSTT no município estudado;

II - Identificar as principais ações realizadas em prol da saúde do trabalhador informal no município estudado;

III - Analisar as lacunas e obstáculos existentes no acesso de trabalhadores informais à proteção social.

3 MARCO TEÓRICO

“Para os que concebem a História como uma contenda, o atraso e a miséria da América Latina não são outra coisa senão o resultado de seu fracasso. Perdemos; outros ganharam. Mas aqueles que ganharam só puderam ganhar porque perdemos: a história do subdesenvolvimento da América Latina integra, como já foi dito, a história do desenvolvimento do capitalismo mundial.”
(Galeano, 2010)

3.1 TRABALHO, INFORMALIDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS: UM OLHAR SOBRE A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO TRABALHO NO BRASIL

A categoria trabalho, na perspectiva crítica marxista, é elemento estruturante da vida social e das relações de produção. Marx (2011), compreende o trabalho como fundamento da produção da vida social, sendo a força de trabalho apropriada pelo capital um dos pilares da exploração na sociedade capitalista. Já Ricardo Antunes (2013) amplia esse debate ao introduzir a noção de "classe-que-vive-do-trabalho", apontando para a multiplicidade de formas de exploração que transcendem o emprego formal assalariado. Nessa leitura, a informalidade não é um resíduo do arcaico, mas sim uma das formas contemporâneas da precarização do trabalho, intensificada pelas transformações neoliberais e pela reestruturação produtiva.

David Harvey (2005) contribui para essa análise ao discutir a acumulação por espoliação como uma das formas do capital intensificar a exploração em tempos de crise. O trabalho informal se insere nesse contexto, sendo funcional ao capital por fornecer mão de obra barata, flexível e desprovida de direitos. Robert Castel (1998), por sua vez, alerta para a "desfiliação social", processo em que trabalhadores perdem vínculos estáveis e redes de proteção, tornando-se vulneráveis à exclusão social. Assim, a informalidade aparece como um fenômeno historicamente produzido, vinculado ao modo de produção capitalista e à lógica de mercantilização da força de trabalho.

O sistema capitalista impõe ao trabalhador a obrigação de venda de sua força de trabalho como única forma de garantir sua reprodução. O trabalhador quando se

submete a uma determinada relação de trabalho o faz por encontrar nela, condição suficiente para manutenção de sua existência, de forma que se assim não fosse, não teria por que manter-se vinculado ao empregador em questão (Antunes 2013, 2018).

No capitalismo dependente latino-americano as relações entre capital e trabalho assumem feições próprias, calcado sobre um gigantesco exército de reserva, o capital ampliou suas taxas de retorno diminuindo os salários a níveis inferiores aos necessários para reprodução dos trabalhadores⁹. Isto significa que o trabalhador terá capacidade mínima de garantir sua sobrevivência física e social para que continuem disponíveis ao mercado de trabalho. Por outro lado, para além da apropriação de mais-valia em níveis próprios, o capital amplia a exploração também pela intensificação do trabalho, mais-valia relativa¹⁰, convertendo a produção em verdadeiro moedor humano. As feições cotidianas dessa relação se apresentam todos os dias no enorme contingente de trabalhadores, adoecidos, mutilados, depressivos e mesmo mortos (Fernandes, 1975; Antunes, 2013;).

Na atual fase do capitalismo, no cenário de crise resultante da necessidade de acumulação e expansão do capital, o mundo do trabalho tem sofrido transformações nas relações que definem as condições de vida e de reprodução do trabalhador, neste contexto, as especificidades de uma economia dependente como a brasileira, fazem intensificar as condições de exploração dos sujeitos, acirrando assim as expressões da questão social, e condicionando a saúde do trabalhador.

A reestruturação do mundo do trabalho tem expandido o desemprego, e intensificado os afastamentos por adoecimento. Dentre tais efeitos, encontramos desencadeando patologias físicas e mentais¹¹ que acometem principalmente os trabalhadores inseridos no mercado informal, ou submetidos a relações precárias de

⁹ No sistema capitalista dependente latino-americano, essa reprodução se dá de forma precarizada, já que os salários são mantidos em patamares inferiores ao necessário para sustentar dignamente a vida. Assim, o capital garante sua acumulação explorando não apenas a força de trabalho barata, mas também a saúde e a vida dos trabalhadores, que se veem submetidos ao adoecimento, à exaustão e à insegurança constante (Fernandes, 1975; Antunes, 2013).

¹⁰ Antunes (2013), explica que a mais-valia corresponde ao valor produzido pelo trabalhador além do necessário para repor o custo de sua força de trabalho, ou seja, além do salário que ele recebe. Essa diferença é apropriada pelo capitalista como lucro. Antunes destaca que, no capitalismo contemporâneo, essa exploração se intensifica tanto pela mais-valia absoluta (ampliação da jornada e redução de salários) quanto pela mais-valia relativa (aumento da produtividade via tecnologia e intensificação do ritmo de trabalho).

¹¹ Segundo Ministério da Saúde, as doenças que mais causam mortes, são as doenças isquêmica do coração e a cerebrovascular estão entre as duas primeiras causas de morte para homens e mulheres, seguidos do câncer de mama às mulheres, e entre os homens a cirrose e outras doenças do fígado (BRASIL. 2014). As condições de vida acirram esse processo no mundo do trabalho.

toda natureza, como subempregos, terceirizações e amplas jornadas de trabalho doméstico não-assalariado. Tais refrações se somam à dinâmica de reprodução do capital, onde o aparato legal subsidia também o processo de ampliação dos lucros dos capitalistas, permitindo acumulação para além daquela percebida pelas relações de superexploração do trabalhador. O conjunto dessas engrenagens em operação resulta em impacto negativo na sobrevivência dos trabalhadores, abreviando a expectativa de vida da população.

O mundo do trabalho condiciona objetivamente as possibilidades de subsistência da classe trabalhadora. Desde as alterações resultantes da nova correlação de forças em nível mundial dada na segunda metade da década de 1980 e vivenciada na América Latina, como movimento neoliberal. Os trabalhadores vêm sendo assolados pela ampliação da precarização, intensificação da exploração e uma cada vez maior desregulamentação (Antunes, 2010), incidindo também sobre a proteção social dos mesmos.

Para Mészáros (2011), o momento pelo qual estamos passando é de uma crescente polarização:

Inerente à crise estrutural global do capitalismo atual – mas, igualmente, o que multiplica os riscos de explosão, o colapso de uma série de válvulas de segurança que cumpriam um papel vital na perpetuação da *sociedade de mercado* (...) a mudança que colapsou o poder da política de consenso, da limitada institucionalização e integração do protesto social, da expressão, da exportação fácil da violência interna, por meio de sua transferência ao plano dos conflitos internacionais mistificantes (...) há muito pouco, o crescimento sem barreiras e multiplicação do capital, a irresistível extensão de seu domínio a todos os aspectos da vida humana eram fatos proclamados com toda a segurança e amplamente aceitos (Mészáros, 2011, p.48).

Tal acirramento, expressa o aprofundamento das contradições estruturais do capitalismo em crise, revelando a erosão dos mecanismos que anteriormente funcionavam como mediadores e amortecedores das tensões sociais. O colapso da política de consenso, a incapacidade de institucionalizar e integrar o protesto social e a limitação de transferir conflitos internos para a arena internacional configuram um cenário em que os antagonismos de classe se tornam mais evidentes e intensificados. Nesse contexto, a polarização manifesta-se como produto direto da incapacidade do capital em sustentar formas estáveis de regulação sociopolítica, ampliando os riscos de rupturas e de explosões sociais (Mészáros, 2011; Antunes 2010; Harvey, 2005).

Logo, a polarização significa que as diferenças entre grupos sociais se tornam cada vez mais extremas, pois o capitalismo já não consegue oferecer mecanismos que reduzam os conflitos. Antes, certas políticas de bem-estar, negociações trabalhistas ou até a transferência de tensões para guerras externas serviam para aliviar os problemas. Hoje, com a crise estrutural, esses “amortecedores” enfraqueceram (Castel, 1998). Isso se expressa, por exemplo, na ampliação das desigualdades sociais: enquanto uma pequena parcela concentra renda e riqueza, milhões de trabalhadores enfrentam desemprego, informalidade e precarização.

No Brasil e em outros países latino-americanos, isso aparece na falta de políticas de proteção efetiva ao trabalhador informal, no crescimento de protestos sociais e na dificuldade do Estado em responder às demandas populares. Assim, a polarização é visível tanto nas ruas, quando trabalhadores protestam por direitos, quanto na política, marcada pela radicalização de posições opostas.

Ao chegar ao limite da acumulação em um contexto de consensos, demarcada agora pelo fim da era do capitalismo monopolista, para dar lugar a fase da globalização neoliberal, com novas implicações. Iamamoto (2008), explica que a expansão monopolista foi a fusão entre o capital industrial e bancário em que teve início o domínio do capital financeiro, com lucros exponenciais e predomínio em todas as dimensões da vida social, independente de regime político, por meio de grandes grupos industriais transnacionais e instituições financeiras que subordinam os estados-nações.

Sobre a égide do livre comércio, do desenvolvimento do capitalismo em sua fase global – mundialização da economia – estabelecem um aparato jurídico e político de liberalização e de privatização subordinando os estados-nações, mediante a concentração de riquezas e desenvolvimento desigual de diferentes empresas e países. Contudo, a substituição da livre competição do capital pelo monopólio atinge seu ápice no sistema imperialista (Osório, 2016).

Na fase da expansão monopolista, referiu-se ao período em que o capital consolidou sua dominação por meio da concentração e centralização da produção e das finanças nas mãos de grandes corporações e oligopólios. Essa etapa, que se intensificou no pós Segunda Guerra Mundial, foi marcada pela expansão internacional das empresas transnacionais, pela financeirização e pela incorporação de amplos setores da vida social à lógica mercantil. É nesse contexto que se amplia a chamada

“sociedade de consumo de massas”, sustentada por uma relativa política de bem-estar social em alguns países centrais, que funcionava como válvula de escape para conter os conflitos de classe (Mészáros, 2011; Osorio, 2016).

No entanto, esses mecanismos passam a entrar em crise, configurando uma mudança de fase, ou de era. A partir da década de 1970, com a queda da taxa de lucro, a reestruturação produtiva e a crise do Estado de bem-estar, o capitalismo inaugurou uma fase marcada pela integração neoliberal. Essa nova era caracteriza-se pela intensificação da financeirização, pelo enfraquecimento dos direitos trabalhistas, pela flexibilização das relações de trabalho e pela precarização, que atinge de forma ainda mais aguda os países dependentes. Nesse cenário, o capital já não consegue manter a regulação sociopolítica anterior, abrindo caminho para a intensificação das contradições e para o processo de polarização social (Mészáros, 2011; Osorio, 2016).

Essa fase, caracterizada pela concentração de riqueza em alto grau e domínio da oligarquia financeira, tem no sistema imperialista marginalização das demais frações capitalistas que sem condições de competir acabam servindo de combustível para aumento da concentração. Esta busca por superlucros¹², resulta na superacumulação¹³, estagnação expansiva e crise, além de dominação ideológica, tecnológica e cultural características dessa fase (Iamamoto, 2008).

Para Osório (2014) a mundialização e o imperialismo são processos distintos, mas interdependentes. São também, duas categorias que se referem a processos estritamente relacionados ao sistema capitalista por se potencializarem e condicionarem, pois, a existência de uma economia mundial é a condição para existência do imperialismo, na atual fase em que há predomínio do capital financeiro. O capitalismo em seu ciclo de crises da economia, precisa seguir expandindo. Assim, se desenvolveram as colonizações, inclusive na América Latina, e também, ocorre na atualidade a necessidade de crescimento da intensificação dos processos de exploração do trabalho em escala global.

¹² Superlucro: é a capacidade do capital monopolista-financeiro de extrair riqueza em escala global, não restrito à produção imediata, mas sustentado pela financeirização, pela especulação e pelo poder de comando sobre a vida econômica e social (Iamamoto, 2008)

¹³ Superacumulação: ocorre quando o capitalismo produz mais bens do que o necessário ou do que pode ser consumido, levando a crises de superprodução e desvalorização (Osório, 2016; Iamamoto, 2008; Marx, 2011).

Aumento do grau de exploração da classe trabalhadora, redução do salário abaixo do valor da força de trabalho, barateamento dos elementos que formam o capital constante, aumento da superpopulação relativa, intensificação do comércio exterior, aos quais é preciso agregar, entre outros processos, as revoluções tecnológicas, a expansão do mercado mundial e inclusive as guerras (Osório, 2014, p.167).

Para Osório (2016) o capitalismo global reproduz na América Latina, modalidades atrasadas de exploração, ao passo que para compreender esse processo, se faz necessário uma outra abordagem teórica própria; a teoria marxista da dependência.

Apoiado na categoria de superexploração de maneira permanente o capitalismo dependente gera um ciclo do capital no qual se reproduz uma ruptura entre a esfera da produção e a esfera da circulação que de outra perspectiva não é mais do que o recente divórcio entre aparelho produtivo e necessidades de consumo das amplas majorias da população (...) um capitalismo que agudiza as contradições inerentes ao modo de produção capitalista. (Osório, 2016, p.120)

O processo de desenvolvimento capitalista na América Latina sempre foi marcado por especificidades resultantes de seu processo de integração mundial dado pela expansão comercial marítima europeia. Integradas como fornecedoras de matérias-primas e bens primários, as nascentes economias nacionais que emergiram no século XVIII no continente se especializaram na produção de bens intensivos em trabalho e de baixa intensidade tecnológica, calcados sobre uma mão de obra barata (Williams, 1975).

O baixo custo da mão de obra, seja dado pelo regime escravocrata, seja pela inexistência de legislações de proteção ao trabalho assalariado sedimentaram o caminho para a dissociação entre a produção e a circulação das mercadorias nos países latino-americanos, inclusive o Brasil. A natureza exportadora da economia brasileira suprimiu o dilema do capitalista em seu desejo de comprimir os salários abaixo do custo de reprodução do trabalhador, mas necessitar da condição de consumidor deste para realizar o consumo da mercadoria e assim fazer seguir o ciclo de reprodução do capital (Osório, 2016; Williams, 1975).

Nesse contexto, a dissociação entre produção e consumo aprofunda as contradições estruturais do capitalismo brasileiro, refletindo-se diretamente nas condições de vida da classe trabalhadora. Essa dinâmica sustenta a constante crise

vivenciada pelo trabalhador, que com salários inferiores ao necessário para sua reprodução, encontra-se em constante busca por complementos de renda, ameaçada pelo desemprego, pela desregulamentação das relações trabalhistas, e pelas condições insalubres de trabalho (Antunes, 2010; Iamamoto, 2008).

A necessidade de intensificação da exploração, seja pela produção de mais-valia absoluta com longas jornadas e compressão salarial, seja pela produção de mais-valia relativa com a intensificação do trabalho, inviabilizaram historicamente o acesso de amplas camadas da classe trabalhadora ao emprego regulamentado legalmente ou impediram que a regulamentação viabilizasse o mínimo necessário para a reprodução da classe trabalhadora, como podemos observar nos elevados níveis de informalidade no mercado de trabalho no Brasil desde a criação da consolidação das leis do trabalho – CLT, ou pelos históricos níveis de compressão do salário mínimo (Poddixi, 2013).

Mas não somente as interações laborais são resultado das relações de superexploração do mundo do trabalho em uma economia dependente. O conjunto de experiências cotidianas da classe trabalhadora brasileira expressa as condições materiais de reprodução do capital em nossa economia dependente. Onde observa-se elevados níveis de apropriação do excedente pelas frações da burguesia. Estes condicionam os investimentos públicos, a interação do homem com o meio, na construção de cidades e espaços de viver, na interação do homem com o homem em situações de conflito ou violência ou ainda nas interações para produção do bem-estar comum.

É no contexto da disputa pelo excedente da produção social¹⁴ que as frações da burguesia brasileira e das classes trabalhadoras estabeleceram historicamente a dinâmica das políticas sociais no Brasil. Em virtude de seu caráter contraditório¹⁵, as políticas sociais podem servir de importante mecanismo para garantir coesão social,

¹⁴ Excedente da produção social, termo se refere à parte da riqueza produzida pelo trabalho humano que excede o necessário para a reprodução da força de trabalho, e para garantia das condições mínimas de sobrevivência dos trabalhadores e a continuidade do processo produtivo (Antunes, 2010; Marx, 2011)

¹⁵ O caráter contraditório da política pública na sociedade capitalista está relacionado à sua dupla função dentro da dinâmica social. Por um lado, as políticas sociais são elaboradas pelo Estado burguês como instrumentos de regulação e controle, buscando garantir a coesão social e evitar rupturas que ameacem a estabilidade do sistema capitalista. Por outro, essas mesmas políticas são fruto das lutas históricas da classe trabalhadora, que reivindicam acesso ao excedente da produção social e melhores condições de vida (Paiva, Ouriques, 2006).

mas manifesta ainda um papel dialético¹⁶ visto que se apresentam como mecanismo do estado burguês capaz de mediar conflitos, ao passo em que são resultados diretos da luta de classes em seu movimento pela disputa do excedente produzido coletivamente (Paiva, Ouriques, 2006).

A compreensão do desenvolvimento das políticas sociais no contexto dependente brasileiro exige que compreendamos a relação que o trabalhador historicamente vivenciou diante do Estado em relação às suas necessidades mais básicas, ou seja, da relação frente às garantias de proteção social. No contexto brasileiro, esse processo histórico de exploração do trabalho sempre esteve atrelado a formas precárias, configurando-se como traço estrutural do mercado de trabalho e não como mero efeito transitório do subdesenvolvimento ou da má gestão econômica.

Ao analisarmos a saúde do trabalhador e as especificidades do processo de adoecimento dos trabalhadores na economia brasileira dependente, considera-se o trabalho como meio de reprodução, mas também como resultado de complexas relações sociais que o tornam instrumento de afirmação ou depreciação dos sujeitos em seus meios. Tão logo, se faz necessário rediscutir o binômio saúde-doença como processo social, permeado pela centralidade da categoria trabalho, para além do trabalho ocupacional, mas das relações sociais de uma sociedade com os maiores índices de desigualdade social.

Esta investigação busca de certa forma, avaliar tal inferência no escopo do mundo do trabalho por meio da análise das condições de reprodução latentes no processo de adoecimento do trabalhador.

3.2 ENTRE A ORDEM E A MARGEM: RAÍZES HISTÓRICAS DA INFORMALIDADE NO BRASIL

A informalidade no Brasil possui raízes históricas profundas, que remontam ao período colonial e à escravidão, nos quais o trabalho era desvalorizado e desprovido de direitos. Para o autor Caio Prado Júnior (2000), a estrutura econômica colonial era voltada para a exportação, utilizando o trabalho compulsório como base produtiva. Com o fim da escravidão e a transição para o trabalho livre, Florestan

¹⁶ Dialética: Ao mesmo tempo que funcionam como mecanismos de mediação para preservar os interesses do capital, também representam conquistas da classe trabalhadora no embate pela distribuição da riqueza socialmente produzida (Paiva, Ouriques, 2006; Marx, 2011).

Fernandes (1978) destaca que não houve uma integração real dos ex-escravizados ao mercado formal, perpetuando práticas de exclusão e formas precárias de inserção laboral.

O processo de informalidade do trabalho no Brasil, está ligado ao processo de colonização e à própria constituição do estado nacional. Está longe de ser um fenômeno periférico ou transitório. Pelo contrário, como defendem Tavares (2018) e Antunes (2018), a informalidade é uma expressão estrutural e historicamente moldada da forma como o capitalismo organiza o mundo do trabalho nas sociedades periféricas e dependentes. É um fenômeno que não pode ser compreendida pontual ou meramente conjuntural, mas como um traço estrutural das relações sociais de produção, profundamente enraizado na formação histórica do país.

Desde o período colonial, a organização econômica brasileira se constituiu sob as marcas da subordinação ao capital externo e da dependência, fatores que moldaram uma estrutura social excludente e desigual, a qual persiste e se reinventa ao longo do tempo. Tal realidade remete a uma precarização permanente, que submete amplas parcelas da classe trabalhadora a condições laborais desprovidas de direitos, estabilidade e proteção social (Prado Jr, 2011; Fernandes, 1978).

Para Prado Júnior (2011), um dos primeiros intelectuais brasileiros a apontar que o Brasil nasceu sob o signo do extrativismo, da monocultura e do latifúndio, vinculados à lógica do capital comercial europeu. Essa base econômica criou uma sociedade em que o trabalho foi, desde a origem, forçado e desprovido de direitos, inicialmente pela escravidão e, posteriormente, por formas precarizadas de inserção social. Para o autor, o passado colonial não foi superado; ele ressignificou-se através das estruturas econômicas que moldam as relações sociais contemporâneas, onde o trabalho informal ocupa um espaço central como herdeiro direto dessa lógica.

Já Sérgio Buarque de Holanda (1995), ao investigar a formação do Brasil, introduziu a ideia do “homem cordial” e da predominância das relações pessoais e informais sobre as regras institucionais no espaço público. Essa dinâmica revela a persistente sobreposição dos laços pessoais sobre as instituições e a fragilidade do Estado em organizar de forma impessoal a vida social e econômica. Tal estrutura social favoreceu a reprodução de práticas de trabalho que escapam à formalização, mantendo a informalidade como um traço cotidiano e naturalizado, tanto na economia quanto nas relações sociais.

Fernandes (1975) analisa o processo de modernização conservadora que caracterizou a transição do Brasil do trabalho escravo para o trabalho assalariado. Em sua leitura crítica, evidencia que a abolição da escravidão não significou a inclusão social dos trabalhadores negros e pobres, mas sua exclusão renovada por meio de formas precárias de trabalho. Segundo ele, a informalidade moderna é um prolongamento dessas condições históricas, em que a inserção no mercado de trabalho ocorre, majoritariamente, de forma instável, subalterna e sem proteção social.

Para Holanda (1995) aponta que para o “homem cordial” e as relações personalistas como traços que marcam o modo brasileiro de organizar o trabalho e a vida social, favorecia práticas informais e clientelistas em detrimento de normas institucionais. O processo de urbanização e industrialização acelerada nas décadas de 1930 e 1950 também contribuiu para a manutenção da informalidade, uma vez que a modernização não foi acompanhada por políticas públicas de inclusão laboral e proteção social efetiva. Assim, a informalidade não é um desvio, mas parte constitutiva da formação social brasileira, refletindo uma herança histórica de exclusão e desigualdade.

A informalidade no Brasil, portanto, não é algo atípico, pois surgiu no processo de constituição do estado, permeado pelo desenvolvimento capitalista, como uma de suas expressões coerentes num espaço periférico. Tal condição é reforçada na contemporaneidade pelo avanço das políticas neoliberais, que, segundo Fernandes (1975), aprofundam o caráter dependente e subordinado do desenvolvimento brasileiro, promovendo uma modernização que não elimina as formas atrasadas de trabalho, mas as mantém articuladas ao setor formal, como uma espécie de “exército de reserva” da força de trabalho.

Para Antunes (2018), o trabalho é compreendido como a atividade humana fundamental para a produção e reprodução da vida na perspectiva marxista. No entanto, sob o modo de produção capitalista, o trabalho se transforma em mercadoria e a força de trabalho é subordinada aos imperativos da acumulação de capital, leva à constante flexibilização, desregulamentação e precarização das relações laborais. Dentro desse movimento, a informalidade configura-se como uma forma adaptativa da exploração, capaz de absorver a força de trabalho em contextos de crise ou de reorganização produtiva.

Tavares (2018) destaca que a informalidade, ao invés de ser superada com o avanço do desenvolvimento econômico, foi ressignificada pela lógica neoliberal, que expandiu o trabalho sem direitos como uma estratégia de ajustamento estrutural do mercado de trabalho, sobretudo em países periféricos como o Brasil. A autora identifica a informalidade como um componente estrutural e funcional da acumulação capitalista, na medida em que permite ao capital reduzir custos e maximizar lucros, transferindo para o trabalhador os riscos da relação produtiva.

Na mesma linha, Castel (1998) aponta que o avanço das formas precárias de trabalho, como o subemprego, o trabalho autônomo informal e o trabalho eventual são formas de acentuar processos de desfiliação social, ou seja, aprofundando a vulnerabilidade dos trabalhadores diante do Estado e das políticas públicas. Segundo o autor, a informalidade não só rompe os laços formais de proteção social, como também fragiliza as condições de vida, colocando o trabalhador em um lugar de invisibilidade institucional.

No contexto brasileiro, essa precarização tem impactos diretos e profundos sobre a saúde da classe trabalhadora. Segundo Laurell (2003) pontua que as condições de trabalho são determinantes centrais no processo de adoecimento, e que a precarização, ao se manifestar por meio da informalidade, intensifica a exposição a riscos ocupacionais e reduz a possibilidade de acesso à prevenção, tratamento e acompanhamento em saúde. A ausência de vínculos formais e de reconhecimento institucional retira dos trabalhadores informais o direito à proteção e transfere a eles a responsabilidade pelo próprio cuidado, reforçando a individualização do risco.

Essa realidade evidencia os limites das ações do SUS e da PNSTT, uma vez que a fragmentação das relações laborais dificulta a identificação dos agravos relacionados ao trabalho e compromete a efetivação de estratégias de prevenção e promoção da saúde. Assim, a precarização do trabalho, além de gerar desproteção social, reforça a invisibilidade institucional dos trabalhadores informais, exigindo a adoção de políticas intersetoriais capazes de enfrentar tais desigualdades.

Um dos autores, aponta a reestruturação neoliberal como fator que incide nessa relação. Para Harvey (2004) ocorre acumulação por despossessão¹⁷, oferece

¹⁷ Despossessão; Para Harvey (2004), o termo está relacionado à ideia de acumulação por despossessão (*accumulation by dispossession*), um conceito que ele desenvolve ao reinterpretar a teoria marxista da acumulação primitiva. Harvey argumenta que, no capitalismo contemporâneo, os processos de expropriação e privatização não são apenas um momento histórico inicial, como Marx

elementos para compreender como o Estado, ao abdicar de mecanismos de regulação do mercado de trabalho, contribui para o avanço da informalidade e, conseqüentemente, para a intensificação da precarização e do adoecimento. O autor aponta que o neoliberalismo transforma direitos em mercadorias e desmantela a rede de proteção social, o que amplia o processo de vulnerabilização da classe trabalhadora.

Por sua vez, Iamamoto (2008) contribui para o debate ao destacar o papel contraditório do Estado nas sociedades capitalistas, em que as políticas públicas operam como mediadoras das tensões sociais, buscando preservar a ordem social sem alterar a estrutura que produz a exploração e a desigualdade. No caso da saúde do trabalhador, a autora reforça que as políticas, embora importantes, são limitadas pela lógica da reprodução do capital e pela fragilidade da intervenção estatal frente ao avanço da precarização das relações de trabalho.

Dessa forma, a leitura sócio-histórica da informalidade no Brasil evidencia que suas raízes decorrem de um processo histórico de desenvolvimento desigual, subordinado e excludente. O passado colonial e escravista não se encerrou, mas permanece como matriz estruturante das relações sociais e das políticas públicas, influenciando a forma como o Estado trata a proteção social do trabalhador informal.

Esse pano de fundo histórico é essencial para entender os desafios enfrentados pelas políticas públicas contemporâneas, como PNSTT, que ao buscar garantir proteção social, esbarra em um cenário onde a informalidade é a regra e não a exceção. Compreender essa dimensão histórica permite iluminar as contradições que limitam a efetivação de direitos, especialmente em municípios que enfrentam as desigualdades estruturais herdadas desse processo.

3.3 CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHADOR INFORMAL CONTEMPORÂNEO

Na contemporaneidade, a informalidade se intensifica sob o avanço do neoliberalismo e da financeirização da economia. Como observa Maria Augusta

descreveu, mas sim mecanismos contínuos e permanentes para a manutenção e expansão do capital. Para o autor, a despossessão ocorre quando recursos, territórios, bens comuns ou direitos sociais são retirados das populações e transferidos para a lógica do mercado e da acumulação privada, como por exemplo privatização dos bens públicos (saúde, educação, água, energia, previdência etc).

Tavares (2022), o discurso da modernização e da flexibilização das relações de trabalho tem servido para legitimar a precarização, encobrindo a ausência de proteção social para amplos contingentes da população economicamente ativa. O desmonte de direitos trabalhistas e a fragilização das instituições de regulação do trabalho favorecem a expansão de vínculos instáveis, autônomos por imposição, e sem garantias legais.

Segundo Antunes (2018), este autor denuncia que a informalidade hoje é acompanhada de uma nova morfologia do trabalho, marcada pela plataformização e pelo trabalho por demanda, formas que aprofundam a subordinação sem o reconhecimento de vínculo empregatício. A informalidade, nesse sentido, não é apenas ausência de registro, mas expressão de um projeto político-econômico que se apoia na desregulamentação para ampliar a taxa de mais-valia. A invisibilidade do trabalhador informal e sua responsabilização individual pelos riscos sociais revelam um deslocamento do Estado de suas funções protetivas, conforme denúncia Castel (1998), resultando em maior vulnerabilidade e sofrimento social.

O trabalho informal é caracterizado pela ausência de vínculos formais, ou seja, registrado na carteira de trabalho (documentação equivalente), sendo geralmente desprovido de benefícios sociais/proteção social. O termo informalidade tem vários significados, refere-se a fenômenos diversos e depende do significado da palavra formalidade, devido à relação ao contrato formal predominante em determinado período, em cada país, região, setor ou categoria profissional, tomando-se como pressuposto a disputa entre segmentos para definir novas noções de contrato de trabalho moralmente defensáveis. No Brasil a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) é o parâmetro do bom contrato (IBGE, 2008; Cacciamali, 2016; Sasaki, Menezes, 2012).

O surgimento do trabalhador informal no Brasil está profundamente enraizado na história econômica e social do país, sendo influenciado por uma série de fatores históricos, políticos e econômicos. Desde o período colonial, a presença de trabalhadores informais tem sido uma característica marcante da estrutura laboral brasileira. Durante o período colonial e imperial, a escravidão foi a principal forma de organização do trabalho, relegando a uma grande parte da população à condição de trabalhadores sem direitos e fora do sistema formal de emprego (Ianni, 2004; Ipea, 2021).

Com o fim da escravidão no final do século XIX e a transição para o trabalho assalariado, uma parcela significativa da população brasileira, especialmente nas áreas urbanas, passou a buscar meios alternativos de subsistência devido à falta de oportunidades formais de emprego. A abolição da escravidão em 1888 não foi acompanhada de políticas públicas eficazes de integração dos ex-escravizados no mercado de trabalho formal, o que gerou um grande contingente de pessoas marginalizadas (Ianni, 2004; Ipea, 2021).

Nesse contexto, muitos ex-escravizados, sem acesso à terra e com escassas oportunidades de emprego nas crescentes indústrias, foram empurrados para atividades informais ou de subsistência, como pequenos comércios, trabalhos manuais e serviços temporários. Ao mesmo tempo, a imigração europeia foi incentivada a suprir a demanda por mão de obra nas fazendas e indústrias, o que intensificou a concorrência por empregos, exacerbando as desigualdades sociais. Esse cenário contribuiu para o surgimento de um mercado de trabalho marcado pela informalidade, precarização e falta de direitos trabalhistas, o que viria a ser uma característica estrutural do processo de industrialização no Brasil ao longo do século XX (Ianni, 2004; Ipea, 2021).

A urbanização acelerada a partir do século XX também contribuiu para o crescimento do trabalho informal, com a migração de milhões de pessoas do campo para as cidades em busca de oportunidades de trabalho. No entanto, a capacidade do setor formal de absorver essa mão de obra foi limitada, levando à proliferação de atividades econômicas informais, como vendedores ambulantes, trabalhadores autônomos, pequenos empreendedores e prestadores de serviços não regulamentados (Ipea, 2021; Tavares, 2010).

Ao longo das décadas, o trabalhador informal tornou-se uma parte essencial da economia brasileira, representando uma fonte importante de emprego e subsistência para milhões de pessoas. No entanto, a informalidade também está associada a condições precárias de trabalho, falta de proteção social e vulnerabilidade econômica, o que perpetua ciclos de desigualdade e exclusão social (Lara, Hillesheim, 2020).

As causas do trabalho informal no Brasil são multifacetadas e refletem uma combinação de fatores econômicos, sociais e políticos. Entre as principais causas, destacam-se o alto nível de desemprego e subemprego, a falta de oportunidades de

trabalho formal, especialmente para os trabalhadores de baixa qualificação e aqueles sem acesso à educação adequada (Corseuil, Reis, Brito, 2015; Lara, Hillesheim, 2020).

Para os trabalhadores, a informalidade está frequentemente associada a condições precárias de trabalho, baixos salários, falta de benefícios sociais e ausência de proteção contra demissões injustas ou acidentes de trabalho. Além disso, os trabalhadores informais enfrentam maior vulnerabilidade econômica e social, com menos acesso a serviços de saúde, educação e previdência social (Lara, Hillesheim, 2020).

A informalidade, na contemporaneidade, não deve ser compreendida apenas como ausência de registro ou de contrato formal de trabalho, mas como expressão de um modelo de desenvolvimento excludente, baseado na desregulamentação das relações de trabalho, na flexibilização de direitos e na responsabilização individual do trabalhador por sua inserção no mercado. Esse cenário é fortemente impactado pelas diretrizes neoliberais que, conforme aponta David Harvey (2005), promovem uma reconfiguração do papel do Estado, deslocando-o de garantidor de direitos para facilitador das dinâmicas de mercado. Nesse contexto, o avanço da financeirização e das plataformas digitais constitui um novo arranjo produtivo que intensifica a informalidade por meio de vínculos atípicos e frágeis, desprovidos de proteção.

Antunes (2018) contribui significativamente para a análise ao caracterizar o surgimento de uma nova morfologia do trabalho. Para o autor, há um crescimento exponencial de formas de trabalho precarizadas, entre elas o trabalho por aplicativos, a “uberização” e o empreendedorismo por necessidade — práticas que operam sob uma lógica de informalidade disfarçada de autonomia. O trabalhador informal contemporâneo não é necessariamente aquele que atua apenas em feiras, no comércio ambulante ou na construção civil, mas também aquele que presta serviços digitais, entrega mercadorias por plataformas, realiza serviços de beleza, cuidado, manutenção ou vende produtos em redes sociais, muitas vezes sem nenhum vínculo contratual ou amparo previdenciário.

Maria Augusta Tavares (2022) aprofunda essa análise ao destacar que o trabalhador informal hoje é multifacetado: pode estar parcialmente inserido em uma lógica de consumo digital, mas simultaneamente exposto à ausência de políticas públicas, à instabilidade de renda e à insegurança social. São trabalhadores em

constante movimentação, muitas vezes sem local fixo de trabalho, que transitam entre diferentes ocupações precárias para garantir o mínimo de subsistência. Essa heterogeneidade exige uma análise crítica que considere as intersecções de gênero, raça e território. As mulheres, por exemplo, estão amplamente representadas na informalidade, sobretudo em atividades de cuidado e comércio informal, muitas vezes conciliando jornadas múltiplas e enfrentando barreiras de acesso à seguridade social.

Robert Castel (1998) denomina esse processo de "desfiliação social", no qual o trabalhador perde progressivamente os vínculos de proteção formal — como carteira assinada, previdência e direitos trabalhistas — e se vê deslocado para zonas de vulnerabilidade social, nas quais a informalidade se torna a única alternativa de inserção econômica. Ao mesmo tempo, as políticas públicas pouco dialogam com essa realidade complexa e móvel. Persistem modelos centrados na formalização do emprego, sem reconhecer as múltiplas formas de trabalho que hoje compõem o mercado laboral brasileiro.

A caracterização do trabalhador informal contemporâneo, portanto, não se resume a uma categoria econômica, mas envolve dimensões sociais, culturais e políticas. É aquele que enfrenta insegurança laboral, ausência de direitos, desproteção previdenciária e invisibilidade institucional. É preciso, como defende Minayo-Gomez (2013), ampliar o olhar sobre o trabalho como determinante do processo saúde-doença, reconhecendo essas trajetórias marcadas por intensas desigualdades e vulnerabilidades. O desafio que se impõe é construir políticas públicas capazes de reconhecer essa pluralidade e garantir o acesso universal à proteção social, à saúde e ao trabalho digno.

Em termos de políticas públicas, enfrentar o problema do trabalho informal requer abordagens abrangentes que abordem suas causas subjacentes e ofereçam soluções viáveis para os trabalhadores informais. Isso inclui políticas que visam criar mais oportunidades de emprego formal, através do estímulo ao crescimento econômico, investimentos em educação e qualificação profissional, e redução da burocracia e dos custos associados à formalização de negócios.

Além disso, é necessário fortalecer a proteção social para os trabalhadores informais, garantindo acesso a serviços de saúde, previdência social e assistência social. Políticas de inclusão produtiva também são importantes, proporcionando apoio técnico, acesso a crédito e capacitação para que os trabalhadores informais possam

melhorar suas condições de trabalho e se integrar mais plenamente à economia formal. Em suma, políticas públicas eficazes devem buscar não apenas reduzir a incidência do trabalho informal, mas também melhorar as condições de vida e trabalho dos trabalhadores informais, promovendo assim o desenvolvimento social e econômico sustentável.

Hoje, o trabalhador com a persistência do desemprego e subemprego, muitos brasileiros encontram no trabalho informal uma forma de garantir sua subsistência e a de suas famílias. Esses trabalhadores atuam em uma ampla gama de setores, desde o comércio ambulante até os serviços domésticos e a prestação de serviços autônomos, contribuindo para a dinâmica econômica das cidades e comunidades em todo o Brasil (Beatriz Puente, 2022).

No entanto, o trabalhador informal enfrenta uma série de desafios e vulnerabilidades, incluindo a falta de proteção social, acesso limitado a serviços de saúde e educação, e condições de trabalho precárias. A informalidade muitas vezes está associada à ausência de direitos trabalhistas básicos, como jornada de trabalho regulamentada, remuneração justa e seguro contra acidentes de trabalho, o que expõe os trabalhadores informais a uma série de riscos e injustiças. Existe falta de reconhecimento oficial de que sua atividade econômica pode dificultar o acesso a benefícios previdenciários e programas de assistência social, aumentando sua vulnerabilidade e exclusão social.

Logo, a saúde do trabalhador informal requer analisar não apenas as condições de trabalho e os processos de adoecimento. Mas também a efetividade das políticas públicas frente a um mercado cada vez mais flexibilizado e desprotegido. E cobrando a articulação das dimensões econômica, política e sociais, reconhecendo que a proteção à saúde, embora prevista legalmente, é constantemente tensionada pelas contradições do Estado e da organização do trabalho no capitalismo contemporâneo.

3.4 A INTERSETORIALIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR

A trajetória da proteção social no Brasil revela um processo histórico marcado por avanços institucionais e limitações estruturais, que refletem os conflitos entre projetos sociais antagônicos. A trajetória da saúde do trabalhador no Brasil está

intrinsecamente ligada ao processo de conformação das políticas sociais no país e à forma como o trabalho foi historicamente organizado. Durante o período colonial e imperial, inexistia qualquer proteção formal à saúde dos trabalhadores. O modelo econômico agroexportador escravocrata não reconhecia o trabalhador como sujeito de direitos, sendo a força de trabalho tratada como mercadoria (Antunes, 2005).

As políticas públicas constituem-se como respostas do Estado às demandas sociais, estruturando-se historicamente a partir das disputas entre projetos societários em contextos econômicos e políticos específicos. Para Behring e Boschetti (2009), a política social, é entendida como parte das políticas públicas, assume o duplo papel de garantir direitos e, simultaneamente, manter a coesão social em um sistema marcado pela desigualdade estrutural do capitalismo. Nesse sentido, a política social revela suas contradições: ao mesmo tempo que oferece proteção, também opera como estratégia de regulação e contenção das expressões mais agudas da "questão social". Pois seus efeitos são produzidos pelas desigualdades inerentes ao sistema, revelando a distância entre a produção coletiva da riqueza e sua apropriação privada. Nesse contexto, as políticas sociais surgem como respostas parciais a essas expressões, mas carregam um caráter contraditório, pois ao mesmo tempo em que buscam minimizar os efeitos da desigualdade, também preservam as bases da ordem vigente (Iamamoto, 2008).

Na América Latina, a construção da seguridade social foi marcada por processos excludentes, vinculados a modelos de proteção restritos e focalizados. Boschetti (2008) destaca que os sistemas de seguridade social nos países latino-americanos foram historicamente organizados de forma segmentada, com forte seletividade e condicionados à inserção no mercado formal de trabalho. Isso dificultou a consolidação de um modelo universal de proteção, especialmente diante da alta informalidade laboral, da instabilidade política e das reformas neoliberais que enfraqueceram os direitos sociais nos anos 1990.

No início do século XX, com o avanço do processo de industrialização e a emergência de uma classe trabalhadora urbana, surgiram as primeiras iniciativas de proteção social, ainda com forte caráter corporativista e fragmentado. As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), instituídas a partir de 1923, com a Lei Eloy Chaves, são consideradas um marco inaugural da previdência social no Brasil, embora restritas a determinadas categorias profissionais e voltadas principalmente à

lógica da produtividade e da contenção de conflitos trabalhistas (Bravo, 2009; Boschetti; Behring, 2009).

Inspiradas no modelo bismarckiano alemão, as CAPs foram implementadas no Brasil como uma forma de seguro social voltado principalmente para trabalhadores assalariados. Essas caixas eram organizadas por empresas e financiadas por contribuições de empregados e empregadores, com gestão compartilhada entre as partes. No entanto, ao longo do tempo, a gestão das CAPs foi sendo centralizada pelo Estado, reduzindo a participação direta de trabalhadores e empregadores na administração dos fundos (Boschetti, 2009)

A partir da década de 1930, sob o governo de Getúlio Vargas, houve uma ampliação da proteção social com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), que substituíram as CAPs, centralizando a previdência social por ramos de atividade. Entretanto, mesmo com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) em 1943 e a posterior criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) na década de 1960, a atenção à saúde do trabalhador permaneceu atrelada à lógica da reabilitação e da aptidão laboral, ignorando os determinantes sociais e os riscos inerentes aos processos de trabalho (Laurell, 1989; Minayo-gomez; Thedim-costa, 1997).

A discussão mais estruturada sobre saúde do trabalhador ganha força a partir da década de 1970, com o acúmulo de experiências de vigilância sanitária e ações de saúde em sindicatos, universidades e movimentos sociais. Nesse período, emerge uma crítica ao modelo biomédico, denunciando sua incapacidade de responder às múltiplas determinações do processo saúde-doença relacionadas ao trabalho (Laurell, 1983; Paim, 2008). O campo da saúde do trabalhador começa, então, a se constituir como um campo interdisciplinar e politicamente engajado, influenciado por concepções críticas da medicina social latino-americana.

Com a redemocratização e a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser reconhecida como direito de todos e dever do Estado. O Sistema Único de Saúde (SUS) inaugura um novo paradigma de atenção à saúde, com princípios de universalidade, equidade e integralidade, abrindo espaço para a institucionalização da saúde do trabalhador como política pública (Paim, 2008; Brasil, 2012).

Desta forma, com a nova constituinte o Brasil instituiu um marco legal; a seguridade social como um tripé composto pela saúde, assistência social e previdência social, guiado pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade e descentralização. Para Fleury (2009), o modelo como uma proposta inovadora de coesão social baseada na cidadania, distinta dos modelos contributivos clássicos, ao estabelecer a saúde e a assistência como direitos universais e deveres do Estado, independentemente da condição contributiva do cidadão.

A Constituição representou um marco na consolidação da seguridade social brasileira. Contudo, a previdência continuou sendo contributiva, mantendo características do modelo bismarckiano, enquanto a saúde e a assistência social foram concebidas com princípios mais universais, alinhando-se parcialmente ao modelo beveridgiano. No entanto, a efetivação plena desses direitos enfrenta desafios, especialmente devido às desigualdades sociais e à informalidade no mercado de trabalho, que excluem muitos cidadãos do acesso aos benefícios da seguridade social (Boschetti, 2009).

No entanto, a implementação desse modelo encontra limites impostos pela lógica focalista¹⁸ e pela fragilidade da institucionalidade da proteção social frente às desigualdades de classe e ao avanço da informalidade. Como apontam os autores, a exemplo Corseuil, Reis e Brito (2015), menciona os critérios de classificação do trabalho informal influenciam diretamente a caracterização do bem-estar no país, revelando como a informalidade amplia a vulnerabilidade dos trabalhadores, dificultando seu acesso às políticas públicas de seguridade, em especial a previdência e a saúde.

Especificamente no campo da saúde, a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) foi fruto de um longo processo de mobilização social e crítica ao modelo médico-hospitalocêntrico vigente até a década de 1980. A reforma sanitária brasileira, conforme analisam Escorel, Nascimento e Edler (2005), constituiu-se como um movimento político-social e técnico que propôs a saúde como direito de cidadania, integrando-a ao campo da seguridade social. Esse processo teve forte articulação

¹⁸ Essa lógica está associada à influência do neoliberalismo e ao Estado mínimo, que reduz seu papel na garantia de direitos e transfere aos indivíduos a responsabilidade por suprir suas necessidades básicas. Como resultado, a política social deixa de ser compreendida como um direito universal e passa a funcionar como um mecanismo compensatório, voltado apenas para mitigar os efeitos mais graves da questão social, sem enfrentar suas causas estruturais (Iamamoto, 2008; Behring e Boschetti, 2009).

com os ideais democráticos do período de redemocratização, defendendo uma concepção ampliada de saúde e a reorganização do sistema a partir dos determinantes sociais.

É no contexto do processo de redemocratização do Brasil que emerge o movimento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, nascido das lutas sociais e da resistência ao modelo médico-industrial. Esse movimento reivindica a responsabilidade do Estado na garantia do direito à saúde, culminando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), formalizado na década de 1980 com a promulgação da Constituição Federal — conquista resultante de intensos embates político-sociais

Segundo Paiva e Teixeira (2014), a criação do SUS não pode ser dissociada da trajetória de construção democrática no país e da atuação de intelectuais, profissionais de saúde e movimentos sociais que propuseram a superação do modelo excludente. Nesse sentido, a política pública de saúde assume um caráter estratégico na consolidação dos direitos sociais, sendo também espaço de embates, contradições e disputas por financiamento, acesso e participação popular.

Complementando esse olhar, Da Ros (2006) enfatiza que as políticas públicas de saúde devem ser entendidas como processos contínuos de formulação, implementação e avaliação, que envolvem múltiplos atores e interesses, e que são atravessadas por ideologias, relações de poder e desigualdades estruturais. A saúde, inserida no campo da seguridade social, expressa com nitidez os limites e as possibilidades de um projeto societário voltado à justiça social e à universalização dos direitos no contexto do capitalismo periférico brasileiro.

Nessa perspectiva, o movimento em torno da questão da saúde se dá junto às transformações do capitalismo no mundo (1830-1870), naquilo que se relacionava com a exploração da classe trabalhadora marcada por jornadas com muitas horas de trabalho, ambiente sem saneamento, gravidez nas fábricas em menores, pouca comida, entre outras coisas. A questão da saúde à época é vinculada à medicina social, cujas condições socioeconômicas eram determinantes para alteração do processo saúde-doença, bem como o modo de produção (Da Ros, 2006).

As reformas Sanitária e Psiquiátrica configuram-se pela mudança da clínica e das concepções do processo saúde-doença. As reformas representaram marcos importantes na transformação das concepções sobre saúde e dos modelos de atenção. A Reforma Sanitária propôs a universalização do acesso aos serviços de

saúde, defendendo a redemocratização e a reorganização da assistência a partir de uma perspectiva biopsicossocial, voltada à promoção da saúde. Por sua vez, a Reforma Psiquiátrica buscou romper com o modelo hospitalocêntrico, propondo novas formas de cuidado fundamentadas na atenção psicossocial e comunitária. Ambas as reformas colocam em evidência a complexidade do processo saúde-doença, ao integrarem as dimensões biológica, psicológica e social na produção de saúde de forma longitudinal e territorial, reafirmando o princípio da integralidade do cuidado (Shimoguri, Benelli, 2018).

Para Paiva e Teixeira (2014) o sistema de saúde pública brasileiro, vivia sob a duplicidade de um sistema de medicina previdenciária e de saúde pública. O primeiro setor tinha ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais, voltava-se prioritariamente para as zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão. O segundo sob o comando do Ministério da Saúde, era direcionado principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, e tinha como alvo, majoritariamente, atividades de caráter preventivo.

A política de saúde adota um caráter nacional com a criação do Ministério de Educação e Saúde, com reorganização de serviços nacionais, com atuação através de campanhas sanitárias e higienização. Com o processo desenvolvimentista e de industrialização, o Estado brasileiro passa a intervir na criação de aparelhos que contemplem os assalariados urbanos no tocante à habitação, condições de higiene e saúde, excluindo os trabalhadores rurais e informais. No período da ditadura militar, com o Sistema Nacional de Saúde, mantém-se o financiamento às instituições previdenciárias, a hegemonia e a mercantilização da saúde, excluindo uma parcela da população que ficava à mercê das péssimas condições de vida e altas taxas de mortalidade. (Escorel; Nascimento; Edler, 2005).

As denúncias sobre a crise da saúde pública e a precariedade dos serviços previdenciários de assistência médica tornaram-se cada vez mais frequentes, ao passo que se intensificaram as exigências por soluções urgentes frente aos problemas gerados pelo modelo de saúde vigente. Nesse cenário, sindicatos de diversas categorias da área da saúde – com destaque para médicos, acadêmicos e cientistas – passaram a discutir, em seminários e congressos, questões como epidemias, endemias e a deterioração das condições de vida da população. Emergiram, assim, movimentos voltados à transformação do setor saúde, unidos pela luta por direitos

civis e sociais, entendidos como pilares essenciais da democracia (Escorel; Nascimento; Edler, 2005).

A Constituição de 1988 e a criação do SUS, marcaram um avanço na garantia da saúde como direito universal e dever do Estado, consolidando políticas públicas voltadas à equidade e integralidade. Desde a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (2004), os Pactos pela Vida e em Defesa do SUS (2005), passando pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2006) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS, 2010), o fortalecimento da atenção primária e da promoção da saúde tem sido estratégico, com foco nos determinantes sociais aos territórios (Gomez-minayo, 2011, 2013a, 2013b).

A criação da PNSTT, formalizada em 2004 e atualizada em 2012, representa a consolidação dessa trajetória. Pois, propõe um modelo de atenção integral, com base na vigilância em saúde, na intersetorialidade e na participação social. Ela reconhece o trabalho como determinante social da saúde e busca enfrentar as desigualdades históricas que marcam o acesso dos trabalhadores à proteção social, em especial os inseridos em atividades informais e precárias (Brasil, 2012; Lacaz, 2007).

Desse modo, destacam Bravo (2001) e Boschetti (2008) que o percurso da proteção social brasileira transitou de práticas excludentes e focalizadas para a construção de um modelo universalista com a criação do SUS. Apesar dos avanços, o sistema ainda enfrenta obstáculos estruturais, como o subfinanciamento, a presença de interesses privatistas e a permanência de desigualdades no acesso, o que impõe desafios à efetivação plena dos direitos sociais conquistados.

Portanto, a história da saúde do trabalhador no Brasil revela um percurso marcado por exclusões, lutas sociais e avanços institucionais. A construção da PNSTT representa não apenas um marco técnico-normativo, mas também a consolidação de um campo político e científico que problematiza a relação entre trabalho, saúde e justiça social.

3.4.1 A intersetorialidade como estratégia para efetivação de proteção social

A intersetorialidade constitui uma diretriz essencial para enfrentar problemas sociais complexos, especialmente aqueles relacionados às desigualdades no acesso

à saúde e à proteção social. No contexto da saúde do trabalhador informal, a intersetorialidade se apresenta como um princípio estruturante para a articulação entre diferentes políticas públicas, demandando cooperação entre setores historicamente compartimentalizados. Como apontam Barros et al. (2020), a intersetorialidade emerge como uma estratégia de gestão e cuidado que busca superar a fragmentação dos serviços e responder de maneira integrada às necessidades dos sujeitos (Barros et al., 2020).

O estudo de Lancman et al. (2020), os autores analisam a construção da intersetorialidade entre saúde e trabalho em municípios brasileiros, evidenciando os entraves enfrentados na prática cotidiana dos profissionais. A pesquisa demonstra que embora exista o reconhecimento da importância da articulação intersetorial, prevalece uma lógica setorializada nas ações, dificultando a consolidação de redes efetivas. A ausência de espaços institucionais para diálogo entre setores, somada à sobrecarga dos profissionais e à precarização dos vínculos de trabalho, compromete o potencial transformador da intersetorialidade (Lancman et al., 2020).

Já o estudo de Ornelas e Teixeira (2015), a partir da experiência do Projeto Teias-Escola Manguinhos, destaca a relevância dos "diálogos setoriais" como forma pragmática de construir ações intersetoriais no território. Os autores argumentam que, mais do que um modelo estruturado, a intersetorialidade precisa ser compreendida como uma prática relacional, situada e política, que se desenvolve a partir do reconhecimento das diferenças institucionais e do compromisso com a construção coletiva de respostas às necessidades sociais. Nessa perspectiva, o fortalecimento da intersetorialidade depende de mediações políticas e do engajamento dos sujeitos envolvidos nos territórios (Ornelas; Teixeira, 2015).

Complementando essa análise, Barros et al. (2020) sugerem que a intersetorialidade no campo da saúde e trabalho deve ser pensada como uma utopia concreta, ou seja, uma prática possível ainda que tensionada por contradições estruturais. A ausência de normativas específicas que regulem a atuação intersetorial, bem como a fragilidade das instâncias de gestão compartilhada, limita a materialização de propostas integradas. Ainda assim, experiências locais mostram que, quando há investimento na construção de vínculos institucionais e confiança entre os setores, é possível produzir inovações significativas nas práticas de cuidado e de vigilância em saúde do trabalhador (Barros et al., 2020).

Dessa forma, o trabalho de Jardim et al. (2020) mostra uma discussão mais profunda, onde a intersetorialidade deve transcender o discurso e se consolidar como prática institucional, é necessário repensar a própria lógica de organização dos serviços públicos. A articulação entre saúde, assistência social, educação e trabalho exige uma mudança na cultura organizacional e no modelo de gestão pública, superando o paradigma da eficiência burocrática em favor de uma gestão voltada à integralidade do cuidado e à equidade no acesso aos direitos (Jardim et al., 2020).

Tais estudos demonstram que, embora a intersetorialidade seja amplamente reconhecida como necessária, sua implementação efetiva enfrenta diversos obstáculos, entre os quais se destacam a fragmentação institucional, a descontinuidade de políticas públicas e as assimetrias de poder entre os setores. Contudo, experiências locais e iniciativas territorializadas indicam caminhos possíveis para a construção de redes intersetoriais mais efetivas, baseadas no diálogo, na corresponsabilidade e no compromisso ético-político com a garantia de direitos, especialmente para populações em situação de vulnerabilidade, como os trabalhadores informais.

Dessa forma, não podemos ignorar que a intersetorialidade é um dos pilares estruturantes da PNSTT, a qual reconhece a determinação social do processo saúde-doença e propõe uma atuação articulada entre saúde, trabalho, previdência, assistência social, meio ambiente e outros setores. No entanto, a efetivação dessa diretriz esbarra em inúmeros entraves, sobretudo no que se refere aos trabalhadores informais, frequentemente invisibilizados pelas políticas públicas.

Para Jardim et al. (2020), a dificuldade de estabelecer vínculos formais de articulação intersetorial limita o alcance das ações da PNSTT, especialmente em contextos locais onde os instrumentos de gestão e os espaços de governança compartilhada são frágeis. A atuação isolada dos setores e a ausência de dados sobre o perfil e as condições de trabalho da população informal contribuem para a reprodução de desigualdades e para a perpetuação da invisibilidade desses trabalhadores (Jardim et al., 2020).

Além disso, Barros et al. (2020), destaca que há uma tensão permanente entre o ideal normativo da intersetorialidade e a realidade institucional fragmentada. A prática intersetorial exige esforços contínuos de negociação, reconhecimento de saberes diversos e produção de consensos mínimos entre os setores, o que é ainda

mais complexo quando se trata de atender sujeitos que escapam dos cadastros e registros oficiais, como ocorre com grande parte dos trabalhadores informais.

No contexto da PNSTT, essas limitações comprometem a vigilância em saúde do trabalhador e a capacidade de prevenção de agravos relacionados ao trabalho informal, que frequentemente ocorrem em condições precárias e sem regulação. A ausência de articulação com políticas de proteção social, como o acesso à previdência e aos serviços da assistência social, reforça a vulnerabilidade social e sanitária desses trabalhadores.

Dessa forma, a efetivação da intersectorialidade na PNSTT exige mais do que diretrizes normativas — requer mudanças na cultura institucional, investimento na formação dos profissionais e fortalecimento de espaços de diálogo permanente entre os setores. As experiências exitosas nesse campo, como apontada na literatura, onde é possível construir práticas intersectoriais bem-sucedidas a partir do reconhecimento do território como espaço de integração, da valorização dos vínculos institucionais e do compromisso ético com a equidade.

3.5 SAÚDE DO TRABALHADOR: ASPECTOS HISTÓRICOS

O processo histórico da saúde do trabalhador no Brasil é marcado por diferentes abordagens e paradigmas que refletem as mudanças sociais, políticas e econômicas ao longo do tempo.

Segundo Ivanete Boschetti (2009), o panorama histórico da construção da seguridade social no Brasil, atravessa os limites impostos por interesses econômicos e políticos. O percurso se inicia com a atuação assistencialista do Estado, no início do século XX, respondia pontualmente às necessidades sociais por meio de ações filantrópicas e clientelistas, fortemente marcadas pela lógica do favor e pela ausência de direitos universais. Nesse processo, ações de proteção social são delineadas desde as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) até a constituição 1988, com a criação da seguridade Social (saúde, assistência social e previdência social).

A década de 1930, foi marcada pelo início das intervenções estatais, desempenhando papel central na institucionalização da proteção ao trabalho por meio da criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que substituíram as Caixas de Aposentadoria e Pensões. Ainda que estas medidas tenham representado

um avanço na regulação trabalhista, a atenção à saúde permaneceu restrita à lógica previdenciária, com foco na reabilitação do trabalhador incapacitado (Bravo, 2009; Bosi, 2007).

Durante as décadas de 1940 a 1960, a proteção à saúde dos trabalhadores esteve fortemente vinculada ao modelo médico-pericial, voltado à avaliação da capacidade laborativa, sem considerar os determinantes sociais e os riscos associados aos processos produtivos. Como destacam Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), a saúde do trabalhador era entendida como uma questão de ordem individual e técnica, desarticulada por políticas de saúde mais amplas.

O modelo produtivo taylorista-fordista e o desenvolvimento industrial brasileiro intensificaram os riscos ocupacionais, mas o sistema de saúde vigente mantinha-se fragmentado, excludente e incapaz de enfrentar os problemas relacionados ao trabalho. Foi apenas a partir da década de 1970 que experiências pontuais – como os Centros de Saúde do Trabalhador, núcleos universitários e movimentos sindicais – começaram a questionar essa lógica. Influenciados pela medicina social latino-americana e pelas críticas ao modelo biomédico, esses movimentos passaram a defender a articulação entre saúde e condições de trabalho, apontando a necessidade de uma abordagem intersetorial, preventiva e coletiva (Laurell, 1983; Lacaz, 2007).

Na década de 1980, o processo de redemocratização impulsionou o fortalecimento de movimentos sociais e sindicais que reivindicavam direitos sociais amplos e universais. A saúde do trabalhador ganhou centralidade nos debates da Reforma Sanitária, movimento que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a Constituição Federal de 1988. Conforme argumenta Paim (2008), a Constituição de 1988 representou uma ruptura com o modelo privatista e fragmentado, afirmando a saúde como direito de todos e dever do Estado, e instituindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Apesar desses avanços, a consolidação de uma política nacional específica para a saúde do trabalhador foi gradual. Nas décadas seguintes, diversas ações foram implementadas, como o Programa de Vigilância dos Ambientes de Trabalho (PSAT), é na verdade um termo usado para se referir à Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat), mas a ausência de articulação intersetorial e de diretrizes nacionais dificultaram a efetivação de ações estruturadas (Lacaz, 2007). A criação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), em 2004, e sua

revisão em 2012, representou a institucionalização de um marco estratégico. Essa política, conforme define o Ministério da Saúde (2012), tem como objetivos promover a saúde e reduzir a morbimortalidade decorrente dos processos de trabalho, por meio de ações de vigilância, promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos relacionados ao trabalho.

A PNSTT consolida o campo da saúde do trabalhador como uma política pública articulada ao SUS, incorporando os princípios da integralidade do cuidado, da vigilância em saúde, da intersetorialidade e da participação social. Ela representa o resultado de uma construção histórica que agrega os saberes produzidos por pesquisadores, sanitaristas, movimentos sociais e trabalhadores, e que busca responder aos desafios impostos pela complexidade das relações entre saúde, trabalho e desigualdades sociais no Brasil contemporâneo (Brasil, 2012; Minayo-Gomez; thedim-costa, 1997).

As diferentes abordagens no campo da saúde do trabalhador no Brasil refletem a evolução histórica e os diversos paradigmas que moldaram as práticas e políticas relacionadas à saúde ocupacional.

Inicialmente, a abordagem predominante era centrada na medicina do trabalho, que se concentrava principalmente na prevenção de acidentes e doenças ocupacionais por meio de exames médicos periódicos e medidas de segurança no ambiente de trabalho. No entanto, essa abordagem muitas vezes negligenciava questões mais amplas relacionadas às condições de trabalho e aos determinantes sociais da saúde (Brasil, 2002; Costa, 2013; Gomez-minayo et al, 2018).

Na medicina do trabalho, a abordagem biomédica priorizava a prevenção de acidentes e doenças ocupacionais por meio de exames médicos periódicos e medidas de segurança. Com o tempo, surgiram abordagens mais abrangentes, que ampliaram o foco para além das questões médicas, considerando também aspectos sociais, organizacionais e ambientais do trabalho. Estas incluem o paradigma social, que reconhece os determinantes sociais da saúde; o paradigma ecológico, que destaca a interação entre sistemas sociais, econômicos e ambientais; e o paradigma da participação, que enfatiza o papel ativo dos trabalhadores na promoção de sua própria saúde e segurança no trabalho, assim como na formulação e implementação de políticas e práticas relacionadas à saúde ocupacional (Brasil, 2002; Mendes, Dolores, 2007; Gomez-minayo, 2018).

Para os autores são abordagens de um tempo histórico, com perspectivas distintas sobre como abordar e compreender as questões relacionadas à saúde ocupacional. No paradigma biomédico enfatiza a identificação e o tratamento de doenças e lesões específicas relacionadas ao trabalho, através de intervenções médicas individualizadas. Por outro lado, o paradigma social reconhece que as condições de trabalho são determinadas por fatores sociais, econômicos e políticos mais amplos, defendendo a necessidade de intervenções que abordem esses determinantes sociais da saúde.

Já para o paradigma ecológico destaca a interação complexa entre os sistemas sociais, econômicos e ambientais na determinação da saúde no trabalho, enfatizando abordagens holísticas que considerem não apenas os aspectos individuais e organizacionais, mas também os impactos ambientais das atividades produtivas. Finalmente, o paradigma da participação destaca o papel ativo dos trabalhadores na promoção de sua própria saúde e segurança no trabalho, assim como na formulação e implementação de políticas e práticas relacionadas à saúde ocupacional. Esses paradigmas representam diferentes maneiras de compreender e abordar as complexidades da saúde do trabalhador, influenciando as práticas e políticas no campo da saúde do trabalhador (Brasil, 2002; Mendes, Dolores, 2007; Gomez-minayo, 2018).

No percurso histórico, a preocupação com a saúde dos trabalhadores no Brasil remonta ao início da industrialização no país, no final do século XIX. Nessa época, as condições de trabalho nas fábricas eram extremamente precárias, e os trabalhadores estavam sujeitos a uma série de riscos à saúde, incluindo acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e jornadas exaustivas (Behring, 2009; Slivnik, 2018).

Com o tempo, a conscientização sobre a importância da saúde do trabalhador aumentou, levando à criação dos primeiros serviços médicos voltados para esse fim. No entanto, foi apenas nas décadas de 1970 e 1980 que a saúde do trabalhador ganhou destaque como uma questão de política pública. Nesse período, o movimento sindical e as lutas dos trabalhadores foram fundamentais para impulsionar a criação de legislação específica e a implementação de políticas voltadas para a proteção da saúde no ambiente de trabalho. Em 1978, foi criado o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), uma iniciativa pioneira que visava promover ações de

vigilância, prevenção e assistência aos trabalhadores (Gomez-minayo, 2011; Gomez-minayo et al, 2018).

O marco mais significativo na história da saúde do trabalhador no Brasil ocorreu em 2002, com a instituição da PNSTT. Esta política estabelece diretrizes e estratégias para a promoção da saúde no ambiente de trabalho, incluindo ações de vigilância, prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, e reabilitação dos trabalhadores afetados.

A despeito dos avanços legais e conceituais da PNSTT — que reconhece o trabalho como determinante do processo saúde-doença e defende ações intersetoriais e de promoção da saúde nos espaços de vida e trabalho —, o modelo de atenção ainda encontra dificuldades em responder à complexidade do mundo do trabalho contemporâneo. Os serviços de saúde, por sua vez, carecem de formação específica e instrumentos adequados para lidar com a realidade dos informais, resultando em subnotificação, invisibilidade e fragilização da atenção.

Desde então, a PNSTT tem sido fundamental na promoção de ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis no Brasil, embora ainda haja desafios significativos a serem enfrentados, como a subnotificação de acidentes e doenças ocupacionais e a necessidade de maior fiscalização e cumprimento da legislação trabalhista.

A informalidade expõe um ponto crítico: o modelo de proteção social brasileiro, ainda fortemente ancorado na sociedade salarial e na regulação do emprego formal, mostra-se insuficiente diante da reestruturação produtiva e do encolhimento das garantias trabalhistas (Kazak, 2012; Silva, 2014). Ao excluir os informais das redes institucionais de proteção, o Estado transfere para o trabalhador a responsabilidade por sua própria saúde e segurança, o que agrava a vulnerabilidade e reforça as desigualdades sociais.

Em resumo, a saúde do trabalhador no Brasil passou por uma jornada complexa, desde suas origens nas condições precárias de trabalho até a consolidação de uma política nacional voltada para sua proteção. No entanto, é crucial continuar avançando para garantir que todos os trabalhadores tenham acesso a ambientes de trabalho seguros e saudáveis.

Nesse contexto, torna-se urgente repensar a atuação do SUS no campo da saúde do trabalhador, ampliando a abordagem para além das categorias formais, investindo em ações territoriais, vigilância participativa, formação de equipes,

reconhecimento das múltiplas formas de trabalho e estratégias de cuidado que deem conta da complexidade dos espaços ocupacionais e das trajetórias dos trabalhadores informais.

3.6 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA (PNSTT)

A PNSTT, instituída em 2012, representa um marco significativo na promoção da saúde ocupacional no Brasil. Foi desenvolvida como uma resposta à necessidade de promover ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis, bem como de prevenir doenças e lesões relacionadas ao trabalho. Ela estabelece diretrizes e estratégias para a promoção da saúde no ambiente de trabalho, incluindo ações de vigilância, prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, e reabilitação dos trabalhadores afetados. Além disso, a política visa à integração das ações de saúde do trabalhador com outras políticas de saúde, fortalecendo a articulação entre os diversos atores envolvidos, como gestores públicos, trabalhadores, empregadores, sindicatos e profissionais de saúde (Brasil, 2002; Gomez-minayo, 2011, 2013b)

A criação da PNSTT reflete uma mudança de paradigma na abordagem da saúde do trabalhador no Brasil, passando de uma visão centrada na medicina do trabalho para uma perspectiva mais ampla e abrangente, que reconhece os determinantes sociais, organizacionais e ambientais da saúde ocupacional, conforme demonstrado na figura 1. Além disso, a PNSTT busca integrar as ações de saúde do trabalhador com outras políticas de saúde, fortalecendo a articulação entre os diversos atores envolvidos, como gestores públicos, trabalhadores, empregadores, sindicatos e profissionais de saúde (Brasil, 2002).

Um dos principais objetivos dessa legislação é promover ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis, reduzindo os riscos à saúde e prevenindo acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Para alcançar esse objetivo, a política enfatiza a importância da educação em saúde, da capacitação de profissionais de saúde e da participação ativa dos trabalhadores na promoção de sua própria saúde e segurança.

Além disso, prevê a criação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), que desempenham um papel fundamental na implementação

das ações previstas na política, oferecendo apoio técnico, capacitação e assistência aos trabalhadores e gestores públicos em todo o país. Por sua vez, representa um importante instrumento para a promoção da saúde ocupacional no Brasil, contribuindo para a melhoria das condições de trabalho e a proteção da saúde dos trabalhadores em todo o território nacional (Gomez-minayo, Vasconcellos, Machado, 2018).

Desde sua implementação, a PNSTT tem sido fundamental na promoção de ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis no Brasil, contribuindo para a redução dos índices de acidentes e doenças ocupacionais e para a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores. No entanto, apesar dos avanços realizados, ainda há desafios significativos a serem enfrentados, como a necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde ocupacional, fortalecer a fiscalização e o cumprimento da legislação trabalhista, e promover uma cultura de prevenção e segurança no trabalho em todos os setores da economia. A legislação nacional, representa um importante instrumento para a promoção da saúde ocupacional no Brasil, mas é essencial continuar avançando na implementação e fortalecimento das políticas e práticas relacionadas à saúde do trabalhador (Minas Gerais, 2011; Costa et al, 2013)

No cotidiano da saúde a produção de cuidado envolve práticas de Vigilância da Saúde, mas sobretudo a priorização de problemas de grupos populacionais, inseridos numa determinada realidade territorial. Neste sentido, aspectos relativos ao trabalho, presente na vida dos indivíduos, das famílias e do conjunto da população, devem ser incorporados à saúde do trabalhador (Brasil, 2002), conforme ilustrado na figura 1.

Figura 1. Saúde do trabalhador na atenção básica – território multicausal



Fonte: Caderno Atenção Básica n.05: Saúde do Trabalhador, (Brasil, p.08, 2002).

3.6.1 Os desafios da rede Intersetorial à saúde do trabalhador

A intersectorialidade tem sido amplamente defendida como princípio estruturante das políticas públicas no campo da saúde do trabalhador, sobretudo a partir da PNSTT, que busca integrar diferentes setores e esferas do poder público para garantir ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde. No entanto, a efetivação dessa diretriz enfrenta entraves estruturais e operacionais, sobretudo quando se trata de atender aos trabalhadores informais.

A PNSTT, instituída em 2012, representa um avanço institucional no reconhecimento da relação entre processos laborais e saúde, promovendo ações intersetoriais e a responsabilização do Estado pelo cuidado integral à saúde do trabalhador. No entanto, sua efetivação ainda encontra entraves significativos, especialmente no que se refere ao alcance da população inserida em relações informais de trabalho. A lógica de organização das políticas de saúde e trabalho ainda prioriza a relação empregatícia formal como critério de vinculação, o que invisibiliza grande parte dos trabalhadores informais no planejamento e execução das ações.

A articulação entre saúde e trabalho, conforme destaca Minayo-Gomez (2011), demanda uma abordagem ampliada que considere os determinantes sociais

da saúde e a centralidade do trabalho na produção de adoecimentos. No caso dos informais, os riscos ocupacionais, as longas jornadas, a exposição ambiental e a ausência de medidas de proteção são agravadas pela desproteção previdenciária e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, especialmente os especializados em saúde do trabalhador. A atuação dos CERESTs, das vigilâncias em saúde e da atenção básica, embora fundamental, encontra limitações práticas para abordar essa população invisibilizada pelas estatísticas formais.

Nesse cenário, a intersetorialidade proposta pela PNSTT revela-se como desafio e necessidade. Barros et al. (2020) apontam que a efetivação da intersetorialidade depende da articulação entre os setores de saúde, assistência social, previdência, educação e trabalho, o que exige recursos, formação profissional adequada e compromisso político. A ausência de fluxos bem definidos entre os serviços, a fragmentação da gestão e a escassez de dados sobre os trabalhadores informais dificultam o desenho de estratégias efetivas. Além disso, há uma tendência de responsabilização individual do trabalhador pela sua condição de saúde, ignorando os fatores estruturais de vulnerabilização social.

A saúde do trabalhador informal, portanto, está inserida em um campo de tensões entre o reconhecimento do direito à saúde e os limites da proteção social vigente. Asa Cristina Laurell (1992) ressalta a importância de compreender o modelo de atenção à saúde como reflexo das condições de vida da população, o que exige políticas públicas capazes de dialogar com a realidade concreta dos trabalhadores informais. A ampliação da proteção social deve ser pensada para além da formalização, incorporando ações territoriais, estratégias comunitárias e mecanismos de inclusão social que considerem as múltiplas formas de trabalho existentes.

Nesse sentido, é urgente o fortalecimento da PNSTT com foco na equidade, garantindo que o princípio da universalidade do SUS se materialize em ações voltadas aos trabalhadores informais, historicamente excluídos das políticas públicas. É necessário reconhecer que o trabalho informal, embora invisibilizado pelas estatísticas tradicionais, constitui a realidade de milhões de brasileiros e exige respostas políticas que assegurem o direito à saúde e à proteção social como elementos centrais da cidadania.

As vulnerabilidades que atravessam esse grupo são múltiplas e específicas. Muitas vezes, trabalhadores informais vivem em condições socioeconômicas

precárias, com baixa escolaridade, inserção ocupacional instável e ausência de acesso contínuo aos serviços de saúde e proteção social. Esses elementos compõem um cenário de maior exposição a riscos ocupacionais, somados à dificuldade de reconhecimento de suas necessidades nos sistemas formais de proteção, configurando o que Castel (1998, p. 22) denomina de “zonas de desfiliação social”, espaços onde o sujeito está privado de laços de pertencimento social e institucional.

Outro desafio diz respeito ao acesso às ações de saúde. Mesmo com a diretriz de universalidade do SUS, a realidade revela que a informalidade do trabalho se associa a barreiras estruturais e simbólicas no atendimento. A ausência de vínculos formais impede que muitos trabalhadores sejam alcançados por ações de vigilância em saúde do trabalhador, como as conduzidas pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), ou mesmo que sejam notificados nos sistemas de informação como sujeitos em risco ou em situação de adoecimento relacionado ao trabalho.

Assim, destaca-se a fragilidade da intersetorialidade como prática concreta. Conforme apontam Lancman et al. (2014, p. 7), “as práticas intersectoriais ainda se deparam com estruturas verticalizadas, falta de continuidade e ausência de políticas públicas voltadas ao fortalecimento do território como espaço de articulação”. Essa avaliação é corroborada por Barros et al. (2020, p. 2), ao afirmarem que “a intersetorialidade no campo saúde e trabalho ainda permanece como uma utopia distante da realidade institucional, demandando esforços coletivos e sustentados para sua concretização”.

A precariedade dos vínculos de trabalho, por sua vez, intensifica o quadro de vulnerabilidade. Trabalhar sem contrato, sem acesso à previdência ou a direitos trabalhistas mínimos compromete a possibilidade de reconhecimento do nexo entre o trabalho e o adoecimento. Sem a formalização, muitos trabalhadores sequer são identificados como tal pelas instituições públicas. Esse contexto contribui para a chamada invisibilidade institucional do trabalhador informal, dificultando o planejamento de políticas públicas que respondam a suas demandas. Como destaca Laurell (2014, p. 211), “a determinação social do processo saúde-doença exige o reconhecimento das condições concretas de vida e trabalho dos sujeitos, pois é nelas que se expressam as desigualdades estruturais da sociedade”.

Essa invisibilidade também se expressa nas estatísticas oficiais, nas quais a subnotificação é regra. Os sistemas de informação em saúde e trabalho não captam, de forma adequada, os dados referentes à população economicamente ativa não formalizada, tornando-a ausente das análises que embasam o planejamento de ações. A ausência de dados contribui para um círculo vicioso, em que a falta de reconhecimento institucional perpetua a exclusão dos trabalhadores informais das ações intersetoriais em saúde e proteção social.

Diante disso, torna-se imprescindível fortalecer dispositivos de articulação intersetorial com foco na escuta qualificada e na construção de redes territoriais que considerem os múltiplos determinantes da saúde e os modos de vida desses trabalhadores. É fundamental, como sugerem Ornelas e Teixeira (2015, p. 669), “pensar a intersetorialidade como prática cotidiana, construída a partir das relações estabelecidas entre os sujeitos e os serviços no território, e não apenas como uma diretriz normativa”.

Entretanto, tais diretrizes enfrentam limites quando confrontadas com os desafios impostos pela informalidade. A PNSTT (2012), embora tenha como eixo central a vigilância e a atenção integral à saúde do trabalhador, tem alcance limitado entre os informais. A informalidade no Brasil, longe de ser um fenômeno homogêneo, abrange múltiplas formas de inserção econômica desprovidas de proteção social e regulação legal (Cacciamali, 2016). Esse setor abrange desde atividades ilegais até relações produtivas não mediadas por contratos formais, o que gera fragilidade institucional e grande exclusão de direitos.

Tais trabalhadores, ausentes das estatísticas oficiais ou invisíveis nos fluxos de notificação dos serviços, enfrentam condições precárias, baixa escolaridade, rendimentos instáveis e riscos ocupacionais elevados, sem acesso a medidas de prevenção, diagnóstico ou reabilitação ofertadas pelo SUS. A saúde do trabalhador informal, portanto, escapa ao alcance tradicional das políticas estruturadas a partir do vínculo formal de emprego.

Dada essa conjuntura, chamamos atenção para alguns pontos específicos;

a) Especificidades das vulnerabilidades dos trabalhadores informais

A intersetorialidade é uma diretriz central da PNSTT, que propõe a articulação de setores diversos — saúde, assistência social, trabalho e previdência — para

garantir atenção integral aos trabalhadores. Contudo, essa proposta encontra barreiras concretas quando direcionada à população em situação de informalidade, marcada por múltiplas vulnerabilidades.

Trabalhadores informais, em geral, vivem em condições socioeconômicas precárias, possuem baixa escolaridade, atuam sem proteção legal e enfrentam instabilidade ocupacional. Essas condições limitam seu acesso a políticas públicas, serviços e direitos. Castel (1998, p. 22) denomina esse processo de inserção precária nas redes de proteção como "zonas de desfiliação social", nas quais os indivíduos não encontram sustentação institucional nem comunitária.

Essas vulnerabilidades também impactam diretamente o acesso à saúde, que, embora assegurado pelo princípio da universalidade do SUS, não se realiza de forma plena para os trabalhadores informais. A ausência de vínculos empregatícios impede o reconhecimento institucional de sua condição de trabalhador, dificultando o acesso às ações da vigilância em saúde do trabalhador, às notificações de agravos e à reparação por adoecimentos relacionados ao trabalho.

b) Dificuldades de acesso à proteção social e às ações de saúde

Mesmo com avanços legais e normativos, as ações voltadas à proteção social e à saúde do trabalhador não conseguem alcançar de forma efetiva a realidade de quem atua na informalidade. O desenho das políticas públicas ainda depende majoritariamente da formalização do trabalho como critério de acesso a benefícios, como auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez, inviabilizando o atendimento a um expressivo contingente de trabalhadores informais.

Lancman et al. (2014, p. 7) destacam que “as práticas intersetoriais ainda se deparam com estruturas verticalizadas, falta de continuidade e ausência de políticas públicas voltadas ao fortalecimento do território como espaço de articulação”. Essa fragilidade na articulação entre os setores evidencia um dos principais entraves à efetividade da PNSTT, sobretudo em contextos municipais com escassez de recursos, equipes reduzidas e ausência de protocolos intersetoriais para o atendimento da saúde do trabalhador informal.

Barros et al. (2020, p. 2) complementam que a intersetorialidade no campo saúde e trabalho “permanece como uma utopia distante da realidade institucional, demandando esforços coletivos e sustentados para sua concretização”. Assim, a

ausência de planejamento integrado, a sobreposição de responsabilidades e a fragmentação das redes dificultam a construção de percursos institucionais coerentes com a complexidade das trajetórias laborais.

c) Precariedade dos vínculos e dificuldades de reconhecimento das condições de trabalho

A informalidade implica um vínculo de trabalho que escapa às formas tradicionais de regulação do Estado. A ausência de contrato, de registro em carteira e de proteção previdenciária impede que os sujeitos tenham reconhecido, do ponto de vista institucional, seu estatuto de trabalhador. Isso compromete não apenas o acesso a direitos, mas o próprio reconhecimento da relação entre trabalho e adoecimento.

Como afirma Laurell (2014, p. 211), “a determinação social do processo saúde-doença exige o reconhecimento das condições concretas de vida e trabalho dos sujeitos, pois é nelas que se expressam as desigualdades estruturais da sociedade”. Quando o trabalho é informal, essas condições tornam-se invisíveis ao Estado, que estrutura suas ações com base na formalização do vínculo.

Além disso, os próprios trabalhadores, muitas vezes, não se reconhecem como sujeitos de direitos laborais e previdenciários, o que contribui para o não acionamento dos canais institucionais de denúncia, vigilância ou reparação. Isso evidencia uma fragilidade na formação cidadã e na disseminação de informações que permitam o acesso aos mecanismos de proteção social.

d) Invisibilidade institucional do trabalhador informal nas políticas públicas

Um dos efeitos mais perversos da informalidade é a invisibilidade institucional. A inexistência de registro formal compromete a inclusão desses trabalhadores nas bases de dados oficiais — como os sistemas de informação em saúde, previdência ou trabalho — dificultando a mensuração das condições de saúde e segurança, e inviabilizando políticas baseadas em evidências.

Essa invisibilidade impede o planejamento de ações específicas, perpetuando a exclusão social e a ausência de respostas públicas adequadas. Conforme apontado por Ornelas e Teixeira (2015, p. 669), é preciso “pensar a intersetorialidade como prática cotidiana, construída a partir das relações estabelecidas entre os sujeitos e os serviços no território, e não apenas como uma diretriz normativa”.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/IBGE) de 2025, a população com ocupação independente do vínculo trabalhista foi estimada em 103,3 milhões de trabalhadores em 2024, destes os informais totalizavam 40,3 milhões de pessoas. Os dados mostram também que cerca de 74,2% dos trabalhadores por conta própria não tinham registro no CNPJ em 2024. Com relação aos empregados sem carteira, totalizaram cerca de 14,2 milhões em 2024, sendo estes, dois expressivos contingentes de trabalhadores sem vínculos institucionais. Noutro polo, os empregos com carteira eram cerca de 38,7 milhões de trabalhadores e trabalhadoras, o que representa aproximadamente 18,2% da população, ou 37,5% da população ocupada. (IBGE, 2025b).

Para Tavares (2019) a informalidade permanece invisível para o Estado e para as estatísticas oficiais, uma vez que os sistemas de informação, como os da saúde, previdência e trabalho, foram historicamente construídos para reconhecer apenas o vínculo formal assalariado. Essa invisibilidade estatística e institucional repercute diretamente na formulação e na efetividade das políticas públicas de proteção social, que se baseiam em registros formais para definir cobertura, repasses e ações de vigilância.

Reconhecer os trabalhadores informais como sujeitos de direito implica a construção de dispositivos que ultrapassem os limites da formalização contratual como condição de acesso às políticas públicas. Para isso, é necessário o fortalecimento dos espaços de escuta, a formação das equipes multiprofissionais com foco nos determinantes sociais do processo saúde-doença e a articulação intersetorial baseada em vínculos e estratégias territoriais.

3.6.2 Intersecções do trabalho

Ao discutir a precarização do trabalho, e suas invisibilidades, nessa seção, trazemos a temática da intersecção para pontuar algo que não é objeto desse estudo, mas se faz presente nas entrelinhas da pesquisa, principalmente na realidade social (coleta de dados).

A interseccionalidade é uma abordagem teórica que busca compreender como distintas categorias sociais — como raça, gênero, classe e orientação sexual — se articulam e interagem entre si, produzindo dinâmicas complexas de opressão e

privilégio. Mais do que uma simples soma de marcadores sociais, trata-se de analisar como essas categorias se influenciam mutuamente e moldam, de forma interdependente, as vivências de indivíduos e grupos sociais (Mizael; Castro, 2025).

Pereira (2021) ao analisar o conceito de interseccionalidade, aponta as mudanças que vêm sendo mobilizadas nas ciências sociais desde o final da década de 1980. Apresenta um modelo analítico próprio que visa “radicalizar” a perspectiva interseccional, ultrapassando visões que simplesmente somam diferentes formas de opressão ou que privilegiam um eixo de subordinação em detrimento de outros. Mostra que existem camadas complexas das relações sociais e evidencia como os sistemas de desigualdade (gênero, raça, classe etc.) se entrecruzam dinamicamente, não como entidades separadas, servindo como dispositivo heurístico que permite uma análise mais densa e articulada das desigualdades.

Dessa forma, a interseccionalidade, agrega atenção à portabilidade do conceito para outros contextos:

Afirma que gênero, raça e classe, bem como outros eixos de opressão (etnia, nacionalidade, religião, sexualidade, geração, habilidade/deficiência ou outros, a depender do contexto), configuram “sistemas de subordinação/discriminação” que não são totalmente distintos ou mutuamente excludentes. Ao contrário, eles sobrepõem-se e entrecruzam-se, e, de maneira dinâmica, criam intersecções complexas e geram desigualdades básicas e posições relativas entre mulheres, grupos étnicos ou raciais, classes sociais etc. Assim, o conceito ilustra o fato de que o impacto de uma fonte de subordinação pode variar, dependendo de sua combinação com outras fontes de subordinação ou privilégio relativo (Pereira, 2021, p.447).

Para Macedo e Medeiros (2025), no âmbito da saúde, a aplicação dos marcadores sociais em articulação com a interseccionalidade permite uma compreensão mais complexa dos processos de cuidado, saúde, adoecimento e vulnerabilização. As autoras argumentam que essa perspectiva articula raça, gênero, classe, sexualidade, geração e deficiência de modo indissociável para explicar as desigualdades em saúde, indo além do modelo biomédico e possibilitando uma formação comprometida com equidade, diversidade e direitos humanos. Ressaltam que não são atributos naturais, mas construções históricas e sociais que moldam quem tem acesso, prevenção, atendimento, diagnóstico e tratamento diferenciado. Logo, se faz essencial para compreender as desigualdades na saúde.

Nesse sentido, algumas intersecções atravessam a discussão saúde e trabalho, por envolver questões de gênero, classe social e raça etc. Entre os temas presentes à discussão estão a questão do trabalho doméstico não remunerado com interface à economia do cuidado precarizado.

Algumas pesquisas apontam que o trabalho doméstico não remunerado, majoritariamente realizado por mulheres, representa cerca de 25 horas semanais a mais que a dos homens. Essa carga invisível compromete sua permanência e desenvolvimento no mercado de trabalho. Se esse trabalho fosse remunerado, corresponderia a 13 % do PIB brasileiro — um dado revelador da subvalorização deste cuidado essencial (Luneta, 2024).

Ainda, destaca-se que as mulheres negras, chefes de família, acumulam jornadas extenuantes: trabalho remunerado fora, cuidado de filhos e parentes, além das tarefas domésticas. Mesmo assim, permanecem invisíveis e sobrecarregadas — enfrentam também maior incidência de transtornos mentais, cerca de 40 % acima das mulheres brancas (Luneta, 2024).

Para Santos e Comper (2025), a invisibilidade do trabalho doméstico não remunerado possui caráter estruturalmente marcado por desigualdades de gênero. As autoras evidenciam como as atividades de cuidado, majoritariamente realizadas por mulheres, sobretudo negras e pobres, seguem desvalorizadas e ausentes das políticas públicas, apesar de sua centralidade na reprodução da vida e no funcionamento cotidiano da sociedade. Ao articular saúde, gênero e divisão sexual do trabalho, o estudo propõe um olhar interseccional e feminista que reivindica o reconhecimento e a inclusão dessas práticas no debate sobre saúde pública e justiça social.

Na pesquisa realizada em 2023, as autoras apresentam que no Brasil há cerca de 5,9 milhões de mulheres atuam no trabalho doméstico remunerado — equivalente a 16,8 % da ocupação feminina — e 61 % deste grupo é composto por mulheres negras, evidenciando marcadores sociais de raça, gênero e classe que se entrelaçam para configurar essa ocupação como subalterna e historicamente excludente. A pesquisa, destaca a resistência dessas trabalhadoras como categoria central para compreender sua condição social: por meio de documentos, reportagens, atuação sindical e entrevistas com cinco domésticas, identificam-se estratégias de enfrentamento ao modus operandi colonial e às hierarquias de gênero raça classe que

atravessam a sociedade brasileira. Por sua vez, considera a trabalhadora doméstica não como mera vítima da estrutura social, mas como sujeito ativo que tanto produz quanto é produzido por essa realidade, contribuindo para a crítica da ideologia dominante que subalterniza e lança essas mulheres na condição de subcidadãs (Carvalho; Gonçalves, 2023)

Segundo o Boletim Especial do DIEESE (abril de 2025), o mesmo destaca o trabalho doméstico remunerado como peça-chave na provisão de cuidados no Brasil, especialmente diante da “crise dos cuidados” marcada pelo envelhecimento populacional, maior inserção das mulheres no mercado de trabalho e retração das políticas estatais de bem-estar social. O documento, traz dados da PNAD Contínua do IBGE, e revela que o perfil majoritário de trabalhadoras domésticas: mulheres (93,5 %), negras (68,5 %), com mais de 45 anos (54,2 %) e baixa escolaridade (62 % com até ensino médio incompleto). Observa-se uma tendência de especialização nas atividades de cuidados pessoais e infantis, embora a precarização persista — com remuneração inferior ao salário-mínimo, baixos índices de formalização (apenas 24,4 % com carteira assinada), reduzida contribuição previdenciária (34,8 %) e jornadas irregulares (Dieese, 2025).

Apesar da crescente demanda por cuidados e da especialização do trabalho, a valorização material e a proteção social continuam inadequadas, reforçando a urgência de políticas que reconheçam e valorizem desse setor essencial

Algumas iniciativas incipientes apontam caminhos: flexibilização de jornada, creches no trabalho, licenças parentais iguais para homens e mulheres — medidas que equilibram oportunidades e ajudam a redistribuir a carga de cuidado. Destaca-se ainda a Política Nacional de Cuidados em desenvolvimento, com foco nas desigualdades de gênero, raça, etnicidade e regionais (Luneta, 2024).

A Política Nacional de Cuidados (PNC), criada em 2024, reconhece o cuidado como direito fundamental e responsabilidade compartilhada entre Estado, famílias, sociedade e setor privado. Seu objetivo é valorizar e redistribuir o trabalho de cuidado, historicamente não remunerado e realizado por mulheres, além de assegurar condições dignas para os profissionais da área. A implementação, prevê a expansão de serviços como creches, atendimento domiciliar e espaços coletivos de cuidado, com participação da sociedade civil, configurando um avanço na equidade de gênero

e na proteção social. Contudo, está em processo de implantação, e depende da articulação da rede intersetorial (Luneta, 2024; Dieese, 2025).

3.7 SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL

No cenário da PNSTT, o trabalhador informal desempenha um papel significativo e, ao mesmo tempo, desafiador. Apesar de não estarem formalmente vinculados a uma relação de trabalho regularizada, os trabalhadores informais estão sujeitos a uma série de riscos à saúde em seus ambientes de trabalho, muitas vezes em condições precárias e desprotegidas. Esses trabalhadores frequentemente enfrentam jornadas exaustivas, falta de acesso a equipamentos de proteção, e estão mais vulneráveis a acidentes e doenças ocupacionais devido à natureza instável e informal de seu emprego (Abílio, 2021; Almeida et al, 2020; Bernardino, Andrade, 2015).

A PNSTT reconhece a importância de incluir os trabalhadores informais em suas ações e políticas, buscando alcançar uma abordagem mais abrangente e inclusiva para a promoção da saúde ocupacional. No entanto, a implementação efetiva dessas políticas para esse grupo específico de trabalhadores apresenta desafios adicionais, como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a falta de registro formal de emprego e a resistência por parte dos empregadores em cumprir as regulamentações de segurança e saúde no trabalho.

No entanto, um desafio atual devido ao quantitativo de trabalhadores informais, é desenvolver estratégias específicas e adaptadas para atender às necessidades dos trabalhadores informais, a garantir que eles também tenham acesso a ambientes de trabalho seguros e saudáveis, e que sejam reconhecidos como parte integrante das políticas de saúde do trabalhador no Brasil.

Esse desafio, se ocorre porque a PNSTT organiza a atenção à classe trabalhadora, com estratégias de promoção, vigilância, fiscalização, atenção à saúde do trabalhador nos serviços de saúde, com escopo a todos os trabalhadores formais e informais. Porém, a organização do mundo do trabalho e as legislações estão ancoradas no trabalho formal, como se a realidade brasileira fosse organizada por uma economia de pleno emprego, e políticas de bem-estar social a todos

trabalhadores conforme as matrizes de referência os chão-fábris europeus do século XX (Cacciamali, 2000; Behring, 2006; Behring; Boschetti, 2009).

A transformação do mundo do trabalho, com a globalização das economias¹⁹ afetam a todos os países, que vêm novas configurações nas políticas de proteção social, ora com maior cobertura de direitos ora com coberturas fragmentadas a manutenção da força de trabalho. Pois o aparato Estatal sob égide neoliberal, influenciam a desregulamentação e precarização de legislações (incluindo as trabalhistas), com baixa participação do Estado nas políticas públicas (bem-estar-social).

Logo, esse contexto limita a ação do Estado na implementação de uma determinada política econômica e social, restringindo fundo público e políticas sociais. Sobre a perspectiva de uma orientação neoliberal, ocorre o agravamento da questão social, e por sua vez uma insuficiência das políticas para minimizá-la. A flexibilização dos direitos sociais e das legislações trabalhistas, para trocas comerciais globalizadas, acarretam na flexibilização dos processos de trabalho e baixa proteção social (Cacciamali, 2000; Tavares, 2010).

A globalização é uma especificidade intrínseca que molda o panorama mundial, tem consequências profundas nos direitos sociais. À medida que as fronteiras econômicas inexistem, a interconexão global promove mudanças nas relações de trabalho, no acesso à educação e a proteção social. Embora a globalização ofereça oportunidades de desenvolvimento econômico, ela também apresenta desafios importantes para os direitos sociais, manifestando-se muitas vezes na forma de desigualdades exacerbadas às condições de trabalho.

Desta forma, as políticas sociais desempenham um papel fundamental, seja na manutenção do desenvolvimento econômico ou na reprodução da classe superexplorada. Permite que as políticas públicas compensatórias e focalizadas possam subsidiar a continuação e a sobrevivência de mão-de-obra barata para as grandes empresas privadas, nacionais ou multinacionais. São nas arenas políticas,

¹⁹ Globalização das economias: um processo que implica numa interconexão crescente de mercados, capitais e tecnologias em escala global, transcendendo fronteiras nacionais e promovendo uma intensa integração econômica entre países. A expansão dos fluxos comerciais e financeiros, aliada aos avanços nas comunicações e transportes, tem facilitado a interação entre diferentes nações, resultando em uma interdependência econômica cada vez maior (Cacciamali, 2000; Tavares, 2010).

através das forças sociais e seus embates, junto ao Estado versus as expressões da questão social que constroem as políticas sociais (Merhy, 2006).

O papel do Estado, segundo Ouriques (2001), sobre a ótica capitalista cumpre uma função social, de garantir o mínimo de melhorias nas condições de vida e de trabalho a enorme parcela da sociedade desprovidas das riquezas sociais, e da mais valia expropriada pelo Estado, e pela burguesia/elite nacional. Mas que no interior deste Estado nacional, que para o autor é um Estado “ortodoxo”, pois, se apresenta como o comitê de negócios da burguesia ao conciliar e admitir momentos de conciliação de classe, onde concede alguns avanços para os direitos da classe subalterna, mas que esses avanços são sempre marcados por perdas sistemáticas.

Nas últimas décadas, algumas mudanças acentuadas ocorreram no mundo do trabalho, paradoxalmente ao processo de crescimento econômico populacional, econômico, urbanização, intensa migração rural, com certa diminuição da pobreza, mas não das desigualdades sociais, além do crescimento do número de trabalhadores empregados. Um dos elementos constitutivos do desenvolvimento brasileiro é a alternância de etapas de crescimento e industrialização irregular com momentos e fase de inflação acentuadas, culminam o desmonte da estrutura produtiva existente, típicos do capitalismo tardio que caracteriza o país (Costa et al, 2013).

O autor ainda ressalta, que tais mudanças estão inseridas na ideia de crise estrutural do capital, típico do modo de produção capitalista, a qual tem como epifenômenos principais o neoliberalismo e a reestruturação produtiva. Ambos são frutos de uma crise sistêmica que tem origem na queda da taxa de lucro iniciada na década de 1970 nas economias ditas desenvolvidas. (Costa et al, 2013).

Segundo Ianni (2004) a formação social brasileira apresenta contradições e desigualdades fruto do processo histórico, das relações de poder e das dimensões raciais e econômicas. O autor destaca a questão racial como uma dimensão fundamental da formação social brasileira. A escravidão africana deixou marcas profundas na estrutura social do país, e o racismo estrutural persiste até os dias de hoje, gerando desigualdades sociais e econômicas entre a população branca e negra. Corroborar com o perfil apontado pela CNN (2022), onde o trabalhador informal no Brasil, possui cara e cor, sendo brasileiro homem, jovem, preto e de baixa escolaridade.

Para Behring e Boschetti (2009) o processo de colonização, a herança escravista estão na estrutura da organização do estado brasileiro até os tempos atuais. Pois os escravos libertos, tiveram dificuldades de serem incorporados ao mercado de trabalho, ocorrendo um desenvolvimento desigual nos países da periferia em relação aos países capitalistas de centro. Dessa forma, no Brasil, se manifesta pauperismo e iniquidades que afetam as primeiras legislações voltadas ao mundo do trabalho. A correlação de forças da classe dominantes e dos trabalhadores, expressão a fragilidade dos direitos sociais, bem como distanciamento das leis e da implementação das mesmas, dos pactos políticos institucionais para efetivação e ampliação de direitos.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho, nas economias ricas há cerca de 18,3% de trabalhadores informais, enquanto nas economias em desenvolvimento 79% estão na informalidade (OIT, 2018). Em 2021 no Brasil, cerca de 40 % dos trabalhadores estavam na informalidade.

O trabalho informal, por sua vez, é caracterizado pela ausência de registro formal de emprego e pela falta de proteção social e direitos trabalhistas. Apesar de desempenhar um papel significativo na economia brasileira, oferecendo oportunidades de subsistência para milhões de pessoas, os trabalhadores informais enfrentam condições precárias de trabalho, baixos salários e falta de acesso a serviços de saúde e previdência social. Além disso, a informalidade está frequentemente associada a maior vulnerabilidade econômica e social, perpetuando ciclos de pobreza e exclusão social (Corseuil, Reis, Brito, 2015).

No que diz respeito à proteção ao trabalhador, na perspectiva do trabalho formal, do emprego assalariado a proteção ocorre para evitar os riscos sociais, como o desemprego e a instabilidade das condições de trabalho, típicos das sociedades urbanas industriais. A cobertura desses riscos é característica da sociedade salarial como os benefícios decorrentes da relação de emprego, tais como a aposentadoria e os seguros: acidente de trabalho, seguro-desemprego, entre outros. a vulnerabilidade social ou insegurança social, derivada da ruptura da sociedade salarial, não só pela ausência da cobertura dos trabalhadores pela seguridade social. Essa desproteção também se caracteriza pela ausência da representação do coletivo pelos sindicatos e pela regulação dos direitos do trabalho (Sasaki; Menezes, 2012).

Nesse sentido, a saúde do trabalhador refere-se às relações entre o trabalho e o processo saúde/doença das pessoas e dos trabalhadores de modo particular. Dessa forma, o trabalho ocupa um espaço privilegiado, por ser eixo organizador da vida social determinante das condições de vida e saúde. Logo, a saúde e a doença são como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade num determinado momento histórico. Parte do princípio de que a forma de inserção dos homens, das mulheres e das crianças nos espaços de trabalho contribui decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer (Minas Gerais, 2011).

Desse modo, o campo saúde do trabalhador possui desafios complexos, por ser constituído por diversas áreas do conhecimento, que engloba ações multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais. Demanda ao processo de compreensão conhecer os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais, decorrentes do modelo de desenvolvimento adotado pelo país, responsável pelas condições de vida e de saúde da população. Além de exigir dos pesquisadores, e profissionais de saúde, promoção de ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis, a garantir o bem-estar de todos os trabalhadores, independentemente de seu status de emprego.

3.7.1 Ações convergentes à PNSTT

No SUS, a PNSTT se estrutura pela universalidade e integralidade, sendo voltada a todos os trabalhadores, independentemente da forma de inserção no mercado de trabalho, seja formal ou informal, urbano ou rural, público ou privado. Essa universalidade garante que trabalhadores autônomos, domésticos, cooperados, aprendizes e até aposentados ou desempregados estejam contemplados (Brasil, 2012; Brasil, 2002).

No campo prático se desdobram em diferentes níveis de atenção. Na Atenção Primária à Saúde (APS): a política orienta o mapeamento das atividades produtivas no território, a identificação do perfil sócio-ocupacional dos usuários, o reconhecimento de riscos e impactos relacionados ao trabalho, bem como a notificação de agravos à saúde do trabalhador. É na APS que se dá a entrada principal

desses sujeitos no SUS, e onde a relação entre adoecimento e trabalho deve ser reconhecida e registrada (Brasil, 2002).

Na urgência e emergência, cabe às equipes identificarem a ocupação e o ramo de atividade do usuário, associando acidentes, violências ou intoxicações ao contexto laboral, com registro no SINAN e encaminhamento para tratamento e reabilitação quando necessário.

Na atenção especializada, há ênfase no acompanhamento dos casos e na articulação de fluxos de referência e contrarreferência, de modo a assegurar a integralidade do cuidado e a reabilitação dos trabalhadores adoecidos.

Além disso, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é fortalecida pela integração com outros componentes da Vigilância em Saúde e com a rede de serviços, articulando ações coletivas (como inspeções e análises de riscos) e individuais (assistência e reabilitação). Essa integração envolve também a produção de indicadores, metodologias de investigação e monitoramento das condições de trabalho e saúde (Brasil, 2002).

A educação permanente em saúde configura-se como eixo estratégico para a efetivação da Saúde do Trabalhador no âmbito municipal, ao possibilitar a qualificação contínua das equipes da atenção básica para o reconhecimento e registro da situação laboral dos usuários, a identificação de riscos ocupacionais e a notificação de agravos relacionados ao trabalho. Por meio desse processo formativo, profissionais de saúde ampliam sua capacidade de intervenção nos territórios, incorporando práticas voltadas à promoção da saúde nos espaços ocupacionais informais, onde predominam condições de vulnerabilidade e ausência de proteção social. Além disso, a educação permanente favorece a organização dos fluxos de informação da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), fortalecendo a articulação entre atenção, vigilância e controle social, e assegurando que dados sobre o perfil produtivo, riscos e agravos sejam sistematizados para subsidiar políticas locais de prevenção, promoção e cuidado integral à saúde do trabalhador (Brasil, 2002, 2012).

Na rede intersetorial, a PNSTT se destaca pela necessidade de articulação entre saúde, trabalho, previdência, meio ambiente, educação e justiça.

Suas ações incluem: Fiscalizações conjuntas em ambientes de trabalho insalubres, perigosos ou degradantes, envolvendo o SUS, Ministério do Trabalho, Ministério Público, Previdência Social e Meio Ambiente. Participação nos processos

de licenciamento ambiental, utilizando indicadores de impacto à saúde do trabalhador e das comunidades. Compartilhamento de informações entre órgãos e a constituição de observatórios para análise de situações críticas, definição de prioridades e monitoramento de ações (Brasil, 2002, 2012).

Outro ponto central é o estímulo à participação dos trabalhadores e da comunidade por meio do controle social no SUS, como conselhos e comissões intersetoriais, além da inclusão de conteúdos de saúde do trabalhador em processos de educação permanente voltados para profissionais, sindicatos e a própria população trabalhadora.

Portanto, na prática, a PNSTT atua como estratégia transversal, inserindo o tema da saúde do trabalhador em todas as redes de atenção do SUS e amparada pela rede intersetorial. Com isso, busca-se não apenas responder aos agravos já instalados, mas também intervir sobre os determinantes do processo saúde-doença, ampliando a proteção social e o cuidado integral aos trabalhadores em seus diversos contextos laborais. Pois, ações de proteção social, também são ofertadas pelos serviços da previdência social (benefícios), e pelos serviços da assistência social (benefícios), nos momentos de adoecimento.

Na rede intersetorial, a PNSTT se destaca pela necessidade de articulação entre saúde, trabalho, previdência, meio ambiente, educação e justiça.

Suas ações incluem: Fiscalizações conjuntas em ambientes de trabalho insalubres, perigosos ou degradantes, envolvendo o SUS, Ministério do Trabalho, Ministério Público, Previdência Social e Meio Ambiente. Participação nos processos de licenciamento ambiental, utilizando indicadores de impacto à saúde do trabalhador e das comunidades. Compartilhamento de informações entre órgãos e a constituição de observatórios para análise de situações críticas, definição de prioridades e monitoramento de ações (Brasil, 2002, 2012).

O ministério do trabalho, por meio dos auditores, fiscais do trabalho, realizam vistorias e fiscalização em ambientes de trabalho. E atuam na prevenção de riscos e no monitoramento das condições laborais (Brasil, 2012).

Outro ponto central é o estímulo à participação dos trabalhadores e da comunidade por meio do controle social. As entidades, organizações não governamentais (ONGs), associações e cooperativas de trabalhadores também são parceiras da PNSTT na busca por respostas às demandas e na promoção da saúde

do trabalhador. Como os conselhos de direitos, as comissões intersetoriais, são espaços importantes, além da inclusão de conteúdos de saúde do trabalhador em processos de educação permanente voltados para profissionais, sindicatos e a própria população trabalhadora.

Portanto, na prática, a PNSTT atua como estratégia transversal, inserindo o tema da saúde do trabalhador em todas as redes de atenção do SUS e amparada pela rede intersetorial. Com isso, busca-se não apenas responder aos agravos já instalados, mas também intervir sobre os determinantes do processo saúde-doença, ampliando a proteção social e o cuidado integral aos trabalhadores em seus diversos contextos laborais. Pois, ações de proteção social vão além da saúde, são ofertados também pelos serviços da previdência social (benefícios), e pelos serviços da assistência social (benefícios), etc.

3.7.2 Proteção Social

No Brasil é ofertado por meio da política de Seguridade Social. Um conjunto de políticas, programas, direitos e mecanismos criados para assegurar condições mínimas de vida, segurança e bem-estar aos indivíduos e grupos sociais, especialmente em situações de vulnerabilidade, riscos ou contingências como doenças, desemprego, velhice, acidentes e pobreza (Boschetti, 2008; Behring, 2009).

Destacamos alguns exemplos da proteção em cada política específica, que podem vir a complementar a proteção do trabalhador informal em momento de adoecimento.

Na saúde é oferecido um leque abrangente de serviços gratuitos e universais, desde a atenção básica até alta complexidade, visando a prevenção, promoção e tratamento à saúde. Pode citar alguns exemplos, como orientações de bem-estar, consultas, reabilitação, cirurgias, entre outros (Brasil, 2002; Behring, 2009).

Na política de assistência social a oferta de serviços visa apoiar indivíduos e famílias em vulnerabilidade. As ações são voltadas à prevenção de violações de direitos, e ao fortalecimento de vínculos comunitários e familiares. Além disso, oferece benefícios como o Bolsa Família e o BPC, e o apoio na organização de benefícios eventuais em situações de emergência (Brasil, 2005).

Já a previdência social, oferece diversos serviços aos seus segurados, com o objetivo de protegê-los contra imprevistos e prover renda em situações de incapacidade, velhice, maternidade, morte ou reclusão. Entre os principais benefícios estão os diferentes tipos de Aposentadorias (por idade, por tempo de contribuição, especial, para pessoa com deficiência), Auxílios (doença, acidente, reclusão), Pensão por Morte e Salário-Maternidade entre outros (Brasil, 2021; Slivnik, 2018).

Já o Ministério do Trabalho, não compõe a seguridade, mas oferta serviços tão importantes quanto na proteção ao trabalhador. Este órgão, oferece serviços como o Seguro-Desemprego, a emissão e consulta da Carteira de Trabalho Digital e o abono salarial, além de serviços de intermediação de mão de obra através do Sistema Nacional de Emprego (SINE). E também atua na fiscalização das leis trabalhistas, na promoção da segurança e saúde no trabalho, e oferece orientações e registros para empregadores, trabalhadores e sindicatos (Brasil, 2012; Santos et al, 2018).

Já o Ministério Público do Trabalho (MPT) atua na defesa da ordem jurídica trabalhista e de interesses coletivos, promovendo a segurança e a saúde no ambiente de trabalho, combatendo o trabalho escravo, infantil e precarizado, e defendendo direitos como a não discriminação, fiscalizando o cumprimento da legislação trabalhista, instaurando inquéritos e propondo ações judiciais e acordos. O MPT busca assegurar o cumprimento de normas de saúde e segurança no trabalho (Brasil, 2012; Santos et al, 2018).

Sendo assim, a rede intersetorial é estratégica na operacionalização da PNSTT, pelas diversas ações realizadas na proteção ao trabalhador formal e informal.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

A escolha de um método científico não é neutra, mas representa a definição de um caminho para compreender uma determinada realidade, sempre permeada por valores e concepções ideológicas acerca da realidade social. Assim, esta pesquisa adota uma abordagem qualitativa, de caráter transversal, fundamentada em uma perspectiva crítico-dialética que busca apreender as contradições e mediações presentes na realidade investigada.

Trabalha-se com dados primários, produzidos a partir do contato direto com o campo empírico, de modo a captar as experiências e percepções atribuídas pelos sujeitos à sua condição de trabalho e saúde.

Trata-se assim de um estudo com uma pesquisa exploratória-descritiva do tipo investigação interpretativa. A pesquisa se baseou em análise documental de legislações, normativas, e dados primários com roteiro de entrevistas semiestruturadas com perguntas abertas norteadoras (apêndice A) aos trabalhadores informais e aos gestores para compreender os desafios à proteção social ao trabalho informal a partir da PNSTT.

Esse método se sustenta por categorias de análise enraizadas na realidade concreta, articulando teoria e prática para a compreensão dos processos que determinam a saúde do trabalhador informal e os desafios de efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT).

Para compreendermos a saúde do trabalhador e analisar os processos de trabalho em sua totalidade, com as condições objetivas e subjetivas, o paradigma marxista articula as contradições presente na pesquisa. Aponta-se para a necessidade de superar a leitura biologicista e individualizante da saúde, e adotar uma concepção crítica e ampliada que relacione os determinantes econômicos, políticos, sociais e culturais ao processo saúde-doença (Minayo-Gomez, Thedim-Costa, 1997; Laurell, 2003; Seligmann-Silva, 2011).

O trabalhador não é apenas objeto do processo produtivo, mas sujeito histórico, capaz de se organizar coletivamente, lutar por melhores condições de trabalho e disputar sentidos sobre sua saúde e dignidade. Dessa forma, a Saúde do Trabalhador, enquanto campo interdisciplinar e político, deve articular-se com os

movimentos sociais, os sindicatos e os conselhos de saúde, visando a transformação das estruturas que geram sofrimento e morte evitável (Merhy, Feuerwerker, 2000).

A matriz teórica utilizada, pressupõe que o trabalho em sua forma capitalista, é determinante das condições de vida, saúde e adoecimento da classe trabalhadora. O trabalho não é apenas uma atividade técnica, mas a base da sociabilidade humana. É por meio dele que os indivíduos se relacionam com a natureza, transformam o mundo e a si mesmos (Marx, 2011).

É importante pensar e refletir sobre os limites e as possibilidades das políticas públicas voltadas à saúde do trabalhador no Brasil, para contribuir com o debate sobre a necessidade de reorganização dos processos de trabalho, de modo a transformá-los em espaços promotores de saúde, justiça social, emancipação humana e transformadora da realidade.

No delineamento do escopo, foi utilizado a pesquisa bibliográfica exploratória, análise documental e dados primários. Foram etapas importantes, proporcionaram uma compreensão do conhecimento acumulado sobre o tema em questão. A revisão da literatura contextualiza o problema de pesquisa e subsidia a construção do referencial teórico, oferecendo fundamentos sólidos para a investigação. Já os documentos oficiais e legislações corroboraram para identificar os trabalhadores informais e as ações realizadas pelas políticas públicas intersetoriais no âmbito da saúde. Nessa fase ocorreu a formulação de perguntas de pesquisa relevantes e a identificação de lacunas no conhecimento existente (Gil, 1995).

A investigação interpretativa visa a descrição, interpretação e compreensão do contexto, a fim de revelar a realidade múltipla e dinâmica, cujo interesse reside na interpretação dos processos sociais com recurso à análise reflexiva e crítica das narrativas do real. A investigação assume um caráter dialético, ora garante a concordância entre os dados e os fatos ora entre estes e os construtos teóricos elaborados. A investigação qualitativa valoriza a função do contexto social na compreensão da realidade bem como o papel dos sujeitos na produção de sentido (Silva, 2013).

Dessa forma, a metodologia, entendida enquanto processo científico, utilizada para essa pesquisa, está calcada na abordagem da dialética marxista, no que se refere a visão de mundo, ou seja, o olhar analítico aqui adotado baseia-se nessa abordagem, corroborando com autores como Ricardo Antunes e Maria Augusta

Tavares e outros na interpretação dos dados. Enquanto o processo de coleta e sistematização dessas informações, ancorou-se no modelo proposto por Minayo (2006) quanto à pesquisa qualitativa.

Essa abordagem privilegia a qualidade dos fatos e das relações sociais entendendo que a qualidade e a quantidade são inseparáveis e interdependentes, o que pressupõe a dissolução das dicotomias quantitativo/qualitativo, macro/micro processos, objeto de grandes discussões e distintas correntes sociológicas que abordam a temática da metodologia (Minayo, 2012).

Assim pode-se considerar a singularidade de cada indivíduo e a realidade social, para além das explicações dos fatos, mas as conhecendo na totalidade o contexto. Este tipo de abordagem, permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares durante a investigação (Minayo, 2006, 2012).

No que tange a abordagem crítico-dialética como método de conhecimento possui uma visão de totalidade. Parte de um determinado objeto investigado no particular a visão dimensão universal, que ora contradizem, ora são distintas numa formulação de proposição ou argumento. Esse processo é fundamentado em processos históricos, discussões filosóficas e análises contextualizadas de um referencial teórico (Minayo, 2006).

O método dialético oferece uma compreensão dinâmica e totalizante da realidade, ao reconhecer que os fatos sociais só podem ser entendidos em suas relações políticas, econômicas e culturais. Privilegia as transformações qualitativas e contrapõe-se às abordagens que reduzem o social à mensuração numérica. Dessa forma, diferencia-se das pesquisas de orientação positivista, centradas em procedimentos quantitativos e descontextualizados (Gil, 1955).

Propomos a análise das partes para chegar à totalidade do estudo, uma vez que o percurso desta pesquisa, envolve aspectos de diferentes áreas do conhecimento, e de intersectorialidade das políticas públicas. Um olhar para o campo da saúde, atravessado pela determinação social e pelos determinantes sociais²⁰, ou

²⁰ Ambos conceitos complexos, a determinação social analisa as relações de produção, as estruturas sociais e o poder como determinantes centrais da saúde, com raízes na epidemiologia social latino-americana e no materialismo histórico. Já os determinantes sociais são uma abordagem mais fragmentada e de viés positivista, que foca em fatores como acesso a condições de vida, trabalho, e acesso a serviços, causas externas e quantificáveis das desigualdades em saúde (Garbois, Sodré, Dalbello-Araujo, 2017).

seja, pelas transformações do mundo do trabalho que vêm ocorrendo nas últimas décadas e que afetam a saúde do trabalhador.

4.1 PESQUISA DOCUMENTAL E BIBLIOGRÁFICA

A pesquisa documental e a revisão de literatura exploratória constituíram uma das etapas fundamentais deste estudo, pois permitiu a compreensão das bases históricas, legais e conceituais que sustentam o debate sobre a saúde do trabalhador e a informalidade do trabalho no Brasil. Essa etapa teve como propósito reunir e analisar documentos oficiais, legislações, relatórios institucionais e produções científicas que abordam a temática, de modo a contextualizar o objeto de estudo e identificar lacunas existentes entre o preconizado pelas políticas públicas e a realidade vivenciada pelos trabalhadores informais.

Tal abordagem permitiu examinar o objeto de pesquisa em sua historicidade e contexto, articulando informações provenientes de diferentes fontes para construir uma interpretação ampliada e fundamentada sobre a realidade estudada.

Os procedimentos envolveram a busca sistemática em fontes primárias e secundárias, abrangendo legislações federais relacionadas à proteção social e à PNSTT, relatórios do IBGE, documentos técnicos do Ministério da Saúde, além de capítulos de livros, artigos científicos e textos acadêmicos que discutem o trabalho informal, a precarização e os processos de adoecimento. A análise desses materiais possibilitou a construção de um referencial teórico e empírico articulado, capaz de sustentar a reflexão crítica sobre os desafios da efetivação da PNSTT diante do cenário de informalidade e das desigualdades que atravessam o mundo do trabalho contemporâneo.

Na revisão de literatura, utilizou-se as categorias “Informalidade do trabalho”, “Saúde do trabalhador”, “Precarização do trabalho”, e “Trabalho informal”, nas principais bases de dados da saúde e interdisciplinares: Scopus, Scielo, google acadêmico e Lilacs. Constatou-se que as categorias apareciam isoladamente, quando objetivo era articulação delas para proximidade do tema, logo, encontramos poucos artigos. Partimos para pesquisa na literatura cinzenta, buscando informações publicadas fora dos canais editoriais comerciais ou acadêmicos tradicionais, como relatórios, teses, dissertações, e documentos de órgãos governamentais. Nesse

processo alguns livros foram importantes, assim como os materiais produzidos por sindicatos.

4.2 ENTREVISTAS

A coleta de dados primários valeu-se da técnica de entrevistas, previamente elaborada, com questões norteadoras alinhadas aos objetivos da pesquisa (apêndice A). Tal instrumento, possibilitou que novos temas emergentes fossem explorados conforme o diálogo se desenvolvesse. Nos permitiu uma interação flexível entre pesquisadora e participantes, possibilitando o aprofundamento das narrativas e a compreensão das experiências vividas pelos trabalhadores informais em relação ao trabalho e à saúde, e também a compreensão sobre a organização e oferta da proteção social da rede intersetorial a partir dos gestores.

4.2.1 Amostragem

Os sujeitos que compõem essa pesquisa são trabalhadores informais do município pesquisado, que se encontram em serviços de saúde (unidade básica de saúde) e serviço de assistência social (CRAS²¹). Por serem de abrangência territorial e locais de maior vulnerabilidade social, corroborando com a premissa apontada por Abílio (2021) a informalidade possui centralidade nas periferias das cidades. Ainda, soma-se de forma complementar os profissionais que atuam na rede de proteção à saúde do trabalhador, que aceitaram participar da pesquisa.

A amostra foi composta por um total de 25 trabalhadores informais, selecionados de modo a contemplar diferentes inserções nos serviços públicos e ampliar a compreensão das relações entre trabalho informal e proteção social. Dentre os participantes, 10 trabalhadores estavam vinculados ao segmento do Sistema Único de Saúde (SUS) e 15 ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), permitindo uma análise comparativa entre as distintas formas de acesso e mediação institucional das políticas públicas.

²¹ Conforme PNAS/2004, e a NOB/SUAS a cobertura da Proteção Social Básica [CRAS], possui centralidade na família, referenciada nos territórios de maior vulnerabilidade (Brasil, 2004).

Além disso, com o objetivo de assegurar a representatividade dos profissionais que compõem a rede de saúde do trabalhador, foram entrevistados 7 profissionais atuantes na área, possibilitando a incorporação de diferentes perspectivas institucionais sobre a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), que abrange trabalhadores independentemente de sua inserção formal ou informal no mercado de trabalho.

A definição dos locais ocorreu por amostragem intencional, considerando os critérios de acessibilidade da pesquisadora ao campo e a relevância social do território selecionado. Dessa forma, foram selecionados um serviço de saúde e um de assistência social. A escolha concentrou-se em regiões caracterizadas por maior vulnerabilidade social, o que possibilitou observar com maior profundidade as condições de vida, trabalho e saúde desses sujeitos. Tal recorte buscou potencializar a compreensão das relações entre informalidade e proteção social em contextos em que as fragilidades institucionais e as desigualdades socioeconômicas se manifestam de forma mais evidente.

Para critérios de inclusão aos trabalhadores informais foram elegidos: 1) possuir trabalho informal como fonte de renda familiar, 2) não ter outros vínculos trabalhistas regulados, 3) ter idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos, 4) residir no território da respectiva unidade de saúde/CRAS, e 5) aqueles que tiveram vínculo informal com tais especificações nos últimos 30 dias, e encontram-se desempregados. E para critérios de exclusão, foram elencados: menores de 18 anos, não residir no território adscrito pelo equipamento, e aqueles trabalhadores que possuem algum vínculo - formalidade trabalhista²² (CLT, PJ, MEI), e aqueles que após leitura TCLE (Apêndice B) não concordarem com o mesmo.

Para acessar os sujeitos foi realizado contato prévio com os serviços (CRAS e unidade de saúde), para organizar um espaço para realização da entrevista, e articular uma data de início das entrevistas nos dois serviços territoriais a fim de acessar o perfil dos sujeitos informais conforme os critérios estabelecidos.

²² A Consolidação das leis trabalhistas – CLT, envolve uma cobertura de direitos e proteção social ao trabalhador formal. A modalidade Pessoa Jurídica -PJ, relação entre empresas, prestação de serviços e contribuição à proteção é responsabilidade do PJ, enquanto trabalhador autônomo, relação semelhante e ora no mesmo papel está o MEI -Microempreendedor Individual, conforme tributos desempenha a prestação de serviços (Peixoto Júnior; Miebach, 2023).

Sendo assim, os entrevistados foram convidados a participar da pesquisa de forma aleatória. No momento da entrevista, realizou-se apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, e aqueles que tinham o perfil trabalhador informal, respeitando-se os critérios de inclusão, buscou-se também, um equilíbrio/proporcionalidade na distribuição das entrevistas em relação ao gênero²³. No CRAS foram abordados os primeiros sujeitos que adentrarem ao espaço nos dias da coleta de dados, repetiu-se os dias conforme necessidade à saturação da entrevista, o mesmo foi realizado na unidade de saúde, aos primeiros sujeitos que estiverem no espaço, até chegar na saturação.

Para inclusão de gestores, foi por conveniência de representatividade, de acordo com a estrutura administrativa da saúde do trabalhador. Compõem o segmento gestor: 1 gestor da execução da saúde do trabalhador MTE, 1 representante do CEREST, um representante do INSS, 1 representante da Vigilância epidemiológica de saúde no municipal e 1 representante da Secretaria Municipal de Saúde, 1 representante Secretaria Municipal de Assistência Social, que atuem nos referidos órgãos e aceitem participar da pesquisa após apresentação TCLE.

Dessa forma, foram realizados contatos com os gestores dos órgãos de seguridade social, e aqueles com afinidade com a saúde do trabalhador. Os critérios de inclusão: ser profissional lotado no órgão/serviço, indicado pelo responsável do órgão, ou pelo acesso ao profissional pela pesquisadora. Realizou-se contato com o órgão/serviço para apresentação da pesquisa e dos objetivos para realização das entrevistas.

A coleta de dados foi realizada nos meses de abril a maio de 2025, com referido público da pesquisa, respeitando os critérios de inclusão. A amostragem foi pelo método de saturação, até que as entrevistas se tornem repetitivas, e não agreguem novas informações. Neste caso específico, podemos sugerir que 15 participantes cheguem à saturação, conforme indica o trabalho de Thiry-cherques (2009).

O autor aponta em um estudo, que a mostra de pesquisa qualitativa e validação da mesma, atinge o ponto de saturação com cerca 12 a 15 participantes A

²³ Segundo Pinheiro (2021, p.98), o trabalho feminino caracterizado de afazeres domésticos está nos guetos e na informalidade: “A informalidade desses segmentos tem no trabalho das mulheres a expropriação de direitos e de proteção social, potencializando a sua exclusão e o Empobrecimento”.

partir desse número, não aparecem novos elementos, as informações se repetem (Thiry-cherques, 2009).

4.2.2 Campo de Pesquisa: caracterização do Município

Esta pesquisa foi realizada em serviços de um município do sul catarinense. A escolha da cidade foi definida com base no porte do município, com gestão plena dos seus equipamentos²⁴ e acessibilidade aos locais.

O município se caracteriza por ser de médio porte, localizado no sul de Santa Catarina, com população acima de 100 mil segundo censo do IBGE de 2025. É uma das cidades mais populosas do Sul Catarinense, e oitava maior cidade do Estado de Santa. Economicamente a cidade se desenvolveu baseada na extração de carvão mineral e, em 2025 predomina o setor industrial de confecção, embalagens, cerâmica, plástico, construção civil, entre outros. A população é constituída por ciclos de colonizações europeias: italiana, alemã e polonesa, e africanos (IBGE, 2025b).

Na contemporaneidade, o município recebe êxodo de outras regiões como Rio Grande do Sul, norte do país, e imigrantes da Venezuela e países africanos, que buscam por oportunidades de trabalho e qualidade de vida.

Soma-se também a escolha do município, o acesso aos serviços que compõem a de seguridade social, devido aos vínculos laborais da pesquisadora. Fez parte da amostra, uma unidade básica de saúde, um centro de referência de assistência social, localizados em bairros de maior vulnerabilidade social, escolhidos intencionalmente. Quanto aos profissionais, foram escolhidos por conveniência sete serviços que compõem o atendimento à saúde do trabalhador.

A rede intersetorial é ampla, oferta o SUS e SUAS organizados em níveis de atenção básica, média e alta complexidade, com diversos serviços que compõem a interface à saúde do trabalhador junto a previdência social e o ministério do trabalho.

Dentro da rede de serviços da seguridade social, a saúde conta com gestão plena do sistema municipal, realiza a gestão de todos os equipamentos de saúde

²⁴ A saúde possui níveis hierarquizados de serviços, ao realizar 100% da gestão de seus serviços municipais o município é considerado gestão plena (COSEMS, 2021). Já na Assistência Social, conforme número de habitantes, o município terá uma rede mais complexa, realizando a gestão dos mesmos (Brasil, 2004).

pública do seu território em todos os níveis de atenção. São pontos de atenção à saúde: a atenção básica com 45 unidades de saúde, sendo 5 distritos de saúde com horários estendidos; 4 CAPS (infantil, tipo I e II, AD); 2 SRTs; NUPREVIPS; Consultório na Rua; Atenção especializada (saúde da mulher, saúde da criança e adolescente, ambulatório de ostomias e feridas, centro de especialidades em reabilitação, centro multiprofissional, programa melhor em casa); Rede de Urgência e Emergência (Pronto Atendimento de Emergência 24h, 2 UPAS, SAMU, Hospital Geral e Hospital Infantil).

Ainda, soma-se à área da saúde um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST regional) que atende 43 municípios, e fica localizado no território do referido município.

A rede de assistência social, também realiza gestão dos serviços de proteção básica, média e alta complexidade por caracterizar municípios de grande porte na política de assistência social. Esta rede é composta por seis Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), um Centro Pop, um Centro de Referência Especializado de Assistência Social, e três Serviços de Acolhimentos (à criança, aos adolescentes e adultos).

Já a rede de previdência social, possui uma agência do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), que administra os benefícios previdenciários e sociais aos trabalhadores.

Também possui uma gerência regional do trabalho, vinculada ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), responsável em regulamentar e fiscalizar todos os aspectos referentes às relações de trabalho: condições e dos ambientes de trabalho em todo o território nacional.

4.2.3 Local da Coleta de Dados

Foram realizadas entrevistas com a população que frequenta dois serviços territoriais localizado no bairro Margarida²⁵: atenção básica em saúde e proteção básica de assistência social.

²⁵ Nome fictício, chamaremos o nome de uma flor (Margarida), para nomear o bairro, onde encontram-se os dois serviços que também levam o nome do bairro CRAS Margarida e Unidade de Saúde Margarida, a fim de garantir o anonimato dos participantes.

A unidade de saúde do bairro Margarida, caracteriza-se por ser um serviço de atenção básica, porta de entrada à saúde no território. Possui equipe multiprofissional; um enfermeiro, um médico, um dentista, um auxiliar dentista, um técnico de enfermagem, cinco agentes comunitárias de saúde e um higienizador. Possui cerca de 60 atendimentos diários, junto aos profissionais dessa unidade, passando por procedimentos e acompanhamentos distintos, uma aproximação de 300 atendimentos semanais.

Já o Centro de Referência de Assistência Social do bairro Margarida, serviço responsável por ofertar proteção social à população, localizado em territórios de maior vulnerabilidade social, é também porta de entrada no SUAS. Desenvolve atividades de acompanhamento grupais de forma contínua à criança de adolescente de seis a dezessete anos, e a idosos do território adscrito, além de acompanhamento às famílias em situação de vulnerabilidade social. Possui equipe multiprofissional; dois educadores sociais/oficineiros (nível médio ou superior), um orientador social (nível superior), dois assistentes sociais, uma psicóloga, um cadastrador de cadunico (nível médio), uma recepcionista (nível médio) e um higienizador (nível fundamental). Realiza cerca de 20 atendimentos diários a população do território, que busca suporte à proteção social, e a garantia de direitos, totalizando 100 atendimentos semanais.

4.2.4 Procedimentos para Coleta de Dados

As entrevistas foram realizadas no período de abril e maio de 2025, majoritariamente de forma presencial. A condução deu-se por uma única pesquisadora, a partir de um roteiro semiestruturado. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas para análise.

Na coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice A), através de questões norteadoras a partir dos objetivos da pesquisa. A entrevista ocorreu de forma individualizada a cada sujeito em um ambiente privado para maior qualidade dos registros.

Para acessar os trabalhadores informais, o contato realizado previamente aos coordenadores dos referidos serviços foi importante, para saber os dias de maiores fluxos de atendimento naquele espaço, para acessar os usuários das políticas públicas de saúde e de assistência social. As entrevistas foram realizadas no período

de dois meses, nos períodos da manhã, pela disponibilidade da pesquisadora, mas também pela orientação dos coordenadores dos serviços, indicando fluxo maior de pessoas. Foi respeitado o horário de funcionamento dos equipamentos públicos, para acessar ambos serviços.

Foram abordadas as pessoas que chegaram para atendimento no CRAS e na unidade de saúde, sendo convidados a participar da pesquisa, respeitando os critérios de inclusão e exclusão, apresentado TCLE, e conduzido a um espaço reservado no local, para realização da entrevista.

Para os gestores dos serviços da seguridade social e afins à saúde do trabalhador, foi realizado contato por telefone aos órgãos, para acessar a figura do responsável, na ocasião foi apresentado a pesquisa e solicitado indicação de um profissional para entrevista. Em contato com o profissional, foi apresentado objeto da pesquisa, após aceite foi agendado um encontro presencial para assinatura do TCLE e realização da entrevista conforme roteiro pré-estabelecido (Apêndice A), sendo gravadas na completude, para posteriormente transcrição na íntegra. Na ausência de profissionais disponíveis para participar da entrevista, o órgão foi excluído da pesquisa.

4.2.5 Tratamentos dos Dados

Após a coleta dos dados, o material foi transcrito na íntegra pelo *software* de transcrição de áudio *TurboScribe*, e analisados de acordo com os objetivos da pesquisa.

O material transcrito foi confrontado com referencial teórico e reflexões dos autores, sendo agrupados por categorias após leitura exaustivas das transcrições, por expressões significativas do conteúdo para compreensão desse universo pesquisado. Algumas categorias de análise foram elaboradas, a partir do diálogo com os objetivos da pesquisa quanto com os pressupostos PNSTT e os desafios da proteção social. Assim, foram elencadas categorias de análise principais e possíveis subcategorias, com base no material empírico.

A interpretação e organização dos dados foram realizadas por meio da análise de conteúdo temática, após a organização do conteúdo, e análise coletiva desse material de forma crítica reflexiva. A fim de se preservar a autenticidade do conteúdo,

seguiu-se o rigor metodológico: pré-análise, codificação e inferência. Esta última foi condensada e destacado o material levantado, estabelecendo conexão com a realidade e outros estudos científicos, conforme pressupostos da *Análise Temática* (Minayo, 2006).

Nessa perspectiva foi organizado as categorias analíticas condensando a discussão em relação dos dados primários e aporte teórico, com intuito que expressassem os objetivos do estudo e apreensão da totalidade da realidade a ser pesquisada. Desta forma, foi elaborado estruturas de análise para as respostas dos diferentes profissionais, com as informações do levantamento teórico confrontando-os aos dados levantados em campo (Minayo, 2006; 2012).

A análise é orientada por uma postura crítica-reflexiva, buscando não apenas descrever as falas dos sujeitos, mas compreendê-las em sua dimensão histórica, social e política, à luz da realidade concreta em que o trabalho informal se insere. Tal perspectiva está em consonância com a abordagem teórico-metodológica marxista, que considera a centralidade do trabalho na produção da vida social e reconhece a importância de captar as mediações entre o singular, o particular e o universal.

4.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise dos resultados ocorreu através de uma articulação entre os achados das entrevistas, dados primários e a análise documental. A perspectiva analítica utilizada é o da dialética marxista que para esta análise conjuga-se com os dados coletados por abordagem qualitativa de pesquisa segundo Minayo. Organizamos a apresentação da pesquisa em três etapas, corroborando com Análise temática de Minayo (2006).

Na primeira etapa, de cunho exploratório – delimitou-se o objeto, desenvolvimento da metodologia e procedimentos necessários para preparar a entrada em campo, com pesquisa bibliográfica, legislações da seguridade social e dados da PNAD. A segunda etapa envolveu a coleta de dados, realizar contato com o contexto, trabalho de campo – instrumentos de comunicação e interlocução com os pesquisados, organização dos dados secundários. Na terceira etapa, a análise e tratamento do material empírico e documentais – conjunto de procedimentos para valorizar, compreender, interpretar os elementos empíricos articulando com a teoria,

com as referências institucionais por meio da ordenação, classificação e análise dos dados.

O traçado teórico envolve os autores como Carlos Minayo Gomes, Francisco Antonio de Castro Lacaz, Maria Augusta Tavares, Ricardo Antunes entre outros que vão discutir saúde do trabalhador à luz das transformações do mundo do trabalho e sua implicação aos trabalhadores.

Já a sistematização pelo viés crítico-dialética proposta ao estudo, remete a um objetivo principal: Investigar os desafios da proteção social à saúde do trabalhador informal à luz PNSTT no município estudado, para legitimar o descomprometimento do capital com ações de prevenção ao adoecimento e de proteção a saúde do trabalhador informal.

E com isso, potencializar a visibilidade desses sujeitos com vistas a garantir o acesso à proteção social à saúde do trabalhador, nos preceitos da integralidade, da universalidade e do princípio da equidade definidos pelo SUS.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido ao parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH-UFSC) da Universidade Federal de Santa Catarina. Obteve-se aprovação do comitê de ética, sob o Parecer Nº 7.083.872 e CAAE nº 84973324.1.0000.0121 de 31 de março de 2025 (Anexo A).

Este estudo seguiu as normas das Resoluções n. 466/12 e nº. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, que aprovam as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2012; 2016).

Posteriormente ao parecer favorável, foi realizado contato com os locais aos quais foram pertinentes à pesquisa, sendo um CRAS e unidade de saúde em bairro de maior vulnerabilidade social²⁶ do município.

Foram contatados os coordenadores da unidade de saúde e do CRAS, para agendar as datas de visita e reserva de um local privativo para realizar as entrevistas.

²⁶ Há no município a responsável pelo CADUNICO, este é um instrumento de coleta de dados e informações que objetiva identificar todas as famílias de baixa renda existentes no país para fins de inclusão em programas de assistência social e redistribuição de renda. Logo identifica o bairro de maior vulnerabilidade social (Brasil, 2004).

No local de entrevista, foi realizada apresentação prévia aos envolvidos explicitando os objetivos da pesquisa, e aqueles que se sentiram à vontade e de acordo com o propósito do estudo, receberam o TCLE (Apêndice B) para assinar, conforme resolução Conselho Nacional de Saúde - CNS 466/12, lhes é assegurado o sigilo e o anonimato, bem como a permissão para a divulgação dos resultados.

Os participantes foram convidados a tomar parte do estudo segundo os preceitos éticos que envolvem estudos com seres humanos. Todos os procedimentos desta pesquisa estão ancorados à Resolução CNS 510/2016 (Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais), bem como com as demais normativas e legislações vigentes e aplicáveis. A coleta de dados somente foi realizada após autorização expressa CEPESH-UFSC. O contato com o campo de pesquisa respeitou os critérios de inclusão, para qualidade das informações e confiabilidade dos dados coletados.

As entrevistas foram realizadas de forma individual, gravadas por meio digital com autorização prévia dos envolvidos. Os dados foram arquivados com a pesquisadora responsável, por um período mínimo de cinco anos, sendo, após esse tempo, destruídos. Os dados coletados foram tratados com segurança de forma a garantir a confidencialidade e o sigilo em todas as etapas do estudo.

O TCLE (Apêndice B) foi elaborado em duas vias, sendo assinadas pelo participante da pesquisa e a pesquisadora responsável, sendo disponibilizado uma cópia ao participante, com dados da pesquisadora, podendo o entrevistado desistir a qualquer momento da pesquisa, se assim julgar necessário. Respeitando os preceitos éticos, e a decisão do entrevistado, aqueles que desistiram da entrevista, foram excluídos os dados da entrevista na pesquisa.

Cabe ressaltar que os autores não têm a declarar qualquer conflito de interesse.

5 RESULTADOS

Em consonância com as normas do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), os resultados da tese podem ser apresentados sob formatação tradicional, de acordo com as normas da biblioteca da UFSC.

Os resultados são apresentados em duas formas, a primeira na forma de tese tradicional, na seção abaixo. A segunda, considerando o regimento do programa, os resultados da tese de doutorado podem ser apresentados por meio de artigo científico a ser submetido em revista científica (Apêndice D).

A presente seção apresenta e analisa os resultados obtidos a partir do trabalho de campo, que teve como foco investigar os desafios da proteção social à saúde do trabalhador informal à luz da PNSTT, em um município de médio porte no sul catarinense. Os achados são fruto da análise das entrevistas realizadas com trabalhadores informais da rede SUAS e SUS, e com profissionais da rede intersetorial que atuam diretamente e indiretamente com ações relacionadas à saúde do trabalhador no município estudado. Os resultados evidenciam percepções, experiências e lacunas identificadas na operacionalização da política, bem como as formas de acesso, cuidado e reconhecimento das relações entre trabalho e adoecimento no contexto da informalidade.

O presente capítulo apresenta os principais achados da pesquisa a partir da análise temática das entrevistas, realizadas com usuários dos serviços da atenção básica (UBS) e da assistência social (CRAS) do referido município.

Os resultados da pesquisa foram divididos em duas seções. Na primeira, apresenta-se os principais elementos identificados. Na segunda parte, atendemos aos objetivos específicos da pesquisa.

5.1 O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS ENTREVISTADOS NO MUNICÍPIO DO SUL CATARINENSE

Buscando compreender como se materializam as ações de proteção social e os mecanismos institucionais voltados à saúde desses trabalhadores, foram realizadas entrevistas 32 entrevistas a trabalhadores informais e profissionais da rede intersetorial. Destes, 10 foram do segmento SUS, e 15 do seguimento SUAS. Na

representatividade dos profissionais que compõem a rede de saúde do trabalhador, foram entrevistados 7 profissionais de diferentes serviços que compõem a rede de proteção ao trabalhador.

A partir dessa escuta ampliada, foram identificadas percepções, lacunas e contradições entre as diretrizes normativas da PNSTT, que reconhece todos os trabalhadores, formais e informais, como sujeitos de direito. E a realidade vivida no território, marcada pela invisibilidade institucional, pela fragmentação intersetorial e pela precarização do trabalho e da vida.

O material empírico das entrevistas, dados primários da pesquisa, foram analisados sob a compreensão das estratégias de proteção social acionadas em situações de adoecimento e da percepção do trabalhador informal sobre seus direitos. Os dados coletados pelos gestores permitiram um entendimento do funcionamento da rede de atenção à saúde do trabalhador e do nível de operacionalização da PNSTT no campo pesquisado.

A análise dos dados atendeu aos objetivos específicos da pesquisa e permitiu uma discussão das ações de proteção social ao trabalhador informal pela PNSTT. Identificou-se as principais ações desenvolvidas no município e as lacunas e obstáculos no acesso dos sujeitos à proteção social em saúde, apresentadas na seção abaixo. Na articulação entre material empírico, referencial teórico e diretrizes da PNSTT, evidenciou-se como a informalidade se expressa nas práticas cotidianas e nas relações entre trabalho, saúde e políticas públicas.

A seguir, apresenta-se a caracterização sociodemográfica dos participantes nos Quadros 1 e 2, que contextualiza o perfil dos sujeitos 10 entrevistados e o cenário de análise dos resultados;

Quadro 1 – Perfil dos trabalhadores informais entrevistados no SUS e no SUAS

Codificação	Idade	Sexo	Escolaridade	Ocupação
SUS1	31	Feminino	Ens.médio Inc.	Cabeleireira
SUS2	47	Feminino	Ens.médio Co.	Vendedor
SUS3	40	Feminino	Ens.médio Inc.	Diarista
SUS4	32	Feminino	Ens.fund. Inc.	Diarista
SUS5	41	Masculino	Ens.med Inc.	Vendedor
SUS6	25	Feminino	Ens. med. Co.	Freelancer
SUS7	27	Masculino	Ens.fund. Inc.	Costura
SUS8	45	Masculino	Ens.fund. Inc.	Diarista

SUS9	48	Masculino	Ens.fund. Inc.	Auxiliar padaria
SUS10	46	Feminino	Ens.fund. Inc	Diarista/Cuidadora
SUAS11	44	Feminino	Ens. Sup. Comp.	Org.Eventos
SUAS12	60	Masculino	Ens.fund. Inc	Serviços gerais
SUAS13	22	Feminino	Ens.fund. Inc	Diarista
SUAS14	55	Feminino	Ens.fund. Inc	Diarista
SUAS15	27	Feminino	Ens.fund. Inc	Diarista
SUAS16	64	Masculino	Ens.fund. Inc	Servente/Limpeza
SUAS17	35	Feminino	Ens.fund. Inc	Artesanato
SUAS18	63	Masculino	Ens.fund. Inc	Pedreiro/servente
SUAS19	29	Masculino	Ens.fund. Inc	Servente
SUAS20	25	Feminino	Ens.fund. Comp.	Vendas
SUAS21	65	Masculino	Ens.fund. Inc	Catador
SUAS22	26	Feminino	Ens.fund. Inc	Diarista
SUAS23	52	Masculino	Ens.fund. Inc	pedreiro
SUAS24	44	Feminino	Ens.fund. Inc	Diarista
SUAS25	29	Feminino	Ens. médio Comp.	Diarista

Fonte: entrevistas de pesquisa (2025)

A caracterização dos participantes permite compreender o perfil dos sujeitos que integram o campo empírico da pesquisa, evidenciando a diversidade de trajetórias, ocupações e vínculos com a rede de proteção social. No Quadro 1, referente aos trabalhadores informais entrevistados no âmbito do SUS, observa-se uma predominância do sexo feminino (sete mulheres e três homens), com idades entre 25 e 48 anos. A maioria possui baixa escolaridade, concentrando-se entre o ensino fundamental incompleto e o ensino médio incompleto, o que reflete as limitações de acesso à educação formal entre os trabalhadores informais.

As ocupações revelam inserções marcadas pela instabilidade e pela ausência de vínculos empregatícios, como faxineiras, cabeleireira, vendedor ambulante, taxista e trabalhador de serviços gerais, caracterizando atividades de subsistência e autogestão do trabalho. Esses espaços laborais, estão relacionados à produção de bens e serviços de forma autônoma e cooperativa, buscando a autonomia e a emancipação desses trabalhadores.

Os trabalhadores informais entrevistados no SUAS, foram 15 participantes, conforme apresentado no Quadro 1. Pode-se observar também, a predominância feminina, sobretudo em ocupações associadas ao trabalho doméstico e à limpeza (diarista, serviços gerais e cozinha), seguidas por atividades de baixa remuneração e alta rotatividade, como servente, catador e vendedor. A faixa etária varia de 22 a 65 anos, com presença expressiva de pessoas adultas e idosas, indicando a

permanência na informalidade ao longo da vida laboral. A escolaridade mantém o mesmo padrão do grupo anterior, com concentração no ensino fundamental incompleto, embora dois participantes possuam ensino superior, atuando como artesã e organizadora de eventos — o que demonstra que mesmo níveis educacionais mais altos não garantem inserção formal no mercado de trabalho.

Quadro 2 – Perfil dos profissionais da seguridade social com interface nas ações de proteção à saúde do trabalhador

Codificação	Sexo	Formação	Tempo Atuação	Vínculo trabalhista
P1	Feminino	Serviço Social	+ 10 anos	Servidor Público
P2	Masculino	Enfermagem	2 anos	Servidor Público
P3	Feminino	Serviço Social	2 anos	Servidor Público
P4	Feminina	Enfermagem	3 anos	Servidor Público
P5	Feminino	Serviço Social	+ 10 anos	Servidor Público
P6	Feminino	Psicologia	8 anos	Servidor Público cedido
P7	Masculino	Datilografia	+ 10 anos	Servidor Público

Fonte: entrevistas de pesquisa (2025)

Por fim, o Quadro 2 descreve o perfil dos profissionais da seguridade social com interface nas ações de proteção à saúde do trabalhador. O grupo é composto majoritariamente por mulheres, com formação em Serviço Social, Enfermagem e Psicologia, e tempo de atuação que varia entre dois e mais de dez anos. Todos possuem vínculo como servidores públicos, o que confere estabilidade institucional, embora alguns atuem em regime de cessão entre setores.

Esses profissionais representam o elo entre as políticas públicas de saúde, assistência, previdência e trabalho, desempenhando papel estratégico na efetivação das ações previstas na PNSTT e na articulação intersetorial voltada à proteção social dos trabalhadores informais.

5.2 SAÚDE DO TRABALHADOR NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA REDE INTERSETORIAL E DOS TRABALHADORES INFORMAIS.

Com base na análise temática das entrevistas identificou-se um conjunto de lacunas estruturais na efetivação da PNSTT. A sistematização dos dados empíricos, aliada à leitura crítica da política, evidencia descompassos entre o que preconiza a

legislação e a realidade institucional enfrentada pelos trabalhadores informais adoecidos.

Nos achados dessa pesquisa, encontramos alguns temas centrais, cada qual desdobrado em eixos de análise: fragilidades no acesso à proteção social, invisibilidade do trabalhador informal nos serviços de saúde e desarticulação interinstitucional. Estes revelam dimensões fundamentais para a compreensão dos desafios enfrentados pelos trabalhadores informais em situação de adoecimento nas perspectivas de instituições afins à saúde do trabalhador. Os principais elementos identificados foram divididos em três temas principais apresentados a seguir

O primeiro tema identificado refere-se às *fragilidades no acesso à proteção social no adoecimento do trabalhador informal*. As falas revelam que, diante da ausência de vínculos formais e da consequente exclusão dos mecanismos contributivos da seguridade social, a família ocupa um lugar central como principal rede de apoio em situações de adoecimento. Soma-se a isso a adoção de estratégias de autoproteção improvisada, como economias informais ou “bicos” intermitentes, para lidar com períodos sem renda.

A exclusão de benefícios previdenciários é amplamente mencionada, sendo associada tanto ao desconhecimento acerca das possibilidades de contribuição — como a contribuição facultativa ao Regime Geral de Previdência Social (RGPS) — quanto às barreiras burocráticas que dificultam o acesso aos direitos. No Brasil, o sistema de proteção social organiza-se de forma tripartite, articulando a previdência social, de caráter contributivo e vinculada ao INSS, e a assistência social, de natureza não contributiva, operacionalizada no âmbito do SUAS. É por meio dessa estrutura que se viabiliza, concretamente, o acesso a programas de transferência de renda, como o Bolsa Família, e a benefícios assistenciais, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), com porta de entrada prioritária nos CRAS e mediante inscrição no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico).

Apesar dessa organização institucional, a política de assistência social, embora desempenhe papel relevante no acolhimento emergencial — por meio de benefícios eventuais e da operacionalização de programas de transferência de renda — mostra-se insuficiente para garantir proteção social contínua a trabalhadores informais, especialmente diante do aumento da demanda observado no período pós-pandemia da COVID-19. Tal cenário evidencia a persistência de lacunas estruturais

no acesso à proteção social, sobretudo na articulação entre políticas contributivas e não contributivas, que acabam por reproduzir desigualdades no acesso a direitos.

O segundo tema refere-se à *invisibilidade da relação de trabalho informal nos serviços de saúde, especialmente na atenção básica*. Observou-se, de forma reiterada, a ausência de abordagem sobre o vínculo laboral no momento do atendimento em saúde, o que dificulta a identificação de possíveis relações entre o trabalho desenvolvido e os processos de adoecimento.

Profissionais relatam que, mesmo quando trabalhadores informais procuram os serviços de saúde apresentando queixas compatíveis com agravos relacionados ao trabalho, raramente são realizadas notificações nos sistemas oficiais de informação em saúde, como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Essa subnotificação decorre, em parte, da dificuldade de estabelecer o nexo entre adoecimento e trabalho no contexto da informalidade, da ausência de vínculos formais que facilitem a caracterização ocupacional e, ainda, de limitações institucionais, como a sobrecarga dos serviços, a insuficiente capacitação dos profissionais para a vigilância em saúde do trabalhador e a fragilidade na incorporação dessa dimensão nas rotinas assistenciais.

Além disso, as campanhas de prevenção e promoção da saúde organizadas pelas Secretarias Municipais tendem a ser genéricas, com foco em empresas formalizadas, o que dificulta o acesso da população trabalhadora informal, que muitas vezes não dispõe de tempo ou recursos para participar. Também há ausência de dados desagregados que permitam identificar especificamente os agravos em saúde no segmento informal, o que compromete o planejamento e a execução de políticas públicas direcionadas.

O terceiro tema diz respeito à *desarticulação interinstitucional e às lacunas na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)*. Em diferentes momentos, os sujeitos evidenciaram desconhecimento parcial ou total acerca da existência e dos objetivos da PNSTT, inclusive em instituições estratégicas para sua implementação, como a assistência social (no âmbito do SUAS), o INSS e os serviços municipais de saúde. Tal desconhecimento compromete a efetivação da política, na medida em que limita sua incorporação nas práticas institucionais, fragiliza a articulação intersetorial — elemento central da PNSTT — e dificulta a identificação, o acompanhamento e o encaminhamento

adequado das demandas relacionadas à saúde do trabalhador, especialmente no caso dos trabalhadores informais.

Além disso, há o reconhecimento de que ações de educação permanente e projetos intersetoriais vêm sendo descontinuados, especialmente após a reestruturação interna e o processo de digitalização de serviços promovido pelo INSS a partir de 2017.

No caso do CEREST, embora este realize ações importantes de vigilância em ambientes de trabalho e de apoio técnico a municípios, sua capacidade de atuação direta sobre o trabalhador informal é limitada, uma vez que grande parte das ações são direcionadas ao ambiente de trabalho e não ao sujeito. Por fim, as entrevistas revelaram fragilidades na articulação interinstitucional, marcada por parcerias pontuais e burocráticas entre órgãos como o Ministério Público do Trabalho, o CEREST, a Vigilância em Saúde e os CRAS, o que dificulta uma resposta coordenada às necessidades do trabalhador informal adoecido.

Em síntese, os dados analisados evidenciam um cenário de desproteção estrutural, marcado pela informalidade do vínculo laboral e pela insuficiência das políticas públicas em reconhecer e atender as necessidades específicas desses trabalhadores. A ausência de ações sistemáticas, a fragmentação institucional e o desconhecimento das políticas nacionais comprometem a efetivação do direito à saúde e à proteção social dos trabalhadores informais, exigindo a rearticulação intersetorial e o fortalecimento da linha de cuidado da saúde do trabalhador, conforme preconiza a PNSTT.

Apresentamos um quadro-resumo, para ilustração:

Quadro 3 – Sistematização dos eixos de análise

Nº	Tema Central	Eixos de Análise
1	A centralidade da família na proteção social informal	Falas destacam que, na ausência de vínculos formais e benefícios estatais, familiares são os principais provedores de apoio durante o adoecimento.
2	Autoproteção financeira improvisada:	menções a reservas financeiras próprias ou estratégias de sobrevivência momentânea em casos de perda da capacidade laboral.
3	Barreiras ao acesso a benefícios previdenciários	Destaca-se a ausência de contribuição ao INSS e o desconhecimento de

		categorias como contribuinte facultativo de baixa renda.
4	Insuficiência das políticas públicas para a renda mínima	limitação dos benefícios eventuais e das políticas assistenciais diante do aumento da demanda pós-pandemia.
5	Ausência de abordagem ocupacional nas UBS	relatos indicam que os trabalhadores adoecidos raramente são questionados sobre sua ocupação durante o atendimento em saúde.
6	Dificuldade de identificação e registro de agravos relacionados ao trabalho	falta de notificação sistemática no SINAN e desconhecimento dos profissionais sobre os protocolos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT).
7	Campanhas de saúde sem foco no trabalhador informal	As ações são realizadas de forma genérica ou voltadas a empresas formais, com acesso dificultado aos trabalhadores por conta própria.
8	Falta de dados desagregados sobre informalidade	dificuldade dos serviços em acessar indicadores específicos sobre adoecimento de informais, comprometendo o planejamento das ações intersetoriais
9	Desconhecimento da PNSTT e suas diretrizes	maioria dos entrevistados declara conhecimento superficial ou inexistente da política, mesmo em instituições que deveriam implementá-la
10	Ações descontinuadas ou pontuais de educação permanente	redução ou ausência de atividades educativas e intersetoriais, especialmente no INSS, onde projetos foram interrompidos após 2020.
11	Atuação limitada do CEREST frente aos informais	Apesar de reconhecer o impacto das ações nos ambientes de trabalho, há dificuldades para alcançar diretamente os trabalhadores sem vínculo.
12	Falta de articulação interinstitucional contínua	relatos indicam que parcerias entre instituições como CEREST, INSS, CRAS e MPT são pontuais, burocratizadas e não sustentadas como política pública
13	Educação Permanente no SUS, fragmentado; nexos causais trabalho e adoecimento, notificações, CAT.	Falta de investigação do nexo causal trabalho-doença; incipiência de registro formal; dificuldade de orientações, medicalização individualizada do sofrimento.

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Os eixos de análise apresentados no quadro 4, permitiram identificar um conjunto de temas centrais que expressam as múltiplas dimensões da proteção social e da saúde no contexto do trabalho informal. As falas dos entrevistados revelam que, diante da ausência de vínculos formais e da insuficiência das políticas públicas, a família se constitui como principal eixo de suporte social e econômico, reafirmando a centralidade do “familismo”, conceito cunhado por Miotto (2018), para descrever a responsabilidade da família no autocuidado, ou como forma de proteção informal, especialmente em situações de adoecimento. Essa dependência das redes familiares, embora essencial para a sobrevivência imediata, evidencia a fragilidade estrutural das políticas estatais de proteção social e o deslocamento da responsabilidade do Estado para os indivíduos e suas famílias.

Outro aspecto recorrente nas narrativas (quadro 4) diz respeito às estratégias de autoproteção financeira improvisada, como a formação de pequenas reservas, trabalhos eventuais e redes de solidariedade comunitária, que se configuram como respostas individuais à insegurança econômica. Entretanto, essas estratégias mostram-se insuficientes diante da ausência de acesso aos benefícios previdenciários, marcada pelo desconhecimento sobre o INSS, sobre a figura do contribuinte facultativo de baixa renda e pela informalidade persistente. As políticas de transferência de renda e benefícios eventuais, especialmente no período pós-pandemia, revelaram-se limitadas, incapazes de responder à amplitude da precarização e à instabilidade laboral, o que reforça a insuficiência das políticas públicas de renda mínima.

No campo da saúde, as categorias que emergiram das entrevistas sistematizada no quadro 4, apontam a ausência de abordagem ocupacional nas Unidades Básicas de Saúde e a dificuldade de identificação e registro de agravos relacionados ao trabalho, revelando uma desconexão entre a prática cotidiana dos serviços e as diretrizes da PNSTT. As campanhas e ações educativas geralmente não contemplam o trabalhador informal, mantendo foco em vínculos formais e ambientes empresariais. Soma-se a isso a falta de dados desagregados sobre a informalidade, que compromete o planejamento das ações intersetoriais e a vigilância em saúde do trabalhador, dificultando a construção de indicadores que revelem a real magnitude do adoecimento nesse segmento.

Contudo, a PNSTT instituída pela Portaria GM/MS nº 1.823/2012, estabelece como objetivo geral “promover a saúde e reduzir a morbimortalidade dos trabalhadores, decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos”, reafirmando os princípios do SUS – universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. No entanto, os achados das entrevistas apontam que, no contexto local, grande parte dos trabalhadores informais permanece à margem do cuidado e da proteção social, revelando contradições na aplicabilidade da política.

Destacamos cinco pontos relevantes de discussão;

a) Lacunas na identificação do nexo trabalho-saúde:

Embora a PNSTT reforce a importância de identificar o nexo causal entre o processo de trabalho e o adoecimento, as entrevistas demonstraram que os serviços de atenção básica raramente investigam a ocupação do usuário. Profissionais relatam que não é prática corrente questionar sobre o trabalho durante o atendimento, o que inviabiliza a notificação adequada no SINAN e impede a consolidação de dados epidemiológicos sobre agravos relacionados ao trabalho.

Essa *lacuna* compromete a execução do Eixo I da PNSTT – Vigilância em Saúde do Trabalhador, que orienta a produção e utilização de informações para o planejamento e avaliação das ações em saúde do trabalhador. Além disso, contraria a diretriz de notificação compulsória de agravos relacionados ao trabalho, prevista na Portaria nº 204/2016 do MS e nos protocolos da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST).

Sobre a relação da rede de serviços à saúde do trabalhador informal:

(...) minha instituição realiza vigilância regional (...) tem que ficar em cima, porque se depender dos municípios da região sul, eles nem notificam. Eles nem sabem. Então, é um trabalho que a gente tem que estar insistindo e procurando os municípios, conversando com eles, capacitando, mostrando por que é importante eles fazerem essas notificações. (...) de vez enquanto os profissionais pedem, solicitam nossa capacitação, que venha no seu município para explicar aos profissionais sobre a importância disso da notificação de acidente de trabalho (P3)

Observa-se a ausência de questionamento sobre a atividade laboral durante os atendimentos, o que impede a identificação do nexo causal entre adoecimento e

condições de trabalho. Mesmo quando a relação é reconhecida, faltam registros formais, emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e encaminhamentos adequados para reabilitação.

Ao abordar o acesso a saúde, e a abordagem sobre relação do adoecimento laboral aos trabalhadores informais, alguns apontamentos se destacam:

Eu sofri um pequeno acidente, que foi que eu torci o tornozelo. Na empresa eles não me falaram nada, não me orientaram a nada (...) O acidente foi... uns momentos antes de eu entrar no trabalho. Fui na saúde (...) o médico não perguntou se eu estava indo para trabalho (...) ninguém falou de notificação (SUS6)
 (...) Eu tinha uma dor na coluna geralmente por estar muito tempo sentado no trabalho (...) foi a única vez que fiquei doente (...) procurei atendimento na saúde (...) ninguém fez orientação sobre cuidados pra saúde, nem perguntou no que trabalho (SUS8)
 (...) eu tinha muita dor nas costas, né, porque devido, às vezes, fazer as faxinas, que era meio puxar o móvel, essas coisas, eu sentia muita dor nas costas, quando era dia de faxina (...) quando procurei a saúde só me clamei, falei das dores. (...) em nenhum momento o médico perguntou do trabalho (SUS10)

Essa lacuna institucional contribui para a invisibilização dos agravos relacionados ao trabalho e para a tendência de redução do sofrimento físico e psíquico à esfera individual, desconsiderando os determinantes laborais que estruturam o processo saúde-doença. Importa, contudo, ponderar que essa invisibilidade não se restringe aos trabalhadores informais, mas atravessa o conjunto da classe trabalhadora, ainda que se manifeste de forma diferenciada conforme as condições de inserção no mundo do trabalho. Trata-se de um fenômeno que envolve múltiplas determinações, como fragilidades na vigilância em saúde do trabalhador, dificuldades no estabelecimento do nexo causal e limitações na organização dos serviços, não podendo ser reduzido, de forma simplista, à ausência ou ampliação de benefícios previdenciários.

No contexto do trabalho informal, marcado por precarização, instabilidade de renda e desproteção social, esse cenário assume contornos específicos: embora a ausência de cobertura previdenciária seja um elemento relevante, ela constitui apenas uma das dimensões do problema. Os trabalhadores informais tendem a enfrentar maiores barreiras de acesso às políticas públicas, adoecem em condições mais vulneráveis e, frequentemente, permanecem ou retornam ao trabalho sem condições adequadas de recuperação. Ainda assim, a compreensão desse processo exige

reconhecer que a precarização e a exclusão social não decorrem exclusivamente da falta de benefícios, nem podem ser equacionadas apenas no âmbito dos serviços de saúde ou da assistência social, demandando análise mais ampla das determinações estruturais que conformam o trabalho na sociedade contemporânea.

Segundo os autores Gomez e Minayo (2011) e Laurell e Noriega (1989), reconhecer o trabalho como determinante central da saúde é fundamental para qualificar a atenção, fortalecer notificações e integrar saúde, assistência e previdência, conforme preconiza a PNSTT.

b) Desarticulação intersetorial e fragilidade institucional:

A PNSTT prevê a intersetorialidade como princípio estruturante, enfatizando a articulação entre SUS, Ministério do Trabalho, Ministério da Previdência, Ministério Público e demais instâncias do Sistema de Seguridade Social. Entretanto, os relatos evidenciam que as ações interssetoriais são pontuais, descontínuas e excessivamente dependentes de iniciativas individuais. A atuação entre CEREST e MPT, por exemplo, é descrita como formal e hierárquica, com pouca fluidez e troca colaborativa contínua.

Também se destaca que a assistência social e o INSS não integram de modo sistemático ações conjuntas com a saúde do trabalhador, o que evidencia a ausência de um fluxo institucionalizado que possibilite a transversalidade do cuidado, ferindo o preconizado no Eixo IV da PNSTT – Fortalecimento da atenção integral à saúde do trabalhador.

A análise das falas dos profissionais entrevistados, quadro 1, também evidencia o desconhecimento da PNSTT e suas diretrizes, mesmo entre aqueles inseridos em instituições responsáveis por sua implementação. As ações de educação permanente e articulação intersetorial aparecem de forma fragmentada, descontínua e dependente de iniciativas pontuais, sobretudo após 2020. O CEREST, embora reconhecido como referência técnica, apresenta atuação limitada frente aos trabalhadores informais, devido à dificuldade de rastreamento, notificação e acompanhamento de casos sem vínculo formal. A falta de articulação interinstitucional contínua entre CEREST, INSS, CRAS e Ministério Público do Trabalho (MPT) reforça a fragilidade da rede de proteção e a ausência de uma política pública integrada e sustentada.

(...) sobre atendimento ao trabalhador informal, nesta instituição, era realizado o programa de educação (PEP), também tinha trabalho nas comunidades, junto aos sindicatos, junto aos movimentos sociais, mas já faz algum tempo que esse trabalho não acontece. Houve aí um desmonte dos serviços, e no momento a gente não tem realizado nenhuma ação. (...) Antes de 2020, o órgão realizava essas ações, e tinha projetos para quem era desempregado (...) E hoje, praticamente, não temos nenhuma hora disponível para fazer essas atividades externas. Isso, principalmente, depois da pandemia (...) desde 2017, o órgão iniciou processo de digitalização, e daí isso se manifestou de uma forma mais veemente com a pandemia (...) e agora o programa de gestão, também, muito vinculado à questão de cumprimento de metas e produtividade (...) Então, a nossa agenda diária é tomada por agendamento, e como eu já havia falado, o tempo que nós tínhamos, o espaço que a gente tinha de trabalho para poder realizar essas atividades, de palestras, junto aos serviços de saúde, a rede socioassistencial se reduziu, quer dizer, se extinguiu completamente (P5).

Essa falta de integração dificulta a criação de fluxos de cuidado integrados e impede a construção de respostas intersetoriais eficazes para os casos de adoecimento laboral.

Gomez e Minayo (2011) destacam que a intersectorialidade é um princípio central para a efetividade PNSTT, na medida em que os determinantes sociais da saúde exigem uma atuação conjunta entre diferentes políticas. No entanto, os resultados apontam que, na prática, os serviços ainda funcionam de forma fragmentada e isolada, o que compromete a integralidade do cuidado preconizada pelo SUS.

Esses trabalhadores, enfrentam barreiras burocráticas para acessar benefícios previdenciários ou assistenciais. A ausência de vínculos formais dificulta a comprovação de direitos e, muitas vezes, inviabiliza o acesso a auxílios durante períodos de afastamento por doença ou acidente. Essa desproteção coloca os indivíduos em um cenário de insegurança econômica e social, agravando os efeitos do adoecimento.

Para Antunes (2018), a expansão do trabalho informal e a consequente exclusão de milhões de trabalhadores dos sistemas de proteção social são expressões da precarização estrutural do trabalho no capitalismo contemporâneo. Essa realidade é ainda mais evidente diante da ausência de orientação sobre equipamentos de proteção individual (EPIs) e cuidados preventivos, o que aumenta

os riscos de acidentes e agravos à saúde, ao mesmo tempo em que reduz as possibilidades de amparo institucional.

Sob a perspectiva crítico-dialética, questionamos o descomprometimento do capital com ações de prevenção ao adoecimento e de proteção à saúde do trabalhador informal. Nesse contexto, a saúde do trabalhador se apresenta como uma das expressões mais visíveis das contradições do capital. A exploração da força de trabalho, visando à máxima extração de mais-valia, resulta em condições laborais precárias, jornadas exaustivas, metas inalcançáveis, pressão constante por produtividade e intensificação dos ritmos de trabalho – elementos que culminam em sofrimento físico, mental e social (Antunes, 2013; Seligmann-Silva, 2011).

O modo de produção capitalista, configura em um processo alienado, onde o trabalhador não se reconhece no produto do seu trabalho, pois este pertence ao capital, reforçando uma lógica de exploração e expropriação da força de trabalho (Marx, 2011).

A alienação do trabalho repercute diretamente na subjetividade dos trabalhadores, impactando suas condições de vida e saúde. A precarização das relações laborais, impulsionada por políticas neoliberais e pela flexibilização dos direitos trabalhistas, torna os trabalhadores ainda mais vulneráveis ao adoecimento e à exclusão social. A invisibilização das doenças relacionadas ao trabalho, a subnotificação dos agravos ocupacionais e a fragmentação das políticas públicas de saúde e seguridade social evidenciam o caráter estrutural da desigualdade e da injustiça social (Minayo-Gomez, Thedim-Costa, 1997; Laurell, 2003).

c) A Invisibilidade Institucional e desconhecimento de direitos:

Outro desafio está relacionado à baixa visibilidade dos trabalhadores informais nas políticas públicas. A política nacional é voltada a todos os trabalhadores, independentemente de vínculo formal, conforme reafirmado no art. 6º da Portaria nº 1.823/2012, mas, na prática, as ações ainda se concentram nos trabalhadores com carteira assinada ou nos ambientes laborais formais.

Nas atividades realizadas pela rede de proteção ao trabalhador informal;

(...) a saúde hoje no município atende a todos, algumas unidades tem horários ampliados e encaminham para os serviços que forem necessários (...) trabalhamos mais na linha da prevenção e promoção à saúde com as campanhas, vacinação aos trabalhadores, não tem

nada específico (...) promovemos as campanhas que englobam o todos e a oferta também do atendimento no SUS portas abertas (P2)

As campanhas de promoção da saúde e vacinação, realizadas pela Secretaria de Saúde, são voltadas principalmente para empresas, e raramente alcançam os informais, que enfrentam dificuldades de acesso devido à precariedade das jornadas e à informalidade das rotinas. Da mesma forma, o CEREST reconhece que as suas ações, embora atinjam os ambientes, nem sempre conseguem abranger de forma direta os trabalhadores informais, seja pela invisibilidade estatística, seja por ausência de mecanismos de monitoramento específicos.

A análise dos dados evidencia um quadro de invisibilidade institucional e de desconhecimento de direitos que impacta diretamente a saúde dos trabalhadores informais. Essa situação revela um vácuo na proteção social e nas políticas públicas, evidenciado pela ausência de fluxos claros para identificação, notificação e acompanhamento dos casos de adoecimento relacionados ao trabalho.

Segundo Gomez e Minayo (2011), a falta de informação sobre esses serviços compromete a efetividade das ações de vigilância em saúde do trabalhador, pois impede que o usuário reconheça os canais institucionais de denúncia, notificação e prevenção dos agravos relacionados ao trabalho.

Além disso, foi identificada a falta de conhecimento sobre benefícios sociais como BPC e o auxílio-doença, instrumentos fundamentais para garantir proteção mínima em situações de incapacidade laboral. Para Castel (1998), a ausência de informação e de acesso a esses mecanismos aprofunda a vulnerabilidade social, deixando os trabalhadores à margem das políticas de proteção.

Outro aspecto recorrente é a invisibilidade institucional dos adoecimentos relacionados ao trabalho. Profissionais de saúde raramente questionam os usuários sobre suas atividades laborais durante os atendimentos, o que dificulta o estabelecimento do nexos causal entre trabalho e adoecimento. Mesmo quando o vínculo é reconhecido, muitas vezes não há registro formal nem emissão de documentos como a CAT ou encaminhamentos adequados para reabilitação.

Grande parte dos trabalhadores informais desconhece seus direitos trabalhistas e previdenciários, bem como os instrumentos legais que poderiam viabilizar algum nível de proteção social, a exemplo do registro como Microempreendedor Individual (MEI), que possibilita a formalização simplificada, o

acesso à previdência social e a benefícios como auxílio-doença, salário-maternidade e aposentadoria.

Essa lacuna informacional evidencia limites das políticas públicas que, embora prevejam a inclusão desses sujeitos, não se materializam plenamente em estratégias efetivas de comunicação, educação social e busca ativa. Soma-se a isso a complexidade dos procedimentos, as barreiras digitais e institucionais e a ausência de ações intersetoriais contínuas, o que contribui para a baixa apropriação desses mecanismos e para a permanência de amplos contingentes de trabalhadores à margem dos sistemas de proteção social.

Segundo Castel (1998), essa ausência de informação contribui para a formação de uma “zona de vulnerabilidade social”, na qual indivíduos que não estão formalmente inseridos no mercado de trabalho encontram-se desprotegidos diante dos riscos e incertezas da vida laboral. Nesse contexto, o desconhecimento sobre direitos previdenciários e assistenciais, reforça a exclusão e precariza ainda mais as condições de existência.

Segundo Laurell e Noriega (1989), a saúde do trabalhador só pode ser efetivamente protegida quando há reconhecimento do trabalho como determinante do processo saúde-doença. A ausência desse olhar faz com que os serviços de saúde tratem os agravos de forma individualizada e biológica, desconsiderando os determinantes sociais e laborais do adoecimento.

O cenário torna-se ainda mais crítico quando se trata do trabalho informal, marcado pela precarização e pela ausência de vínculos empregatícios. Como aponta Antunes (2018), a expansão da informalidade insere grande parcela da classe trabalhadora em um contexto de superexploração, no qual os riscos de adoecimento físico e mental aumentam, mas o acesso à proteção social diminui.

Essa dinâmica gera um círculo vicioso: o trabalhador informal, frequentemente submetido a condições inseguras e desgastantes, adocece mais e, ao mesmo tempo, encontra maiores barreiras para ter seu agravo reconhecido e tratado como problema de saúde pública. A PNSTT, embora estabeleça diretrizes para a integralidade da atenção e a articulação intersetorial, ainda enfrenta desafios significativos para alcançar essa população (Brasil, 2012).

Ampliar a educação permanente dos profissionais de saúde sobre vigilância e notificações, além de fortalecer os CERESTs e a RENAST como espaços de

referência e acolhimento. Promover estratégias intersetoriais que garantam acesso aos benefícios sociais e reconhecimento do trabalho como determinante de saúde.

Como defende Laurell (1989), somente uma abordagem que integre saúde, trabalho e direitos sociais poderá romper o ciclo de exclusão e adoecimento dos trabalhadores informais.

d) Educação permanente e desconhecimento da PNSTT:

A política nacional também estabelece, no Eixo III – Desenvolvimento de ações de promoção e educação em saúde, a importância da formação continuada e da capacitação dos profissionais. Contudo, foi amplamente mencionado nas entrevistas o desconhecimento da PNSTT por parte dos gestores e profissionais dos serviços, inclusive aqueles diretamente vinculados à saúde e assistência.

A ausência de educação permanente compromete não apenas a aplicação da política, mas também a formação de redes de cuidado e a qualificação da abordagem integral ao trabalhador. No caso do INSS, por exemplo, houve relato de desmonte institucional do serviço social e a interrupção de programas de educação previdenciária voltados a populações vulneráveis, como trabalhadores informais e desempregados. Aponta-se também para ações focalizadas nos espaços de trabalho formais;

(...) esta instituição trabalha mais nas atividades de fiscalização, orientações para prevenção, para que os trabalhadores não adoecem nos espaços de trabalho formais. O órgão tem calendário nacional de ações sobre ações voltadas à saúde do trabalhador. Mas também realiza parcerias com empresas e instituições no município, por meio de seminários e ações de educação permanente/prevenção, sempre que algum setor convida a participar de seminários, vai alguém do órgão para falar da segurança no trabalho, legislações, CIPAs etc.(P7)

A educação permanente em saúde é fundamental para a efetiva operacionalização da PNSTT, pois qualifica os profissionais para reconhecer o trabalho como determinante do processo saúde-doença. Por meio de capacitações contínuas, os serviços de saúde podem aprimorar a identificação, notificação e registro dos agravos relacionados ao trabalho, além de fortalecer os fluxos de cuidado integrados entre atenção básica, vigilância, CEREST e demais setores.

(...) algumas ações que são desenvolvidas, são focadas na promoção à saúde que estão vinculadas à educação permanente (...) educação permanente é um meio para a promoção da saúde do trabalhador. (...) o nosso foco na parte de notificação para que esses dados venham a eclodir e se torne cada vez mais fidedignos à realidade de cada situação geográfica é relacionado à educação permanente. (...) eu acredito que para que esses dados venham a se tornar um pouco mais fidedignos à realidade de cada situação é através das educações permanentes (...) contudo, a equipe é reduzida para atender um quantitativo de profissionais para dar conta de toda uma região (P4).

Desse modo, destaca-se as dificuldades no processo das ações de educação permanente, ora por equipes reduzidas ora pela fragmentação das ações no SUS, além da dificuldade de estabelecer o nexo causal entre trabalho e adoecimento, o que resulta em práticas de atendimento medicalizadas e centradas no indivíduo, em detrimento da compreensão coletiva e social dos determinantes do processo saúde-doença. Em síntese, as categorias revelam que a efetivação da PNSTT no contexto da informalidade encontra barreiras estruturais e simbólicas que atravessam as políticas de saúde e assistência, evidenciando a distância entre o preconizado nas normativas e o vivido nos territórios.

Segundo Gomez e Minayo (2011), a atualização constante das equipes amplia a capacidade de vigilância em saúde do trabalhador e potencializa a atuação intersetorial, favorecendo a articulação entre saúde, assistência e previdência. Assim, a educação permanente se torna estratégica para garantir a integralidade da atenção e efetivar os princípios da PNSTT no cotidiano dos serviços.

e) **Familismo e redes de apoio à Proteção Social em Situações de Adoecimento:**

Os achados da pesquisa evidenciam que, em contextos de adoecimento entre trabalhadores informais, a proteção social está fortemente ancorada no familismo e nas redes de apoio comunitárias, funcionando como substitutos diante da ausência de mecanismos estatais efetivos. A inexistência de benefícios formais, como licença médica remunerada ou cobertura previdenciária, leva os indivíduos a dependerem majoritariamente de arranjos familiares e pessoais para assegurar a reprodução social mínima e a sobrevivência durante períodos de afastamento do trabalho.

Quando abordado sobre adoecimento durante os trabalhos informais e benefícios acessados;

(...) Fiquei afastada do meu trabalho por adoecimento mental. Não conseguia ir trabalhar por quase um ano (...) quem me ajudava financeiramente era esposo, não recebia nenhum benefício (SUS2).
 (...) Não trabalhou, não recebe (...) quem é que paga as contas e ajudava era a família, né? Fiquei quase um ano doente (...) nesse período a minha família ajudou, a minha irmã me ajudou muito. Sempre teve alguém da família para ajudar tá (SUAS8)

Segundo Mioto (2018), o familismo caracteriza-se pela centralidade da família como pilar da proteção social em contextos nos quais o Estado é incapaz de prover respostas adequadas às necessidades dos cidadãos. Essa lógica transfere para os núcleos familiares responsabilidades que deveriam ser de caráter público, como a manutenção da renda e o cuidado durante situações de vulnerabilidade. No caso investigado, os depoimentos revelam que, durante o adoecimento, os trabalhadores recorrem ao apoio financeiro de cônjuges, mães ou filhos, muitas vezes sustentados por benefícios assistenciais, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Assim, a renda familiar coletiva torna-se a principal fonte de segurança, substituindo o papel das políticas sociais universais.

Além do suporte direto dos familiares, os entrevistados relataram a utilização de poupanças pessoais ou pequenas reservas financeiras como estratégias de proteção, demonstrando a adoção de mecanismos preventivos informais diante da ausência de cobertura estatal. Para aqueles sem reservas, destacam-se as redes de solidariedade – como vizinhos, comunidades religiosas e grupos locais – que fornecem ajuda material e emocional em períodos críticos. Essas redes funcionam como "amortecedores sociais" que, embora não substituam políticas públicas efetivas, contribuem para reduzir os impactos imediatos da falta de proteção institucional.

No que diz respeito sobre a organização do trabalhador informal ao adoecer:

(...) fiquei no repouso porque afetou muito o meu corpo, sabe? Foi uma crise muito forte, eu quase pensei que ia morrer. (...) no meu trabalho não pagaram, mas assim... Me deram o tempo pra me curar, né. Só perguntaram assim se eu ia voltar pra trabalhar. Não, claro que eu vou. Nesse meio tempo, eu tinha reserva, eu tinha conta no banco, eu tinha dinheiro (SUAS13).
 (...) no momento que adoeci eu não tinha dinheiro para fazer o que eu precisava fazer (...) Não tinha uma caixinha, reserva guardada, não tinha nada. O meu sogro me ajudou (SUAS10).
 (...) trabalho de bico há cinco anos, pelo menos (...) fiquei sem renda, aconteceu quando eu precisei ir morar na casa da minha mãe (SUS3).

Para Mioto (2018) a sobrecarga das famílias e comunidades como provedores de proteção social reforça um modelo focalizado e seletivo, no qual o acesso a direitos depende das condições relacionais dos sujeitos e não da universalidade garantida pelo sistema de seguridade. Essa realidade evidencia a contradição das políticas sociais brasileiras: ao mesmo tempo em que proclamam a universalidade do direito à saúde e à proteção social, delegam às famílias o ônus de garantir cuidados e sustento, sobretudo para trabalhadores informais desprovidos de vínculos formais de trabalho.

Portanto, os achados revelam que o familismo opera como estratégia central de enfrentamento das situações de adoecimento entre trabalhadores informais, em associação com práticas como a constituição de reservas financeiras e a mobilização de redes de solidariedade comunitária. Contudo, essa dinâmica aprofunda desigualdades, já que o acesso à proteção depende da capacidade de cada família de prover suporte material e emocional. Segundo Mioto (2018), é urgente repensar a articulação entre Estado, família e sociedade civil, a fim de superar a lógica de responsabilização individual e fortalecer políticas públicas universais que garantam, de fato, a proteção social em contextos de vulnerabilidade.

A confrontação entre o conteúdo das entrevistas e os princípios da PNSTT revela uma distância considerável entre a política formal e a realidade vivida pelos trabalhadores informais no território investigado. Os desafios observados – que vão desde a invisibilidade do trabalhador informal nas notificações, passando pela desarticulação entre setores, até o desconhecimento da política por parte dos próprios agentes institucionais – reforçam a necessidade de reorganização do processo de trabalho no SUS e nas instituições correlatas, para que se possa garantir o direito à saúde como parte da proteção social do trabalho.

Torna-se fundamental avançar para uma análise de caráter interpretativo que articule, de forma mais explícita, a estrutura social da informalidade — historicamente constituída e marcada por desigualdades — às contradições entre a proteção social “em tese”, assegurada no plano normativo, e sua efetivação “em prática”, frequentemente limitada e fragmentada. Nesse movimento, é necessário evidenciar os mecanismos de invisibilidade institucional que atravessam a identificação, o registro e o acompanhamento dos agravos relacionados ao trabalho, bem como problematizar as relações intersetoriais e as responsabilidades do Estado na garantia

de direitos, considerando os limites de articulação entre políticas como saúde, assistência social e previdência.

Tal abordagem permite, ainda, incorporar a dimensão subjetiva do trabalho precário, reconhecendo os processos de subjetivação e as formas de sofrimento que emergem em contextos de instabilidade, insegurança e desproteção, sem dissociá-los das determinações estruturais que conformam a informalidade no Brasil.

Nesse contexto, a saúde do trabalhador se apresenta como uma das expressões mais visíveis das contradições do capital. A exploração da força de trabalho, visando à máxima extração de mais-valia, resulta em condições laborais precárias, jornadas exaustivas, metas inalcançáveis, pressão constante por produtividade e intensificação dos ritmos de trabalho – elementos que culminam em sofrimento físico, mental e social (Antunes, 2013; Seligmann-Silva, 2011).

A alienação do trabalho repercute diretamente na subjetividade dos trabalhadores, impactando suas condições de vida e saúde. A precarização das relações laborais, impulsionada por políticas neoliberais e pela flexibilização dos direitos trabalhistas, torna os trabalhadores ainda mais vulneráveis ao adoecimento e à exclusão social. A invisibilização das doenças relacionadas ao trabalho, a subnotificação dos agravos ocupacionais e a fragmentação das políticas públicas de saúde e seguridade social evidenciam o caráter estrutural da desigualdade e da injustiça social (Minayo-Gomez, Thedim-Costa, 1997; Laurell, 2003).

No âmbito das legislações, a Política Nacional de Saúde do trabalhador e trabalhadora (2012) possui interface com demais políticas públicas de forma intersetorial, assim, compete observar as normativas legais da Seguridade Social (SUS, SUAS, INSS) no que diz respeito à proteção social ao trabalhador informal. Com a PNAD contínua, temos uma amostra mais recente de quem são os sujeitos que realizam trabalho informal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa responde ao objetivo central ao articular, de forma crítica e situada, a análise da estrutura social da informalidade com a materialização da proteção social prevista na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) em um município de médio porte do sul catarinense. Por meio de abordagem qualitativa, sustentada em revisão teórico-crítica e investigação empírica com trabalhadores informais, o estudo evidencia as contradições entre o desenho normativo da política — que pressupõe integralidade, intersetorialidade e universalidade — e sua efetivação concreta, marcada por fragmentação institucional, baixa articulação entre setores e limitada capilaridade das ações voltadas a esse público.

Ademais, identifica-se que a invisibilidade institucional do trabalho informal contribui para a subnotificação de agravos relacionados ao trabalho, ao mesmo tempo em que desloca o sofrimento físico e psíquico para a esfera individual, obscurecendo seus determinantes sociais. A pesquisa também demonstra que o desconhecimento de direitos e a fragilidade das estratégias de educação e comunicação pública reforçam barreiras de acesso à proteção social. Assim, ao integrar análise estrutural, institucional e subjetiva, o estudo explicita os principais desafios para a efetivação da PNSTT no contexto da informalidade, contribuindo para o debate sobre a necessidade de reconfiguração das práticas estatais e ampliação das estratégias de inclusão e cuidado desses trabalhadores.

A confrontação entre o conteúdo das entrevistas e os princípios da PNSTT revela uma distância considerável entre a política formal e a realidade vivida pelos trabalhadores informais no território investigado. Os desafios observados – que vão desde a invisibilidade do trabalhador informal nas notificações, passando pela desarticulação entre setores, até o desconhecimento da política por parte dos próprios agentes institucionais – reforçam a necessidade de reorganização do processo de trabalho no SUS e nas instituições correlatas, para que se possa garantir o direito à saúde como parte da proteção social do trabalho.

Há uma trajetória histórica que nos apresenta diretamente a configuração do mercado de trabalho brasileiro. A informalidade é hoje multifacetada, assumindo diferentes rostos: do autônomo precarizado ao microempreendedor individual (MEI),

passando por trabalhadores por conta própria e por aqueles inseridos em plataformas digitais, aqueles sem vínculos formais de trabalho, todos marcados pela insegurança, ausência de direitos e instabilidade. A informalidade contemporânea, nesse sentido, é tanto herança histórica como resposta das estruturas capitalistas a crises e processos de reestruturação produtiva.

Dessa forma, a leitura sócio-histórica da informalidade brasileira revela que as raízes do trabalho informal não podem ser compreendidas apenas pelas lentes do presente, mas precisam ser interpretadas como resultado de um longo processo de desenvolvimento desigual, subordinado e excludente. O passado colonial e escravista não é um episódio superado, mas uma matriz que segue orientando as relações sociais e as políticas públicas, influenciando diretamente o modo como o Estado brasileiro encara a proteção social do trabalhador informal.

É necessário avançar na formação dos profissionais, na estruturação de redes intersetoriais de cuidado, na produção de dados qualificados sobre o trabalho informal e, sobretudo, no reconhecimento político-institucional da informalidade como uma realidade estruturante das relações de trabalho no Brasil, que exige políticas públicas efetivamente inclusivas, integradas e orientadas pelos princípios constitucionais da seguridade social.

Os achados da pesquisa revelam um descompasso entre as diretrizes da PNSTT e a prática cotidiana dos serviços de saúde. A ausência de questionamentos sobre o trabalho, a falta de registro do nexo causal e o desconhecimento sobre direitos e benefícios consolidam um processo de invisibilização institucional que perpetua a vulnerabilidade dos trabalhadores informais.

Para enfrentar esse cenário, torna-se imprescindível: fortalecer a educação permanente dos profissionais de saúde em temas de vigilância e notificação de agravos, bem como consolidar os CERESTs e a RENAST como espaços de referência e acolhimento aos trabalhadores. Além disso, é essencial desenvolver estratégias intersetoriais que assegurem o acesso aos benefícios sociais e promovam o reconhecimento do trabalho como um determinante fundamental da saúde.

7 LIMITAÇÕES E DESAFIOS

Toda pesquisa, independentemente do método adotado, pode apresentar limitações, dependendo de inúmeros fatores como corrente de pensamento, abordagem utilizada pelo pesquisador e também pelo leitor. No entanto cabe aqui ressaltar algumas características do método adotado pela pesquisadora que implicam nas limitações desta pesquisa, que conjugam a uma abordagem qualitativa, a partir de interações sociais do pesquisador com o fenômeno pesquisado, no intuito de apreender o significado que ela dá a sua condição sobre a realidade vivenciada, as quais não podem ser quantificadas (Minayo, 2005).

Apresenta-se como limite desse estudo a execução do processo metodológico no que diz respeito aos sujeitos envolvidos, ou seja, se foram os trabalhadores informais e profissionais adequados ao objetivo da pesquisa, considerando a complexidade do tema e dos atores envolvidos, pois poderiam compor a amostra da pesquisa, mais gestores, mais serviços da rede, cobrindo todos os serviços do município, uma amostragem maior do município.

Como limite também, apontamos a metodologia que permite um recorte do cenário, mas não permite olhar para a cidade como um todo, em função do tempo de execução da pesquisa, e de uma metodologia mais robusta que envolva outros participantes para melhor cobertura da temática e dos atores envolvidos. Quanto ao roteiro de entrevistas semiestruturadas, também se observa que pode ser um limitante, condicionando o tema a ser discutido, e escapando à realidade vivenciada pelos partícipes.

Por outro lado, a pesquisa qualitativa oferece uma abordagem aprofundada e rica para compreender as complexidades dessas especificidades do trabalho informal em um município de grande porte. Possibilita encontrar as causas dos problemas e esclarecê-las. Ao contrário de métodos quantitativos, uma pesquisa qualitativa permite explorar as experiências, percepções e contextos sociais dos trabalhadores informais, proporcionando uma visão holística e contextualizada. Essa abordagem pode revelar nuances que números e estatísticas por si só não capturaram, permitindo uma compreensão mais completa das dinâmicas subjacentes ao trabalho informal.

Além disso, ao dar voz aos participantes da pesquisa, ela contribui para a inclusão de perspectivas diversas, muitas vezes negligenciadas em análises mais

generalizadas. A pesquisa também oferece a oportunidade de identificar padrões emergentes, fatores motivadores e desafios específicos dos trabalhadores informais no contexto local, fornecendo insights importantes para a formulação de políticas públicas mais adequadas e a implementação de programas de apoio mais alinhados com as necessidades reais da comunidade e dos trabalhadores.

No que se refere aos desafios, esses atravessam tanto o campo empírico quanto o teórico-analítico. No plano empírico, destacou-se a dificuldade de acesso aos trabalhadores informais, cuja inserção precária e fragmentada no mercado de trabalho os mantém, muitas vezes, à margem das instituições públicas e das redes de proteção social. A ausência de registros formais e a instabilidade das ocupações dificultaram o mapeamento e a aproximação com esse grupo, exigindo da pesquisadora sensibilidade e estratégias éticas para o estabelecimento de vínculos e a construção da confiança necessária às entrevistas.

Em um universo tão amplo de profissionais informais, conseguimos uma amostra de algumas categorias, mas tantos outros que possuem *modus operandi* distintos não acessamos, a exemplo do chapa, motorista de aplicativos entre outros.

No campo teórico, o desafio residiu em articular as categorias construídas — como invisibilidade institucional, acesso fragmentado à rede de proteção social e ausência de nexo causal — às diretrizes da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), de modo a evidenciar as lacunas entre o que é preconizado pela política e o que se concretiza no cotidiano dos serviços do SUS e do SUAS. A leitura crítica, amparada na teoria social do trabalho, demandou um esforço de interpretação que ultrapassasse a descrição dos dados, buscando compreender as determinações estruturais que condicionam a informalidade e os limites da proteção social à saúde desses sujeitos.

Ainda nesse campo, o acesso e a organização de dados secundários provenientes das instituições governamentais constituíram um dos entraves da pesquisa. Ora pela dificuldade em obter informações atualizadas, consistentes e de livre acesso, ora por demandar da pesquisadora um tempo hábil que a mesma não detinha, em função de jornada de trabalho.

Tais desfechos demandaram limitações distintas, essas lacunas impactaram a análise comparativa e o cruzamento de dados, exigindo maior tempo e esforço na busca por fontes complementares.

Em suma, a pesquisa permite dar visibilidade ao trabalhador informal por meio da produção conhecimento, provocar discussões profícuas nos diversos espaços acadêmicos e sociais, a fim de promover mudanças significativas e inclusivas aos sujeitos que realizam atividades remuneradas sem vínculos formais de trabalho.

REFERÊNCIAS

ABÍLIO, Ludmila Costhek. Relatório de pesquisa: informalidade e periferia no Brasil contemporâneo. In: **Trajetórias da informalidade no Brasil contemporâneo compõe a coleção Reconexão Periferias**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2021, p.13-40

AGÊNCIA GOV. **Taxa de desocupação recua e emprego com carteira bate recorde no trimestre encerrado em maio**. Agência Gov, 28 jun. 2025. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202506/taxa-de-desocupacao-recua-e-emprego-com-carteira-bate-recorde-no-trimestre-encerrado-em-maio>. Acesso em: 10 jun. 2025.

ANTUNES, Ricardo. **Os Sentidos do Trabalho: Ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo; 5ª edição, 2013.

ANTUNES, Ricardo. **Os Sentidos do Trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2009.

ALEXANDRE, Jorge. Plataforma RENAST. **MS institui Política Nacional de Saúde do Trabalhador**. 2012. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/noticias/ms-institui-politica-nacional-saude-trabalhador>. Acesso em: 25 agot. 2021.

ALMEIDA, Wanessa da Silva de et al. Mudanças nas condições socioeconômicas e de saúde dos brasileiros durante a pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 23, p. 1-14, set. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200105>. Acesso em: 07 ago. 2021.

BARDIN, Laurence. **Análise do Conteúdo**. 4 ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARRIENTOS, Armando. Social protection and poverty. **International Journal of Social Welfare**, v. 20, n. 3, p. 240-249, 2011.

BARROS, J. O. et al. Intersetorialidade em saúde e trabalho no contexto atual brasileiro: utopia da realidade? Interface – **Comunicação, Saúde, Educação** (Botucatu), v. 24, e190303, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.190303>

BEHRING, Elaine Rossetti. Fundamentos de Política Social In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006, p. 1-27

BEHRING, Elaine Rossetti e BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 6. ed.- São Paulo: Cortez, 2009

BENACH, Joan et al. Precarious employment: understanding an emerging social determinant of health. **Annual Review of Public Health**, v. 35, p. 229-253, 2014.

BERNARDINO, Débora; ANDRADE, Marilda. Trabalho Informal e as Repercussões para a Saúde do Trabalhador: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v., n. 7, p. 149-158, 18 dez. 2015. Health Sciences Research Unit: Nursing. <http://dx.doi.org/10.12707/riv14049>. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000700016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 nov. 2020.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade Social na América Latina. In: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine Rossetti. **Política Social no Capitalismo, tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008. p. 280.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Saúde do trabalhador**. (Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família: Cadernos 5). 2ªed., Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p.66

BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Normas Operacional Básica - Nob/Suas**. Brasília, nov. 2005. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASIL. **Medida Provisória Nº 1.000**. Brasília, 02 set. 2020. Institui o auxílio emergencial residual para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv1000.htm. Acesso em: 25 nov. 2022.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). **Perfil dos Beneficiários e das Receitas do Regime Geral de Previdência Social – PBEFRGPS**. Brasília, DF: Ministério da Previdência Social, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/previdencia/pt-br/assuntos/previdencia-complementar/mais-informacoes/arquivos/pbefrgps_el.pdf. Acesso em: 25 ago. 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.823**, Brasília, 23 ago. 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 07 dez. 2020.

BEATRIZ PUENTE. Cnn. **60% dos trabalhadores informais no Brasil fazem “bicos” para sobreviver, diz estudo**. 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/economia/60-dos-trabalhadores-informais-no-brasil-fazem-bicos-para-sobreviver/>. Acesso em: 20 out. 2023.

BOUVIER, Guilhem; et al. **Labour market transitions in the time of Covid in Brazil**. Paris: Dial/IRD, 2022. Disponível em: <https://dial.ird.fr/wp-content/uploads/2021/11/2022-02-Bouvier-et-al-2022-Labour-market-transitions-in-the-time-of-Covid-in-Brazil-TD-version-finale-22-avril.pdf>. Acesso em: 12 abril 2025.

PRADO JÚNIOR, Caio. **Formação do Brasil Contemporâneo**. 24. ed. São Paulo: Brasiliense, 2000.

CACCIAMALI, Maria Cristina. Globalização e processo de informalidade. **Economia e Sociedade, Campinas**, SP, v. 9, n. 1, p. 153–174, 2016. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ecos/article/view/8643124>. Acesso em: 20 set. 2023.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 1998.

CARVALHO, Marcelo Soares de. Cuba: relações de trabalho, subdesenvolvimento e resistência. **Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política**, RJ, n.50, p.92-111, 2018. Disponível em: <https://revistasep.org.br/index.php/SEP/article/view/400>. Acesso em 31 mar 2024.

CHEN, Martha Alter. The informal economy: definitions, theories and policies. **WIEGO Working Paper**, n. 1, 2012.

CORSEUIL, Carlos Henrique; REIS, Mauricio Cortez; BRITO, Alessandra Scalioni. Critérios de classificação para ocupação informal: Consequências para a caracterização do setor informal e para a análise de bem-estar no Brasil. **Estud. Econ.**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 5-31, mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-41612015000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 07 maio 2022.

COSEMS. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina. **Gestão municipal dos serviços de saúde**. Florianópolis, 03 fev. 2021; Disponível em: https://www.cosemssc.org.br/wp-content/uploads/2021/02/Nota-Informativa-COSEMS-SC-n%C2%BA-005_2021-Gest%C3%A3o-1.pdf. Acesso em: 15 ago. 2023.

COSTA, Danilo et al. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 11-21, jun. 2013. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/8j9nbYrQgSd7kjKs4tBqJMk/?lang=pt>. Acesso em: 07 ago. 2023.

DA ROS, Marco Aurélio. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKY, Marcos. et al. (Orgs.). **A saúde em debate na educação física**. v. 2. Blumenau: Nova Letra, 2006.

DIEESE. As dificuldades do trabalho doméstico remunerado no Brasil: um trabalho de cuidados. **Boletim Especial**, abr. 2025. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/boletimespecial/2025/trabalhoDomestico.html>. Acesso em: 02 abril 2025.

HARVEY, David. **O novo imperialismo**. São Paulo: Loyola, 2005.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. **Raízes do Brasil**. 26. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

ESCOREL, Sarab; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade. et al. (Orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59 – 82.

FACCHINI, Luiz Augusto. et al. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 857–867, out. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Cr8R3Fy3ZyKt95gJqS3sVMF/#>. Acesso em 03 abr 2024.

FLEURY, Sonia. Coesão e seguridade social. In: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura (Org.). **Seguridade Social, Cidadania e Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009 p.204.

FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

FERNANDES, Florestan. **A Integração do Negro na Sociedade de Classes**. Volume 1. São Paulo: Ática, 1978.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. **Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 481-502, 2017.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1995.

GOMES, Jairo. Agência Brasil. **Número de trabalhadores sem carteira assinada é recorde no Brasil**. 2019. Disponível em: <https://www.blogdojairogomes.com/2019/09/numero-de-trabalhadores-sem-carteira.html>. Acesso em: 14 jan. 2020.

GOMEZ-MINAYO, Carlos; THEDIM-COSTA, Samya. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, suppl. 2, p. 21-32, 1997.

GOMEZ-MINAYO, Carlos. Campo da Saúde do Trabalhador: trajetória, configuração e transformações IN: MINAYO-GOMEZ, C., MACHADO, J.M.H., and PENA, P.G.L., comps. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. p.23-34.

GOMEZ-MINAYO, Carlos. **Saúde do trabalhador: conceitos, história e trajetória no Brasil**. In: Cadernos de Saúde Pública, v. 29, n. 10, p. 1874-1876, 2013a.

GOMEZ-MINAYO, Carlos. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 21-25, jun. 2013b.

GOMEZ-MINAYO, Carlos; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, 2018. p.1963 - 1970.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IANNI, Octavio. **Origens agrárias do Estado Brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **PNAD Contínua**: taxa de desocupação é de 7,8% no trimestre encerrado em dezembro de 2023. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/37989-pnad-continua-taxa-de-desocupacao-e-de-7-8-e-taxa-de-subutilizacao-e-de-17-7-no-trimestre-encerrado-em-agosto>. Acesso em: 05 abril 2025.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: Notas metodológicas, número 1**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>. Acesso em: 18 set. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Setor e emprego informal no Brasil**: análise dos resultados da nova série do sistema de contas nacionais. 2008. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=240299>. Acesso em: 19 abr. 2023.

IBGE. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **PNAD Contínua**: Taxa anual de desocupação foi de 6,6%, enquanto a taxa de subutilização foi de 16,2% em 2024. Agência IBGE, 15 fev. 2025a. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/42530-pnad-continua-em-2024-taxa-anual-de-desocupacao-foi-de-6-6-enquanto-taxa-de-subutilizacao-foi-de-16-2>. Acesso em: 10 jun 2025.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2022**: IBGE Cidades. 2025b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/criciuma/panorama>. Acesso em: 15 set. 2025.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PNAD Contínua: principais destaques da evolução do mercado de trabalho no Brasil 2012-2024**. Rio de Janeiro, 2025. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de

_Domicilios_continua/Principais_destaques_PNAD_continua/2012_2024/PNAD_cont inua_retrospectiva_2012_2024.pdf. Acesso em: 20 set.25c.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

ILO.INTERNATIONAL LABOUR OFFICE. **Women and men in the informal economy: a statistical picture**. 3. ed. Geneva: ILO, 2018

ILO – International Labour Organization. **World Social Protection Report 2014/15**. Geneva: ILO, 2014.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Trabalho precário e informalidade: desprecariando suas relações conceituais e esquemas analíticos**. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro, Ipea , 2021.

GALEANO, Eduardo. **As veias abertas da América Latina**. Tradução de Galeano, Eduardo. 50. ed. Rio de Janeiro: L&PM, 2010.

KONDER, Leandro. **O que é dialética**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 2008.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 757–766, abr. 2007

LANCMAN, Selma et al. Intersetorialidade na saúde do trabalhador: velhas questões, novas perspectivas? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4033-4044, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.27572018>

LARA, Ricardo; HILLESHEIM, Jaime. **Modernização trabalhista em contexto de crise econômica, política e sanitária**. 2020. Disponível em:<https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/51110/51110.PDF> . Acesso em: 06 set. 2022.

LUNETAS. **Iniciativas que consideram o trabalho de cuidado das mulheres**. 2 mai. 2024. Disponível em: <https://lunetas.com.br/iniciativas-que-consideram-o-trabalho-de-cuidado-das-mulheres/>. Acesso em: 01 abril 2025.

LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LAURELL, Asa Cristina. **A saúde-doença como processo social: as contribuições da medicina social latino-americana**. In: NUNES, E. D. (Org.). Saúde e Sociedade. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 123-143.

MACEDO, Renata Mourão; MEDEIROS, Thamires Monteiro de. Marcadores sociais da diferença, interseccionalidade e saúde coletiva: diálogos necessários para o ensino em saúde. **Saúde em Debate**, v. 49, n. 144, p. e9507, 2025.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. Livro I: O processo de produção do capital. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2011. (Original publicado em 1867).

MENDES, Jussara Maria Rosa; WÜNSCH, Dolores Sanches; COUTO, Berenice Rojas. Verbete Proteção Social. In: CATTANI, A. D.; HOLZMANN, L.. **Dicionário de trabalho e tecnologia**. Porto Alegre: Editora da Ufrgs, 2006. p.112-115.

MENDES, Jussara Maria Rosa; DOLORES, Sanches Wünsch. Elementos para uma nova cultura em segurança e saúde no trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. 2007;32(115):153-163. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=100515514014>. Acesso em: 10 ago. 2023.

MENDES, René ; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 341–349, 1991.

MÉSZÁROS, István. **A crise estrutural do capital**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2011

MERHY, Emerson Elias. **A saúde pública como política**: Um estudo de formuladores de políticas. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAS GERAIS. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Construindo ações de Saúde do Trabalhador no âmbito das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde**. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2839.pdf> . Acesso 12 out. 2023

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 9ª ed. 2006.

MINAYO, M. C. de S. (org.) et al. **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. 31 ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. **Mortalidade no trabalho cresce em 2022 e acidentes notificados ao SUS batem recorde**. Sergipe, 2023. Disponível em: <https://www.prt20.mpt.mp.br/informe-se/noticias-do-mpt-se/1130-mortalidade-no-trabalho-cresce-em-2022-e-acidentes-notificados-ao-sus-batem-recorde>. Acesso em: 15 abril 2023.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. Proteção social, familismo e redes: uma análise das relações entre Estado, família e sociedade. **Revista Temporalis**, v. 18, n. 36, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22530>

MIZAEL, Táhcita Medrado; CASTRO, Marina Souto Lopes Bezerra de. Opressão racial e de gênero: Uma interpretação analítico-comportamental a partir do pensamento de Patrícia Hill Collins. **Perspectivas em Análise do Comportamento**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 073–085, 2024. DOI: 10.18761/abo01a.0. Disponível em:

<https://revistaperspectivas.org/perspectivas/article/view/1072>. Acesso em: 10 jun. 2025.

NARDI, Henrique Caetano; RAMMINGER, Tatiana. **Políticas públicas em saúde mental e trabalho: desafios políticos e epistemológicos**. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 32, n. 2, p. 374–387, 2012.

OSÓRIO, Jaime. O marxismo latino-americano e a dependência. In: **Dependência e marxismo: contribuições ao debate latino-americano**. Florianópolis: Insular, 2016.

OURIQUES, Nildo Domingos. Estados e políticas públicas na América Latina. In: NOGUEIRA, Francis Mary Guimarães. **Estado e políticas sociais no Brasil**. Cascavel: Edunioeste, 2001. p. 27-42.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. v.21, n.1, p.15-35, jan. - mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2025.

PEIXOTO JÚNIOR, Júlio César; MIEBACH, Alessandro Donadio. **As novas relações de trabalho e seus impactos na sustentabilidade da previdência social**. 2023. 26 f. TCC (Graduação) - Curso de Ciências Econômicas, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2023. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/266870>. Acesso em: 05 set. 2023.

PEREIRA, Bruna Cristina Jaquetto. Sobre usos e possibilidades da interseccionalidade. Civitas - **Revista de Ciências Sociais**, v. 21, n. 3, p. 445–454, set. 2021.

PINHEIRO, Rita Maria. O patriarcado na trajetória das trabalhadoras informais: mulheres invisibilizadas In: **Trajetórias da informalidade no Brasil contemporâneo compõe a coleção Reconexão Periferias**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2021, p.95-107

RACHTER, Laísa. Portal FGV. **Uma radiografia dos “invisíveis” do auxílio emergencial**. 2021. Disponível em: <https://portal.fgv.br/artigos/radiografia-invisiveis-auxilio-emergencial>. Acesso em: 07 ago. 2021.

RAMOS, Daniela Cristina da Silva. **Transdisciplinaridade em saúde: uma análise integrativa da literatura**. 2009. 189 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2009. Disponível em: <https://acervodigital.unesp.br/handle/11449/98369>. Acesso em: 01 ago. 2023.

RENAST. Políticas em saúde do trabalhador. **Plataforma Renast Online**. Rio de Janeiro. 2012. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/politicas-saude-trabalhador>. Acesso em: 02 ago. 2023.

SANTOS, Ana Paula Lopes dos. LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde do Trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios. IN: MINAYO-GOMEZ, C., MACHADO, J.M.H., and PENA, P.G.L., comps. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. p.87-105

SANTOS, Aline et al. Beta Redação. **Saúde e segurança do trabalhador são prejudicados pela subnotificação**. 2018. Disponível em: <https://medium.com/betaredacao/sa%C3%BAde-e-seguran%C3%A7a-do-trabalhador-s%C3%A3o-prejudicadas-pela-subnotifica%C3%A7%C3%A3o-f10939782946>. Acesso em: 30 abril 2024.

SANTOS, Sibele de Jesus; COMPER, Maria Luiza Caires. Saúde, gênero e invisibilidade no trabalho doméstico não remunerado. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 49, n. especial 2 ago, 2025.

SASAKI, Maria Amélia; MENEZES, Ione Vasques. Trabalhador informal e Previdência Social: o caso dos trabalhadores por conta própria de Brasília-DF.. **Política & Sociedade**, Florianópolis, v. 11, n. 21, p. 173-197, 15 ago. 2012. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

SELIGMANN-SILVA, Edith. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, Eugénio Alves da. As metodologias qualitativas de investigação nas Ciências Sociais. **Revista Angolana de Sociologia**, [S.L.], n. 12, p. 77-99, 1 dez. 2013. OpenEdition. <http://dx.doi.org/10.4000/ras.740>.

SILVA, P. S. C. Programas de promoção da saúde do trabalhador e suas influências: uma revisão de literatura. **Revista Gestão & Saúde**, [S. l.], v. 5, n. 2, p. pag. 727–752, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/466>. Acesso em: 27 nov. 2023.

SHIMOGUIRI, Ana Flávia Dias Tanaka; BENELLI, Silvio José. A Reforma Sanitária e o Paradigma da produção social da saúde: algumas considerações sobre a Atenção Básica e o Território. **Rev. Psicol. UNESP**, Assis , v. 17, n. 2, p. 01-16, dez. 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442018000200001&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 mar 2025.

SLIVNIK, Andrej. **Previdência social no Brasil: uma abordagem histórica (1923 - 1945)**. 2018. 236 f. Dissertação (Mestrado em História) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2018.

TAVARES, Maria Augusta. **O trabalho informal e suas funções sociais**. Revista Praia Vermelha. Rio de Janeiro, v. 20 nº 1, 2010, p. 21-36

TAVARES, Maria Augusta. **Informalidade e precarização do trabalho**: A nova trama da produção capitalista. São Paulo: Cortez, 2021.

THIRY-CHERQUES, H. R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista Brasileira de Pesquisas em Marketing** (PMKT), Vol. 3, Setembro, 2009. Disponível em:
<http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista_PMKT_003_02.pdf>.
Acesso em: 18 de set de 2023.

TRIVINOS, Augusto N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

QUESTÕES NORTEADORAS

I-Trabalhadores informais:

A) Qual o perfil socioeconômico do trabalhador? [Descrição sobre rendimentos, condições de moradia, escolaridade];

1.Nome Fictício: _____

2.Marque a alternativa que corresponde a sua faixa etária?

☐ Até 25 ☐ 26 à 35 ☐ 36 à 45 ☐ 46 a 55 ☐ acima de 55

3.Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

4. Gênero: com qual você se identifica:

☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Não-binário ☐ Outro: _____ ☐ Prefiro não dizer

5. Cor/etnia:

☐ Branco(a) ☐ Pardo(a) ☐ Negro(a) ☐ Amarelo(a)

6.Qual sua renda mensal individual?

☐ Nenhuma.

☐ Até 02 salários mínimos

☐ de 03 até 05 salários mínimos

☐ de 05 até 08 salários mínimos

☐ Superior a 08 salários mínimos

☐ Benefício social governamental, qual? _____ valor atual: _____

7. Condição Moradia: Onde e como você mora atualmente?

☐ Em casa ou apartamento, com sua família.

☐ União estável

☐ Em casa ou apartamento, sozinho(a).

☐ Em quarto ou cômodo alugado, sozinho(a).

- ☐ Em casa de outros familiares
- ☐ Em casa de amigos
- ☐ Em habitação coletiva: hotel, hospedaria, quartel, pensionato, república, etc.
- ☐ Em casa/apto, mantidos pela família para moradia do estudante
- ☐ Outra situação, qual? _____

8. Qual o seu nível de escolaridade?

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ 1º grau incompleto | ☐ 2º grau incompleto | ☐ Superior incompleto |
| ☐ 1º grau completo | ☐ 2º grau completo | ☐ Superior Completo |
| ☐ Alfabetizado | ☐ Não Alfabetizado | Outro _____ |

B) Qual o perfil da trajetória profissional [conhecer a relação com o trabalho informal e adoecimento];

1. Conte-me um pouco sobre sua trajetória profissional, seu primeiro emprego, e tipos de profissões, ocupações ou trabalho que você já realizou?
2. Você já adoeceu no trabalho, que tipo de doença/acidente?
3. Você já sofreu acidente de trabalho, qual tipo?
4. Você estava trabalhando quando adoeceu/acidentou-se, ou estava a caminho do trabalho/casa?
5. Você considera que seu adoecimento tem/tinha relação com trabalho?
6. Você precisou ficar sem trabalhar por conta do adoecimento/acidente que sofreu?
7. Como você fez para se manter nesse período que esteve doente/acidentado?
8. Quais são as atividades desenvolvidas nos dias de hoje? E como são as suas condições de trabalho atualmente?
9. Fale um pouco sobre seu trabalho atual, tempo de trabalho diário/semanal, possui riscos, exige intensidade física ou mental, como ocorre a remuneração?
10. Você sabe quais os benefícios que você tem direitos quando adoece/acidenta-se por causa do seu trabalho?

II - Gestores de serviços da Seguridade Social e serviços afins à saúde do trabalhador:

A) Perfil do gestor? [Descrição órgão];

- 1.Nome Fictício:_____
- 2.Nome do da instituição:_____
3. Qual seu vínculo trabalhista;
☐ Servidor público ☐ Celetista ☐ Cargo comissionado ☐ Prestador de serviço
4. Qual tempo de serviço na instituição?
☐ até 1 ano ☐ até 3 anos ☐ até 5 anos ☐ até 6 anos ☐ mais de 10 anos
5. Quais atividades esta instituição desenvolve ao trabalhador?
2. Você conhece a PNST, quais ações são preconizadas?
3. Na sua experiência profissional, você conhece o CEREST e as ações desenvolvidas pelo serviço aos trabalhadores informais?
4. Quais são os principais benefícios e direitos que você conhece para os trabalhadores informais, quando enfrenta uma situação de adoecimento?
5. Conte um pouco sobre as ações que são realizadas aos trabalhadores informais por este serviço/órgão ao qual você trabalha?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), na pesquisa que tem como título **“SAÚDE DO TRABALHADOR: DESAFIOS DA PROTEÇÃO SOCIAL NA PERSPECTIVA DA INFORMALIDADE DO TRABALHO”**. Esta pesquisa faz parte do projeto de doutorado de Daiane Rocha, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob a orientação da Prof. Ph.D Walter Ferreira de Oliveira, com coorientação do Prof. Dr. Carlos Alberto Severo Garcia Junior.

O objetivo deste estudo é compreender como os trabalhadores informais se organizam ao adoecerem em decorrência do trabalho, bem como identificar os direitos que acessam em um município de grande porte no sul catarinense. Considerando, que a saúde é um direito a todos, inclusive ao trabalhador, em decorrência dos processos produtivos, existe uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST/2012) que busca o fortalecimento e ampliação do acesso às ações de atenção e vigilância da saúde do trabalhador desenvolvidas por todas as instâncias e pontos de atenção do SUS, em todos os municípios e regiões de saúde. Devido a esse escopo, buscaremos analisar as ações que são realizadas em um segmento populacional: trabalhador informal.

No aceite dos sujeitos a participarem da pesquisa, foi convidado(a) a uma entrevista individual, conduzida em local reservado para garantir sua privacidade. As entrevistas seguem um roteiro com perguntas abertas e serão gravadas para análise posterior. Sua participação é voluntária, e você poderá interromper ou desistir da entrevista a qualquer momento, sem precisar justificar sua decisão.

Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para fins científicos e divulgados de forma agregada, preservando o sigilo e anonimato dos participantes. A pesquisa não traz benefícios diretos a curto prazo, mas sua contribuição será

fundamental para ampliar o entendimento sobre as necessidades de saúde dos trabalhadores informais.

Esclarecemos que:

- Todas as informações serão tratadas de forma confidencial e armazenadas em local seguro;
- Os dados serão acessados apenas pelos pesquisadores envolvidos;
- A divulgação dos resultados ocorrerá exclusivamente em publicações científicas e eventos acadêmicos, garantindo o anonimato dos participantes;
- Informamos que você poderá ter acesso aos resultados da pesquisa, podendo contatar o coordenador ou ainda pessoalmente, no endereço que consta neste documento.
- Você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem prejuízo ou consequências.

Embora os riscos sejam mínimos, pode haver reflexões emocionais sobre o tema tratado. Caso necessário, os pesquisadores estarão disponíveis para assistência ou orientação.

Os métodos adotados nesse estudo obedecem aos preceitos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Dessa forma, a legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhuma despesa relacionada a ela, contudo os pesquisadores garantem que você será ressarcido(a), se houver alguma despesa e também assegura seu direito a indenização por danos comprovadamente decorrentes da pesquisa conforme, item IV.3 g,h da Resolução 466/2012.

Se desejar, você poderá acompanhar a apresentação dos resultados da pesquisa, prevista para o ano de 2025, no formato de tese de doutorado apresentada à UFSC.

Para mais informações ou dúvidas, entre em contato com a pesquisadora responsável ou com o Comitê de Ética da UFSC, por meio dos contatos abaixo:

Pesquisadora responsável:

Daiane Rocha

Telefone: (48) 999353796

E-mail: daiarch2209@gmail.com

Endereço Institucional: 24h Boa Vista | R. Tangará, 75 - Boa Vista, Criciúma - SC, CEP: 88805-500

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC:

Telefone: (48) 3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Endereço: R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701, Trindade, Florianópolis/SC - CEP 88.040-400

Agradecemos desde já sua atenção e disponibilidade. Sua participação é essencial para o desenvolvimento deste estudo e para promover avanços no cuidado à saúde dos trabalhadores informais. Esperamos que esta pesquisa contribua para aprimorar as discussões sobre as ações de promoção, prevenção e vigilância à saúde dos trabalhadores informais no SUS.

Assim, após prestar essas informações, convidamos você a preencher e assinar os campos abaixo:

() As explicações fornecidas foram claras, quanto aos riscos, benefícios e interrupção da participação na pesquisa.

() Permissão para gravação de voz, para fins de pesquisa científica, e educacional.

() Permissão para utilização do material e das informações obtidas à publicação em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos, sob garantia de sigilo de identificação do participante. As gravações permanecerão sob a guarda e propriedade exclusiva dos pesquisadores responsáveis pelo estudo.

Este documento foi elaborado em duas vias e todas as suas páginas devem ser rubricadas pelas partes interessadas, e salvaguardadas.

Atenciosamente,**Pesquisadores responsáveis:**Acadêmica: Daiane Rocha – daiarch2209@gmail.comProf. Ph.D. Walter Ferreira de Oliveira – walteroliveira.ufsc@gmail.comProf. Dr. Carlos Alberto Severo Garcia Junior – prof.severogarcia@gmail.com_____
Assinatura Participante_____
Assinatura Pesquisador

Criciúma, ____ de _____ 2025.

APÊNDICE C – TERMO DE CONCESSÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA ENTREVISTA NOS EQUIPAMENTOS DO MUNICÍPIO



Página 1/2

De: Gerência de Educação Permanente em Saúde e Humanização - Saúde
Para: DAIANE ROCHA
Assunto: Autorização de Pesquisa Acadêmica na Área da Saúde
Data: 08-10-2024 às 15:33:21

Secretaria Municipal de Saúde SMS-942/2024

Prezado (a), DAIANE ROCHA

Cumprimentando-o (a) cordialmente, vimos por meio deste, DEFERIR a solicitação para realização da pesquisa intitulada: “SAÚDE DO TRABALHADOR: DESAFIOS DA PROTEÇÃO SOCIAL NA PERSPECTIVA DA INFORMALIDADE DO TRABALHO”, estudo a ser realizado pelo acadêmico do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA, sob a responsabilidade do orientador: Prof. Ph.D Walter Ferreira de Oliveira e Coorientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Severo Garcia Juniors da UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Destarte, para aplicação da pesquisa nos ambientes da Secretaria de Saúde de Criciúma, os pesquisadores devem estar de posse da Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e Humano, bem como, combinar com antecedência a visita para coleta de dados no serviço de referência.

Por fim, fica acordado que os pesquisadores, em período oportuno, podem ser convidados a apresentar o resultado obtido à Secretaria Municipal de Saúde.

Sem mais.

Atenciosamente,

criciuma.sc.gov.br

   /prefcriciuma
(48) 3431-0200 / Ouvidoria - 156
08:00h às 17:00h

Rua Domênico Sônego, 542 - Paço Municipal
Marcos Rovaris - Santa Bárbara - Criciúma - SC
CEP 88804-050



Documento assinado por: ANA PAULA AGUIAR MILANEZ em 08/10/2024 às 03:33:34 Verifique sua assinatura acessando o link:
<https://criciuma.gdoc.tec.br/app/citizen/authenticity?hash=67057afeab4de>



Verificação de assinaturas



Página 2/2

Código para verificação da assinatura: 67057afeab4de

Lista de assinaturas:

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas (horário de Brasília):

ANA PAULA AGUIAR MILANEZ (CPF 025.xxx.xxx-05) em 08/10/2024 15:33:34

Para verificar a validade das assinaturas, acesse:

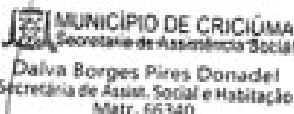
<https://criciuma.gdoc.tec.br/app/citizen/authenticity?hash=67057afeab4de>

DECLARAÇÃO**Secretaria Municipal de Assistência Social de Criciúma**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição Secretaria Municipal de Assistência Social tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **SAÚDE DO TRABALHADOR: DESAFIOS DA PROTEÇÃO SOCIAL NA PERSPECTIVA DA INFORMALIDADE DO TRABALHO**, sob responsabilidade do professor Dr. Walter Ferreira de Oliveira, e da orientanda Daiane Rocha, e cumprirei os termos da Resolução CNS 510/16 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Criciúma, 03/10/2024

ASSINATURA:



MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
Secretaria de Assistência Social
Dalva Borges Pires Donadel
Secretária de Assist. Social e Habitação
Matr. 66340

NOME : Dalva Borges Pires Donadel

CARGO: Secretária Municipal de Assistência Social

CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE DO TRABALHADOR: DESAFIOS DA PROTEÇÃO SOCIAL NA PERSPECTIVA DA INFORMALIDADE DO TRABALHO

Pesquisador: Daiane Rocha

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 84973324.1.0000.0121

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.477.218

Apresentação do Projeto:

SAÚDE DO TRABALHADOR: DESAFIOS DA PROTEÇÃO SOCIAL NA PERSPECTIVA DA INFORMALIDADE DO TRABALHO

Resumo: O estudo busca investigar como os contextos laborais informais se relacionam com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, com vistas ao trabalhador informal em uma cidade de médio porte no sul catarinense. Busca compreender tais contextos, e sua relação com a seguridade social no atendimento ao trabalhador informal. Há uma invisibilidade desses trabalhadores informais, nas políticas públicas. Nesse cenário há profissões históricas como o chapa, o pedreiro, faxineira e as nova informalidade com entregador, o Uber etc. O presente estudo, busca compreender a saúde do trabalhador à informalidade, e potencializar a visibilidade desses sujeitos e a necessidade de reestruturação da política pública que inclua efetivamente todos os trabalhadores formais e informais. Com vistas a garantir o acesso à proteção social à saúde do trabalhador, nos preceitos da integralidade, da universalidade e do princípio da equidade das ofertas do SUS e do cuidado à saúde coletiva.

Objetivo da Pesquisa:

3 OBJETIVO GERAL

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 7.477.218

- Investigar os desafios da proteção social à saúde do trabalhador informal à luz da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) em um município de médio porte no sul catarinense.

3.1 OBJETIVO ESPECÍFICOS

I - Discutir as ações de proteção social ao trabalhador informal presentes na PNSTT.

II - Identificar as principais ações realizadas à saúde do trabalhador no município de médio porte no sul catarinense.

III - Analisar as lacunas e obstáculos existentes no acesso à proteção social para trabalhadores informais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Considerando a natureza do estudo, formado por um grupo de sujeitos de políticas públicas territoriais, que por vezes possuem baixa escolaridade, podem sentir-se constrangidos ao serem entrevistados, e possuir dificuldades na compreensão da pesquisa e das próprias perguntas. Pode afetar sua participação, no sentido de serem pouco participativos. Também, podem desconhecer ações à proteção do trabalhador, trazendo elementos mais condizentes ao trabalhador formal, comprometendo as informações complementares à pesquisa. Esta pesquisa tem a finalidade de buscar respostas para esta temática, podendo ser fonte de informações para possíveis soluções de problemas enfrentados, individual ou coletivamente, sobre a saúde do trabalhador informal. Toda pesquisa, independentemente do método adotado, pode apresentar limitações, dependendo de inúmeros fatores como corrente de pensamento, abordagem utilizada pelo pesquisador e também pelo leitor. No entanto cabe aqui ressaltar algumas características do método adotado pela pesquisadora que podem se configurar como limitações, as quais configuram a abordagem qualitativa, por meio da coleta de dados, a partir de interações sociais do pesquisador com o fenômeno pesquisado, no intuito de apreender o significado que ela dá a sua condição sobre a realidade vivenciada, as quais não podem ser quantificadas (Minayo, 2005). Apresenta-se como limite desse estudo a execução do processo metodológico no que diz respeito aos sujeitos envolvidos, ou seja, se foram os trabalhadores informais e profissionais adequados ao objetivo da pesquisa, considerando a complexidade do tema e dos atores envolvidos, pois poderiam compor a amostra da pesquisa, mais gestores, mais serviços da rede, cobrindo todos os serviços do município. Como limite também,

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 7.477.218

apontamos a metodologia que permite um recorte do cenário, mas não permite olhar para a cidade como um todo, em função do tempo de execução da pesquisa, e de uma metodologia mais robusta que envolva outros participantes para melhor cobertura da temática e dos atores envolvidos. Quanto ao roteiro de entrevistas semiestruturadas, também se observa que pode ser um limitante, condicionando o tema a ser discutido, e escapando à realidade vivenciada pelos participantes.

Benefícios: A pesquisa qualitativa oferece uma abordagem aprofundada e rica para compreender as complexidades dessas especificidades do trabalho informal em um município de grande porte. Possibilita encontrar as causas dos problemas e esclarecê-las. Ao contrário de métodos quantitativos, uma pesquisa qualitativa permite explorar as experiências, percepções e contextos sociais dos trabalhadores informais, proporcionando uma visão holística e contextualizada. Essa abordagem pode revelar nuances que números e estatísticas por si só não capturaram, permitindo uma compreensão mais completa das dinâmicas subjacentes ao trabalho informal. Além disso, ao dar voz aos participantes da pesquisa, ela contribui para a inclusão de perspectivas diversas, muitas vezes negligenciadas em análises mais generalizadas. A pesquisa também oferece a oportunidade de identificar padrões emergentes, fatores motivadores e desafios específicos dos trabalhadores informais no contexto local, fornecendo insights importantes para a formulação de políticas públicas mais adequadas e a implementação de programas de apoio mais alinhados com as necessidades reais da comunidade e dos trabalhadores. Em suma, a pesquisa permite dar visibilidade ao trabalhador informal por meio da produção de conhecimento, provocar discussões profícuas nos diversos espaços acadêmicos e sociais, a fim de promover mudanças significativas e inclusivas aos sujeitos que realizam atividades remuneradas sem vínculos formais de trabalho. Contudo, os resultados da referida pesquisa serão apresentados em formato de artigo científico, conforme o regimento interno do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UFSC). O artigo seguirá as diretrizes para submissão, conforme revista selecionada ao escopo da pesquisa

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta pertinência, fundamentação bibliográfica e uma vez obtido os dados conclusivos proporcionará uma visão mais abrangente sobre o tema proposto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos de acordo com a legislação vigente.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 7.477.218

Recomendações:

Ajustar a paginação no TCLE (1 de 3)...(3 de 3).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram realizadas adequações no TCLE não havendo óbices a realização da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2442948.pdf	24/03/2025 11:15:14		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEversao5.pdf	24/03/2025 11:14:56	Daiane Rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoTeseDoutoradoVersao3.docx	24/03/2025 11:14:42	Daiane Rocha	Aceito
Cronograma	Cronograma2025.pdf	12/03/2025 09:23:25	Daiane Rocha	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoDaianeAssinado.pdf	25/11/2024 10:14:29	Daiane Rocha	Aceito
Outros	AutorizacaoCampoPesquisa.pdf	24/11/2024 22:55:21	Daiane Rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 31 de Março de 2025

Assinado por:
Sharbel Weidner Maluf
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br