

CARACTERIZAÇÃO GERAL

O nível de saúde da população resulta de um conjunto de condições associadas ao trabalho, alimentação, habitação, transporte, educação, renda, meio ambiente, liberdade, lazer, posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Desta forma, a saúde de um povo é resultado da forma de organização social da produção e da apropriação dos bens e serviços, que, na sociedade brasileira tem gerado grandes desigualdades nos níveis de vida e de saúde.

Assim, se as camadas sociais mais ricas apresentam níveis de vida e de saúde semelhantes às dos países capitalistas centrais, a maioria da população tem um nível de vida e de saúde igual à dos países mais pobres do mundo.

As exigências do processo de acumulação do capital nas últimas décadas no país é responsável pelo desenvolvimento de um modelo econômico baseado na grande concentração do capital nacional associado ao capital internacional, na transferência para o Brasil de linhas de produção industrial extremamente lesivas para a saúde do trabalhador, e, na super exploração da força de trabalho (transferência de grandes contingentes de trabalhadores do campo para a periferia das cidades, vivendo em condições sub-humanas, sem emprego fixo, sem proteção trabalhista e previdenciária, perda do valor real dos salários, aumento da jornada de trabalho, intensificação do ritmo de produção etc.).

Isto trouxe reflexos graves para a qualidade de vida da população, que se encontra hoje em níveis que não correspondem ao grau de desenvolvimento econômico que o país alcançou. Segundo o último censo, 67 por cento da população ativa no Brasil recebe até 2 salários mínimos, sendo que no nordeste essa porcentagem chega a 84 por cento, e dentre estes, 65 por cento recebe menos de 1 salário mínimo.

A situação de saúde da população brasileira também não corresponde ao estágio atual de desenvolvimento do país: se compararmos com a Argentina, Chile e Venezuela, veremos que temos uma mortalidade geral e infantil superior à desses países da América Latina. Internamente, observamos diferença muito grande no estado de saúde entre os brasileiros das diversas regiões e das diversas classes sociais: um nordestino pobre vive 30 anos menos que um sulista rico; nos grupos pobres e explorados da população em todas as regiões, o ris-

o partido dos trabalhadores e a saúde na constituinte

DEPUTADO EDUARDO JORGE

co da mortalidade infantil é 10 vezes maior.

Em virtude desse processo de acumulação do capital, de exploração do trabalho, da urbanização desordenada, da produção industrial que se utiliza de equipamentos e substâncias agressivas ao trabalhador, estabelecem-se altos índices de incidência dos diversos tipos de doenças nas diferentes regiões do país.

Registra-se nas regiões sul e sudeste, uma grande incidência das doenças denominadas "modernas e industriais" ou outros, decorrentes das formas atuais de acumulação do capital e exploração da força de trabalho: ritmo de produção, organização do trabalho, contato com substâncias nocivas, máquinas inseguras etc. A morte por doenças cardiovasculares, câncer, doenças profissionais, acidentes do trabalho e por outras formas de violência, como suicídio, homicídio, acidentes de trânsito cresceram bastante de 1960 para cá. As doenças, crônico-degenerativas constituem causa importante de aposentadoria por invalidez, e as cardio-vasculares (principalmente a hipertensão arterial), as doenças mentais e as osteoartrites constituíram 58,7 por cento dos motivos de aposentadoria pelo Inamps em 1980.

Por outro lado, não resolvemos os problemas (decorrentes da alta incidência das "doenças tradicionais ou da pobreza periférica), ligados às formas mais atrasadas de acumulação do capital, exploração do trabalho e ocupação do solo. Tais doenças, algumas delas ocorrendo desde a época colonial, restringiam-se principalmente a determinadas regiões do país, principalmente de produção agrícola. No entanto, hoje elas emergem nas zonas urbanas e expandem-se nas fronteiras de ocupação ter-

ritorial, como na Amazônia e em Rondônia: esquistossomose (6 a 8 milhões), tuberculose (1 milhão), doença de Chagas (mais ou menos 6 milhões), malária (160 mil casos novos por ano), desnutrição (40 milhões), as doenças infecciosas associadas à desnutrição são responsáveis por 26 por cento da mortalidade de crianças menores de 5 anos. Essas doenças denunciam as péssimas condições de vida da população: salários baixíssimos, alimentação insuficiente, más condições de habitação e saneamento. Aproximadamente 300 mil crianças morrem por ano no país por doenças que a medicina brasileira poderia resolver. E, mais recentemente, agravando ainda mais o nível de saúde da população, vivemos a eclosão das epidemias de febre amarela e dengue, doenças que já estavam sob controle desde as primeiras décadas deste século no Brasil.

Nos últimos 26 anos, o estado de saúde da população brasileira, mantém as desigualdades regionais. No período verifica-se para as capitais brasileiras uma queda na ocorrência de mortalidade das "doenças dos países periféricos", como por exemplo as infecto-contagiosas, e da mortalidade em menores de 1 ano. No entanto, os níveis alcançados estão longe do aceitável para o padrão de desenvolvimento atingido pela sociedade brasileira, além de manter o mesmo padrão de desigualdade regional da década de 60. Por outro lado, no mesmo período, a mortalidade nas capitais para as "doenças dos países centrais", como por exemplo as crônico-degenerativas, vem apresentando significativo aumento nas regiões mais industrializadas do país como o sul e o sudeste.

Portanto, infere-se que as chamadas "doenças dos países periféricos" conti-

nuam sendo um problema importante para o Brasil como um todo, ao mesmo tempo em que as "doenças dos países centrais" crescem de importância no quadro nosológico brasileiro, principalmente nas regiões mais industrializadas.

Em linhas gerais esta situação configura um quadro sanitário peculiar onde, na 8a. Economia Capitalista, convivem problemas de saúde mais frequentes nos países capitalistas periféricos e aqueles que ocorrem nas economias mais desenvolvidas do mundo capitalista.

Por outro lado, na configuração dos serviços de saúde podemos também perceber os reflexos do processo de acumulação do capital, principalmente dos últimos 20 anos. Enquanto em muitos países de formação capitalista, as políticas sociais tendem a se constituir em mecanismos de redistribuição de renda entre as regiões geográficas e entre as classes sociais, no Brasil, ao contrário, a política de saúde não só tem favorecido uma maior concentração de renda, como tem possibilitado a constituição de mais um ramo de acumulação do capital. Diferentemente do que se deu em outros países da América Latina, o estado brasileiro pouco investiu na implementação de serviços públicos de saúde. Mais grave ainda, nos últimos 20 anos, passou a subsidiar o desenvolvimento de um amplo setor privado de prestação de assistência médica, com os recursos provenientes das contribuições dos trabalhadores para a Previdência Social. Isto foi possível com a exclusão da participação dos trabalhadores dos organismos do sistema previdenciário após a criação do INPS em 1967, e pela criação de elos entre a tecnoburocracia estatal e os grupos privados empresariais e da área de saúde.

Os grupos privados na saúde se desenvolveram através de duas principais modalidades de prestação de serviços:

a) os serviços hospitalares, representados na sua maioria pela FBH (Federação Brasileira de Hospitais), que na década de 70 conseguiram beneficiar-se de financiamento público para ampliação de seus leitos (via recursos da Caixa Econômica Federal pelo Fundo de Apoio Social), e são mantidos pelos contratos que celebram com o INAMPS para atendimento dos previdenciários urbanos e rurais;

b) os convênios com empresas ou "medicinas de grupo", representadas pela ABRAMGE (Associação Brasileira de Medicina de Grupo), em que se dá a convergência dos interesses lucrativos dos empresários médicos com os interes-

ses de lucratividade e controle do trabalhador por parte das empresas industriais, comerciais e financeiras, localizadas principalmente na região sudeste.

Em contrapartida, nesse mesmo período, o Estado diminuiu o investimento de recursos na prestação de serviços através dos hospitais estatais, dos centros de saúde, dos ambulatórios públicos, bem como dos hospitais e ambulatórios próprios do INAMPS.

Por estas razões, chegamos à década de 80, com a destinação de 85 por cento dos recursos públicos federais (do INAMPS e Ministério da Saúde), aos serviços médicos hospitalares, principalmente privados, de custo elevado e qualidade questionável, enquanto são insignificantes os recursos destinados ao controle das doenças transmissíveis, bem como, as medidas adotadas para combatê-las são de caráter emergencial (de maior custo e menor eficácia), nos momentos de epidemias, inexistindo nas unidades básicas de saúde, condições para o controle e o diagnóstico rotineiro dessas doenças. A ação dessas unidades não inclui também medidas de controle dirigidas aos agravos gerados pelo processo de produção (poluição ambiental, acidental de trabalho, doenças profissionais, bem como os acidentes de um modo geral, como domésticos, de trânsito...).

Outro aspecto a ressaltar é a assistência médico-odontológica prestada pelos sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais, através dos convênios com o INAMPS e FUNRURAL, substituindo as obrigações do Estado no setor e reforçando as ações assistenciais do sindicato, em detrimento de suas lutas.

Também em relação à prestação de serviços de saúde, devemos apontar para a extrema desigualdade de serviços à que a população tem direito e acesso. As diferenças se dão entre previdenciários e não previdenciários, entre previdenciários com convênio-empresa e sem convênio-empresa, entre empregados e desempregados, subempregados, trabalhadores não registrados, bóias-frias, empregadas domésticas etc. Enquanto para o trabalhador urbano o INAMPS propiciou 2,05 consultas/ano em 1980, para o trabalhador rural o índice ficou por volta de 0,4 consultas/ano; um outro exemplo, em 1981, o INAMPS gastou 6 vezes mais com os previdenciários do Rio de Janeiro do que com os previdenciários do Maranhão.

DIREITO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

— Caracterização do direito à saúde de cada ser humano como de interesse

coletivo, como dever do Estado;

— Acesso igualitário de todos os habitantes do território nacional às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis;

— Caracterização dos serviços de saúde como públicos e essenciais.

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Como vimos, a organização atual dos serviços de saúde no Brasil, tem por principal objetivo o "lucro". Apenas como exemplo ainda, podemos citar a existência em 1984 de 70 tomógrafos computadorizados concentrados na área mais rica do país. Este número de aparelhos daria para atender 490 milhões de habitantes, ou seja, para a nossa realidade seriam suficientes apenas 20 aparelhos, desde que distribuídos adequadamente. A instalação de laboratórios, de outros equipamentos e até a construção de hospitais e clínicas obedecem à lógica da maximização do lucro. Esta é a questão central que deve ser denunciada, pois saúde não é "mercadoria e o objetivo lucro é incompatível com a assistência à saúde igualitária e de boa qualidade ao conjunto da população.

Assim, não se coloca a pura e simples estatização do "atual" sistema de assistência, pois, este sistema foi montado objetivando maximizar a concentração do capital e não para atender às reais necessidades da população.

O que realmente se coloca como objetivo a ser alcançado é a implantação de um novo sistema de saúde que deverá utilizar partes do atual sistema, porém com outra lógica. Este novo sistema deverá ser composto pelos serviços públicos dos níveis federal, estaduais e municipais, pelas instituições privadas sem fins lucrativos e por algumas instituições privadas com fins lucrativos, que por estarem estrategicamente localizadas e, que após estudos regionais, seja aconselhável sua desapropriação. Assim, esse novo sistema de saúde deverá ser unificado, socializado, descentralizado, sob controle da população, e que ofereça assistência à saúde de igual qualidade ao conjunto da população, independentemente das pessoas serem da área urbana ou rural, previdenciárias ou não.

Assim, é fundamental ocorrer a nível federal a definição de um comando único para o sistema de saúde. Esta unidade de comando deverá ser reproduzida a nível estadual e municipal, descentralizando imediatamente os níveis de decisão.

O governo deverá investir na amplia-

ção e na melhoria do atendimento da rede pública, dando passos no sentido da socialização e progressiva estatização da assistência à saúde no País. Neste sentido é fundamental isolar e não transferir mais recursos públicos para as instituições privadas com fins lucrativos e ampliar a integração e o apoio às instituições sem fins lucrativos (Santas Casas e instituições beneficentes), dentro de um programa de democratização da administração e controle destas instituições, com vistas à descentralização e hierarquização dos serviços no sistema unificado de saúde.

O sistema unificado de saúde deverá ser implantado progressivamente, de acordo com as condições locais, organizando módulos de saúde.

O Módulo de Saúde é concebido como uma rede de Unidades Básicas de Saúde (UBS), e um Hospital Geral (HG), organizados de forma hierárquica em níveis de complexidade e articulados funcionalmente sob gerência única. A UBS é porta de entrada principal da clientela para esse sistema de saúde, que tem por objetivo prestar assistência integral à saúde da população em área geograficamente delimitada.

O Módulo de Saúde apresenta as seguintes características:

- é a unidade organizacional e de planejamento de todas as ações a serem desenvolvidas;

- desenvolve suas atividades sob gerência única com autonomia orçamentária e administrativa;

- sua estrutura organizacional e funcional deverá ser compatível com a viabilização e manutenção do novo modelo de assistência;

- deverá contar com o sistema unificado de informação gerencial e operacional — para responder as necessidades próprias (informações referentes a: produção, vigilância epidemiológica, recursos humanos, custos, medicamentos, materiais e outros), bem como as institucionais;

- deverá contar com o sistema de custos que leve em consideração os vários componentes do Módulo, o que permita não só a avaliação de cada componente mas também a avaliação comparativa entre eles e entre os módulos;

- as tecnologias de apoio — diagnóstico e tratamento (laboratório clínico, radiologia, transporte, manutenção etc); abastecimento e processamento (abastecimento de materiais, lavanderia etc) e administrativo — deverá servir a todas as unidades componentes do Módulo;

- todas as ações a serem desenvolvidas serão planejadas, implantadas, acom-

panhadas e avaliadas a nível do Módulo. O Módulo analisará o impacto das ações sobre a população alvo, a eficácia e a eficiência dos serviços prestados, devendo reorientá-los, quando necessário;

- o Módulo programará suas atividades a partir das necessidades de saúde da população de sua área de atuação, utilizando o enfoque de risco na determinação de prioridade, com base na relação demanda de saúde/tecnologia disponível;

- o Módulo será dotado de capacidade assistencial para resolver a grande maioria de problema de saúde da área (estima-se em resolver 85 a 90 por cento dos problemas). Os principais componentes que levarão a resultados desejados são a capacidade resolutiva de cada nível (UBS e HG), operacionalização adequada de atividades, o modelo organizacional a ser adotado, recursos materiais e recursos humanos capacitados para execução das atividades;

- o Módulo desenvolverá os mecanismos da referência e contra-referência entre UBS e HG. A referência e contra-referência são elementos formais que garantem a continuidade do atendimento e terão importância fundamental para a obtenção de credibilidade dos usuários, imprescindível no sucesso do Módulo de assistência proposto;

- o Módulo articula-se com outro serviço de maior complexibilidade localizado dentro ou fora da área geográfica do mesmo, para referir problemas de saúde que necessitem de tecnologia que o Módulo não disponha. Esse tipo de apoio deverá ser garantido através de instrumentos formais a serem estabelecidos entre as instituições públicas e/ou privadas sem fins lucrativos;

- o Módulo desenvolverá mecanismos de controle de qualidade de seu produto, utilizando tecnologia conhecidas ou desenvolvendo outras. A participação da comunidade na gestão do Módulo deverá ser estimulada com a ótica de promover a participação do usuário no controle de qualidade dos serviços;

- o Módulo adotará, como ação fundamental, as atividades de desenvolvimento de recursos humanos, com vistas à elevação e manutenção dos níveis de atendimento e de capacidade resolutiva desejável;

- o Módulo adotará, uma estrutura e uma política de pesquisas operacionais que contribuam para o desenvolvimento dos serviços de saúde.

AS QUESTÕES DO ACESSO E DA QUALIDADE

Admite-se que implantação adequada

do sistema unificado de saúde deverá garantir:

- atendimento oportuno, segundo as necessidades;

- respeito à dignidade dos usuários, por parte dos servidores e prestadores de serviços de saúde;

- atendimento de qualidade compatível com estágio de desenvolvimento do conhecimento na área de saúde;

- direito de acompanhamento pelos familiares a doentes internados, garantida a assistência integral inclusive nos aspectos psicológicos e sociais.

QUESTÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR

A prática tem mostrado que as principais características dos movimentos populares foram as seguintes:

- organizarem-se a partir da iniciativa da própria população independentemente do Estado e dos partidos políticos;

- ganharem importância porque conseguiram a ampla participação da população, constituindo-se em movimentos de massa;

- garantiram ampla participação da população, devido ao alto grau de democracia interna, que permitia a todos a participação no processo de decisões que encaminhavam as lutas;

- ao apresentarem suas reivindicações, permaneciam organizados e pressionando o poder público; não confiavam que as autoridades atenderiam sem pressão popular. As vitórias têm servido de estímulos para novas lutas e não para desmobilização e acomodamento;

- buscaram a unificação dos movimentos através de propostas de lutas conjuntas e não através de entendimentos entre cúpulas; formaram programas de luta cada vez mais amplos e abrangentes;

- souberam desafiar a lei e as ameaças vindas de "cima", confiando em que a única maneira de enfrentar as suas necessidades era assumir a luta pelos seus direitos com as suas próprias mãos e com a força de sua união.

Considerando estes aspectos o PT na área de saúde defende:

- o respeito à autonomia dos movimentos populares e suas formas de organização;

- democratização dos conhecimentos e informações de saúde para facilitar a participação da população;

- definição de espaços adequados de participação popular e dos trabalhadores de saúde no planejamento, decisão da alocação de recursos, controle e avalia-

ção dos serviços e programas, nos diversos níveis do sistema unificado de saúde, inclusive de instituições privadas sem fins lucrativos que recebem recursos públicos.

Concluindo, consideramos que a participação popular tem um rumo claro e explícito no programa do PT: "Lutamos pela conservação de uma democracia que garanta aos trabalhadores, em todos os níveis a direção das decisões políticas e econômicas do País. Uma direção segundo os interesses dos trabalhadores e através de seus organismos de base".

TRABALHADORES DA ÁREA DE SAÚDE

— admissão no serviço público só por concurso público;

— remuneração condigna e isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos níveis federal, estadual e municipal, estabelecimento urgente e imediato de carreiras profissionais com planos de cargos e salários;

— estabelecimento de oportunidades de aperfeiçoamento e atualização profissional periódica;

— política salarial discutida com os trabalhadores da saúde;

— reconhecimento de liberdade sindical dos servidores;

— composição multi-profissional das equipes, de acordo com as características da demanda de cada região, em consonância com os padrões de cobertura de assistência;

— preparação do trabalhador da saúde para reconhecer o direito e estimular a participação da população no desenvolvimento das atividades de saúde;

— participação nos conselhos em conjunto com a população; reforço do compromisso do servidor com a população usuária, para eliminar o autoritarismo existente nesta relação.

ENSINO E PESQUISA

— recuperação e ampliação dos centros formadores de recursos humanos e integração de sua política educacional e de seus serviços ao sistema unificado de saúde;

— formação dos profissionais de saúde em todos os níveis de forma integrada ao modelo de assistência que deverá ser prestada pelo sistema unificado de saúde regionalizado e hierarquizado;

— inclusão no ensino de saúde do conhecimento de práticas alternativas de assistência;

— desenvolvimento de atividades de

pesquisa nas áreas biomédicas, de equipamentos e de serviços de saúde, também nos serviços de assistência, com a participação do pessoal da execução, de forma integrada com as entidades de ensino e pesquisa.

EQUIPAMENTOS E MEDICAMENTOS

— estabelecer controle social sobre a incorporação da tecnologia na área da saúde, para evitar que a orientação do progresso da assistência à saúde fique sob o domínio das empresas multinacionais de equipamentos e medicamentos;

— desenvolver nas instituições nacionais de pesquisa sem fins lucrativos, tecnologia adequada às nossas necessidades;

— garantir a produção estatal de soros, vacinas e lista básica de medicamentos e distribuí-los gratuitamente à população através do sistema unificado de saúde.

FINANCIAMENTO

— deverão ser formados fundos únicos de saúde nos níveis federal, estadual e municipal;

— o financiamento do sistema unificado de saúde é de responsabilidade pública, devendo ser fixado um percentual nos orçamentos da união, estados e municípios (valor indicativo — 13 por cento em cada nível).

ASSISTÊNCIA MÉDICA À MULHER

O atendimento à mulher pelo sistema de saúde tem-se limitado, quase que exclusivamente, ao período gravídico-puerperal e mesmo assim, de forma deficiente. Ao lado de exemplos sobejamente conhecidos, como a assistência preventiva e de diagnóstico precoce de doenças ginecológicas, outros aspectos, como prevenção, detecção e terapêutica de doenças de transmissão sexual, repercussões biopsicossociais da gravidez não desejada, abortamento e acesso a métodos e técnicas de controle de fertilidade, têm sido relegados a plano secundário. Esse quadro assume importância ainda maior ao se considerar a crescente presença da mulher na forma de trabalho, além de seu papel fundamental no núcleo familiar.

2) O planejamento familiar é questão de suma importância para o futuro dos brasileiros; conceitos dos mais variados e antagônicos vicejam nas diferentes tendências que se expressam atualmente no país.

É fundamental que a Constituição

defina o conceito de planejamento, garantindo o direito de opção do indivíduo para determinar o número de filhos e o espaçamento entre eles. Este direito deverá ter como contrapartida o fornecimento pelo Estado não só de informações, como dos próprios meios e técnicas anticoncepcionais cientificamente aprovados.

Por outro lado, deve-se atentar para que o Estado e as entidades privadas, nacionais e estrangeiras, abstenham-se de exercer qualquer tipo de coação ou induzimento sobre as pessoas que necessitam de seus serviços. O planejamento, no caso não se confundirá com o controle de natalidade de cunho puramente demográfico mas responderá às necessidades básicas da população dentro do contexto de atendimento à saúde.

3) A obrigatoriedade prevista neste artigo, pela qual o Estado garantirá o acesso à informação e aos métodos contraceptivos afasta a possibilidade de que interesses nacionais ou estrangeiros e de setores governamentais interfiram na reprodução humana.

Este dispositivo ensejará a criação de condições objetivas e democráticas para que brasileiras e brasileiros decidam sobre o planejamento da procriação.

Outrossim, o artigo vem integrar à Constituição Norma contida na Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, de 1979, ratificada no Brasil pelo Decreto 89.460, de 20/03/84. De acordo com a referida norma, incumbe ao Estado informar e assessorar a família sobre o planejamento da reprodução.

4) Em outras Comissões a questão do aborto tem sido tratada com um grande radicalismo levando inclusive a um retrocesso na atual legislação brasileira. Vigorando o ponto de vista destes constituintes nem os casos previstos de aborto terapêutico ou gravidez advinda de estupro teria a interrupção permitida por lei.

Evidentemente o aborto é um problema complexo que exige uma abordagem ao mesmo tempo moral, médica, social, religiosa, política e demográfica. Não resta dúvida de que: a) o aborto é amplamente praticado no Brasil; b) a maioria das mulheres o faz sem os necessários cuidados médicos; c) a ausência desses cuidados causa sérios danos à saúde das mulheres e chega mesmo a colocar em risco a sua vida; e, d) a maioria das vítimas do aborto mal praticado são as mulheres das classes mais pobres. No caso da nossa emenda no entanto, estamos querendo apenas ver a questão do ponto de vista da assistência médica.

Não estamos entrando no mérito da criminalização, descriminalização ou legalização.

O que queremos é garantir, pois isto muitas vezes na prática é negado, o direito da mulher e o dever do sistema único de saúde prestar assistência médica aquelas mulheres que por algum motivo e de alguma forma estão no processo de interrupção da gravidez. Com este direito e dever assegurados na lei não acontecerá como hoje que a mulher teme procurar os serviços médicos nestas circunstâncias com graves consequências para sua saúde levando-a, às vezes, à morte. Além disso, não mais a mulher será atendida nesses locais como se a ela estivesse fazendo uma conces-

são, um favor, muitas vezes sendo humilhada e maltratada.

SAÚDE OCUPACIONAL

Para concluir uma palavra sobre a questão da saúde do trabalhador. Nossa proposta, seguindo a orientação dos debates da Conferência Nacional da Saúde do Trabalhador que contaram com a participação de centenas de sindicatos, das centrais sindicais e de órgãos do setor, é por sua integração no Sistema Único de Saúde.

Além disso, são previstos dispositivos como a participação dos trabalhadores na fiscalização do meio ambiente e da

gestão nos órgãos que tratam do assunto.

Assim, acreditamos que o enfoque das questões relativas a doenças do trabalho, doenças profissionais e acidentes do trabalho, sua assistência e sua prevenção mudariam radicalmente de enfoque. Das prioridades nos estudos de custo/benefício, da maximização da produção e dos lucros, termos como prioridade a vida, a saúde e o bem estar do trabalhador.



Foto: Elvira Alegre

Este texto é de autoria do Deputado Eduardo Jorge (PT) e demais constituintes do PT. É a justificativa de emenda apresentada no Plenário da ANC. (Agosto/1987).