



Número 82
Abril de 2009

O trabalhador e a saúde suplementar

DI ESE
DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE
ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS

O trabalhador e a saúde suplementar

Introdução

A saúde no Brasil é constitucionalmente considerada como “direito de todos e dever do Estado”. As ações e serviços de saúde possuem relevância pública, ainda que sua configuração institucional permita também a participação da iniciativa privada. A atuação pública se dá pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que inclui a saúde do trabalhador. A atuação da esfera privada ocorre por meio da saúde complementar ao SUS ou da saúde suplementar.

Assim, os estabelecimentos privados de saúde também fazem parte da rede de atendimento do SUS, de forma *suplementar* e *complementar*, conforme dispositivo constitucional.

O atendimento complementar deve obedecer a dispositivos formais de contratação e seguir diretrizes, critérios e parâmetros estabelecidos pela política pública de saúde. Para se ter uma idéia da sua importância, a saúde complementar realiza de 30% a 60% de todos os serviços de apoio à diagnose e terapia no país.

A saúde suplementar, por seu turno, é estruturada pela oferta de planos de saúde privados individuais e coletivos, por parte de empresas chamadas de *operadoras* de planos de saúde. O atendimento se verifica por meio de uma rede de atendimento formado pelo que se chama de *prestadoras*, que são os estabelecimentos de saúde privados. Esse mercado é regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Há cerca de 30 milhões de usuários de planos coletivos privados de assistência médica no Brasil, e aproximadamente 9 milhões de usuários de planos coletivos privados exclusivamente odontológicos, regulados pela ANS. São, portanto, quase 40 milhões, que representam 73% dos 50 milhões de usuários de planos de saúde no Brasil.

Quase a totalidade dos usuários de planos coletivos privados de saúde são trabalhadores e suas famílias. Faz parte da dinâmica da negociação de um grande número de sindicatos no Brasil a temática do plano de saúde coletivo privado, como uma reivindicação expressa dos trabalhadores. Empresas oferecem o plano de saúde coletivo privado como uma forma de remuneração indireta.

A importância do tema da saúde suplementar é evidente. Por isso, seis Centrais Sindicais¹, em conjunto com o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o DIEESE estabeleceram processo de discussão sobre o assunto. Iniciado no segundo semestre de 2008, este debate tem por objetivo incentivar e possibilitar maior participação dos trabalhadores no processo regulatório que envolve os planos de saúde privados no Brasil, com foco nos planos de saúde coletivos.

Para reafirmar sua posição histórica de apoio incondicional ao Sistema Único de Saúde, as Centrais Sindicais decidiram por uma efetiva participação no processo de regulação da saúde suplementar que, até o momento, contava somente com a presença ativa e permanente de representantes das operadoras e das empresas contratantes dos planos de saúde. A entrada em cena dos representantes das Centrais Sindicais significa uma mudança substancial no cenário regulatório da saúde suplementar no Brasil.

Do ponto de vista da ANS, esse processo de relacionamento com o movimento sindical objetiva criar condições para um melhor desempenho da sua atividade regulatória, em função da redução da assimetria de informações e de participação entre os diversos atores sociais relacionados à saúde suplementar em nosso país. Em outras palavras, é necessário estabelecer o equilíbrio no nível de informação e participação de todos os envolvidos no processo de regulação.

No mesmo sentido, com o objetivo de gerar um processo de participação qualificada e aprofundamento sistemático da ação sindical sobre o tema, pela sua relevância, as Centrais Sindicais criaram o Fórum Nacional Permanente dos Trabalhadores sobre Saúde Suplementar, em fase de implantação.

Também como parte desse processo, o DIEESE e a Agência Nacional de Saúde Suplementar assinaram convênio, já em execução, para realização de projeto conjunto com as Centrais Sindicais e o Diesat, de sensibilização, pesquisa e capacitação sobre a relação entre o trabalhador brasileiro e a saúde suplementar. Um dos pontos do projeto envolvia a realização de um Seminário Nacional e quatro regionais sobre o tema, já efetivados ao longo de 2008. No momento, está em curso pesquisa com a utilização de grupos focais reunindo operadoras, empresas contratantes, usuários titulares e dirigentes sindicais em São Paulo, Porto Alegre e Salvador. A partir de setembro deste ano devem ser programados cinco cursos de capacitação regionais. Espera-se, ao final do projeto, a formação de um conjunto qualificado de dirigentes sindicais para atuar na regulação da saúde suplementar, no âmbito da macro-regulação (relação com a ANS) e na micro-regulação, isto é, da relação com operadoras e empresas no processo de negociação coletiva.

¹ Participam das discussões as seguintes entidades: Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB), Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB), Central Única dos Trabalhadores (CUT), Força Sindical, Nova Central Sindical dos Trabalhadores (NCST) e União Geral dos Trabalhadores (UGT).

O tema da saúde suplementar e sua relação com os trabalhadores será desdobrado em duas Notas Técnicas. Este primeiro texto se propõe a abordar as principais definições da temática da saúde pública, saúde do trabalhador e saúde privada suplementar. A segunda – ainda sem data marcada para divulgação – deverá apresentar uma sistematização do resultado dos Seminários Nacional e Regionais sobre *O trabalhador brasileiro e a saúde suplementar*, com diagnóstico e propostas dos dirigentes sindicais participantes, vinculados a todas as Centrais Sindicais, para o aperfeiçoamento da saúde suplementar no Brasil.

Busca-se, pois, no conjunto das duas Notas Técnicas, apresentar sumariamente a situação dos trabalhadores como usuários da saúde suplementar, na relação com o recente processo histórico de estruturação da saúde no Brasil, que institucionalizou a convivência entre a saúde pública e a saúde privada no interior do sistema de saúde do país, com a superposição extremamente complexa de atuação, especialmente no campo temático da saúde do trabalhador.

A saúde pública no Brasil

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é “uma situação de perfeito bem estar físico, mental e social”, distinguindo-se, portanto, do conceito adotado pelo senso comum para o qual saúde se confunde com “falta de doença”.

O Brasil é um dos poucos países do mundo que tem uma política universal de saúde pública, garantida pela Constituição Federal (CF), em afinidade conceitual com a OMS. Nos EUA, por exemplo, presidente recém empossado tomou a iniciativa de encaminhar proposta de orçamento para 2010 que inverte as prioridades do governo anterior, e visa buscar condições orçamentárias para dar um salto de qualidade no sistema de saúde do país, passando a considerar a saúde como direito fundamental do ser humano. Registra-se o avanço, mas, certamente, lá e cá, há ainda muito a ser feito para se alcançar condições satisfatórias de atendimento às necessidades da população no campo da saúde.

A instituição de um sistema de saúde pública no Brasil, com os princípios legalmente definidos de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação social e garantia de financiamento, dentre outros, resultou de uma árdua luta da sociedade organizada, desde os anos 70, no contexto da mobilização social pela democratização, num movimento conhecido como Reforma Sanitária. Essa participação e essa mobilização tomaram corpo, no campo da saúde, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. O pano de fundo para esta mobilização tinha como componentes a Campanha das Diretas Já e a luta pela convocação e realização da Assembléia Nacional Constituinte, que contavam com intensa participação do movimento sindical, em conjunto com movimentos populares, intelectuais, organizações não governamentais (ONGs), trabalhadores da saúde, gestores e dirigentes políticos.

A Constituição Federal de 1988 incorporou, de forma quase literal, o conceito de saúde discutido e aprovado na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, no bojo do movimento da Reforma Sanitária. Essa conquista evidencia a representatividade dos atores sociais que dela participaram e das propostas ali contidas que atuavam em ambiente favorável a mudanças substantivas que marcava o processo de saída do regime ditatorial.

A Lei 8.142/90 regulamentou o dispositivo constitucional da participação social no setor saúde no Brasil, instituindo o controle social que “abrange as práticas de fiscalização e de participação nos processos deliberativos relacionados à formulação de políticas de saúde e de gestão do SUS. Há mecanismos institucionalizados que garantem a participação e o controle social, como os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde”².

Portanto, o escopo institucional da saúde no Brasil, reconhecido como um dos mais avançados do mundo, apesar dos graves problemas que enfrenta na sua execução, é resultado de intensa luta e mobilização dos setores majoritários da sociedade brasileira, inclusive do movimento sindical.

A consolidação e o avanço do SUS, que completou 20 anos, é ainda um enorme desafio. É difícil alterar o modelo de atenção à saúde historicamente adotado, voltado para o atendimento hospitalar, em que a promoção e a prevenção à saúde sempre foram consideradas atividades secundárias em relação à assistência. Além disso, existem dificuldades para o funcionamento eficiente e eficaz de um modelo de gestão altamente complexo, envolvendo as três esferas de poder, e isso sem contar a insuficiência dos recursos destinados ao SUS pela União, Estados e Municípios. Estes são alguns exemplos de desafios que estão permanentemente no centro da atenção dos gestores do controle social e de importantes segmentos de movimentos sociais e da academia.

Percebe-se que não foi estabelecida uma relação sistêmica entre a saúde pública e a saúde suplementar. Funcionam como conjuntos distintos, sem conexão entre si. Entretanto, há que se considerar a necessidade de revisão do modelo de atendimento da saúde suplementar, a partir de uma lógica pública. Caberia, por exemplo, para a saúde suplementar, a mesma preocupação com a revisão do seu modelo de atendimento à saúde, atualmente centrado na assistência, com a definição real de prioridade para as ações de promoção, proteção e prevenção.

O movimento sindical tem assento no Conselho Nacional de Saúde e em um grande número de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, participando, portanto, do Controle Social. Entretanto, a atuação sindical deve dar maior ênfase e priorizar o fortalecimento, consolidação e avanço do Sistema Único de Saúde no Brasil.

² “SUS de A a Z” – Ministério da Saúde - 2004

A saúde do trabalhador no Brasil

A saúde do trabalhador é componente indissociável da saúde pública, conforme a Constituição Federal de 1988 (art. 200) e a Lei Orgânica do SUS (Art. 6º).

A julgar pelas estatísticas de acidentes de trabalho, é grave a situação da saúde do trabalhador no Brasil. Em 2007, foram registrados 653.100 acidentes de trabalho, o que representou um crescimento de 27,5% em relação a 2006. O maior impacto deste aumento deveu-se aos acidentes sem Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) cujo registro teve origem na nova sistemática de concessão dos benefícios acidentários (*Nexo Técnico Epidemiológico*)³. Para os acidentes do trabalho ocorridos em 2007 que já eram registrados em 2006, o aumento foi de 3,7%.

O número de acidentes de trabalho liquidados⁴ atingiu 688.700, o que correspondeu a um acréscimo de 23,2% em relação a 2006. A simples assistência médica cresceu 10,6%; a incapacidade temporária aumentou 26,3%; a incapacidade permanente caiu 7,6% e os óbitos aumentaram 0,2%. As principais consequências dos acidentes de trabalho liquidados foram incapacidades temporárias com menos de 15 dias e com mais de 15 dias, cujas participações atingiram 43,4% e 40,9% respectivamente.

Entre 2005 e 2007 foram registrados, na Previdência Social, 1.526.047 acidentes de trabalho. As perdas sociais são dramáticas; com relação às perdas econômicas, estima-se que podem chegar a 10% do PIB, relacionando-se os gastos com a assistência à saúde, o custo dos benefícios, a queda de produtividade e o absenteísmo.

Há um intrincado aparato institucional vinculado à formulação e execução da política de saúde do trabalhador no Brasil, tanto na esfera pública quanto na privada. No nível federal, essa responsabilidade envolve os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social, com desdobramentos nas esferas estadual e municipal, as quais podem ter legislação e atribuições específicas sobre o tema. As empresas dispõem de instâncias definidas pela legislação com atribuições de prevenção, proteção e assistência à saúde do trabalhador⁵. As entidades sindicais também contam com estruturas internas voltadas para o

³ A adoção do conceito de *Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário* em substituição ao de *Nexo Técnico Previdenciário* representou um enorme avanço para a saúde do trabalhador no Brasil. Com a Lei 11.430/2006, o INSS passou a considerar os dados estatísticos epidemiológicos para a caracterização das doenças associadas ao trabalho, deixando de ser rigorosamente necessária a emissão da CAT pela empresa.

⁴ Correspondem aos acidentes cujos processos foram encerrados administrativamente pelo INSS, depois de completado o tratamento e indenizadas as sequelas (INSS, Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho, 2006 – pg. 231).

⁵ As empresas dispõem das seguintes estruturas para tratar da saúde do trabalhador: SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho; PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional; PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais; CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.

tema da saúde e segurança do trabalho, cujas ações são baseadas em autorização legal (Constituição Federal e Lei 8.080/90).

Entretanto, é preciso considerar que os Seminários Nacional e regionais sobre os Trabalhadores e a Saúde Suplementar revelaram – entre outros resultados - a existência de uma complexa relação entre a saúde suplementar e a saúde do trabalhador, subjacente e obscura, não devidamente reconhecida e muito menos tratada, quer no âmbito da política da saúde pública, quer no nível da saúde suplementar. Esse complexo relacionamento deverá ser detalhado na próxima Nota Técnica sobre este tema.

A Constituição Federal afirma que cabe ao SUS executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador. A Lei 8.080/90 reafirma que está incluída, no campo de atuação do SUS, a execução de ações de saúde do trabalhador e de colaboração na proteção ao meio ambiente, inclusive o do trabalho. O parágrafo 3º da referida lei explicita o conceito de saúde do trabalhador, transcrito a seguir:

“§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:”

Estão subordinados, ao parágrafo 3º, oito incisos que relacionam as atividades abrangidas pela saúde do trabalhador. Entre elas estão: a) assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; b) participação em pesquisas e estudos no âmbito do SUS; c) participação em normatização e fiscalização e controle das condições de produção e distribuição; d) avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde e e) participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas empresas instituições e empresas públicas e privadas.

Além dessas atividades, há outras três que atribuem direitos às entidades sindicais no campo da saúde do trabalhador: f) informação ao trabalhador e a sua respectiva entidade sindical sobre riscos e resultados de fiscalizações e exames de saúde; g) colaboração da entidade sindical na revisão da listagem oficial das doenças originadas no processo de trabalho e h) garantia, ao sindicato dos trabalhadores, de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

As atribuições do Ministério do Trabalho e Emprego são regulamentadas na Consolidação das Leis de Trabalho (Capítulo V, do Título II, Lei nº 6.229/75) e explicitadas através do Decreto 5.063, de 2004, alterado pelo Decreto 6.341, de 2008. Cabe ao Ministério do Trabalho e Emprego, entre outras ações, formular e propor diretrizes e normas de atuação

na área de segurança e saúde do trabalho; planejar, supervisionar, orientar, coordenar e controlar as ações de inspeção do trabalho na área de segurança e saúde. No âmbito do MTE, cabe ainda à Fundacentro a produção e difusão de conhecimento, mediante estudos, pesquisas e atividades educativas na área de segurança e saúde do trabalhador.

É atribuição do Ministério da Previdência Social, segundo o art. 194, da CF e autorizado pelas Leis 8.212/91 e 8.213/91, cuidar da saúde e segurança do trabalhador por meio de planos de custeio e planos de benefícios da Previdência Social.

Apesar da evidente fragmentação institucional, tem-se verificado, nos últimos anos, uma busca permanente de atuação conjunta dos Ministérios citados, de aperfeiçoamento das ações voltadas à saúde e segurança do trabalhador, a exemplo da formulação da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), que expressa uma concepção integradora sobre o tema:

Para que o Estado cumpra seu papel na garantia dos direitos básicos de cidadania é necessário que a formulação e implementação das políticas sociais e ações de governo sejam norteadas por abordagens transversais e intersetoriais. Nessa perspectiva, as ações de segurança e saúde do trabalhador exigem uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial capaz de contemplar a complexidade das relações produção-consumo-ambiente e saúde.

Não há possibilidade de melhora significativa da realidade dramática da segurança e saúde do trabalhador no Brasil sem a mobilização e capacitação dos trabalhadores.

A legislação já prevê uma ampla participação do movimento sindical, visando à formulação e execução da política de saúde do trabalhador. Por sua vez, a PNSST 2005 destaca que a “*sociedade civil organizada deverá exercer o papel de controle social, participando de todas as etapas e espaços consultivos e deliberativos relativos à sua implementação.*”

Além da atuação no local de trabalho, o movimento sindical tem participado de comissões relacionadas a esse tema em todas as esferas de poder, a exemplo da Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho, que envolve os Ministérios da Saúde, Previdência e Trabalho, e organizações empresariais.

Com a criação do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat) em 1980, o movimento sindical compreendeu a importância da sua participação qualificada nesse campo, atualmente reforçada pela atuação conjunta com o DIEESE. A atuação do movimento sindical nos espaços específicos de regulação da saúde suplementar poderá ter grande repercussão sobre relevantes aspectos da saúde do trabalhador, contribuindo para o estabelecimento de relações institucionais adequadas e transparentes entre essas duas áreas da saúde no Brasil.

A saúde suplementar no Brasil

O setor de saúde suplementar surgiu em meados dos anos 60 e se expandiu significativamente nos anos 80 e 90. A regulação do setor se deu, no entanto, em 1998 com a publicação da Lei 9.656. Em 2000, é criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com a Lei 9.961⁶, tendo como missão institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País. Os textos legais estabeleceram critérios para entrada, funcionamento e saída de operação de empresas no setor, discriminaram os padrões de cobertura e de qualidade da assistência. Definiram ainda que cabe ao Poder Executivo Federal a responsabilidade pela regulação da atividade econômica das operadoras e da assistência à saúde por elas prestada, além do dever de fiscalização do cumprimento das normas vigentes.

A segurança do usuário de planos privados de assistência à saúde aumentou com a regulamentação da ANS, a partir da adoção de medidas como: as operadoras devem obter um registro de funcionamento; e são obrigadas a disponibilizar informações para acompanhamento dos custos; já os consumidores têm a garantia de assistência a todas as doenças reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde, entre outras.

A estrutura da saúde suplementar no Brasil

A regulação governamental, exercida pela ANS, estabelece a seguinte estrutura para a saúde suplementar no Brasil:

I. Quanto ao tipo de contratação:

O plano de saúde pode ser:

- a) individual ou
- b) coletivo;

II. Quanto ao tipo de cobertura assistencial:

A cobertura do plano de saúde pode ser:

- a) de assistência médica, inclusive com odontologia e
- b) exclusivamente odontológica;

III. Quanto à segmentação assistencial do plano de saúde:

A assistência prevista no plano de saúde pode ser

- a) ambulatorial,
- b) hospitalar,
- c) hospitalar e ambulatorial e

6 A Lei 9.961/2000 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e definiu a sua finalidade, a estrutura, atribuições, sua receita, a vinculação ao Ministério da Saúde e a sua natureza.

d) referência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, em enfermaria).

IV. Quanto à modalidade de operadora:

Conforme a sua organização e objetivos as operadoras apresentam as seguintes modalidades:

- a) Seguradora especializada em saúde;
- b) Medicina de grupo;
- c) Cooperativas médicas e/ou odontológicas;
- d) Autogestão;
- e) Filantrópicas e
- f) Administradoras.

Evolução da saúde suplementar no Brasil

Entre 2000 e 2008, a saúde suplementar no Brasil teve forte crescimento, no que se refere ao número de vínculos a planos de saúde totais e coletivos. O número de vínculos não corresponde necessariamente ao de usuários, pois um mesmo usuário pode ter vários vínculos a planos de saúde.

**Evolução da Saúde Suplementar
Número de vínculos
Brasil - 2000/2008**

Período	Assistência médica (com ou sem odontologia)					Exclusivamente odontologia				
	Total		Coletivos			Total		Coletivos		
	Quantidade (em mil)	Índice	Quantidade (em mil)	Índice	Participação	Quantidade (em mil)	Índice	Quantidade (em mil)	Índice	Participação
mar/2000	30.264	100	8.988	100	30%	2.283	100	1.212	100	53%
set/2008	40.793	135	29.981	334	73%	10.406	456	8.988	742	86%

Fonte: "Caderno de Informação da Saúde Suplementar" - ANS
Elaboração: Dieese

Entre março de 2000 e setembro de 2008, os vínculos aos planos coletivos de saúde tiveram crescimento a taxas substancialmente mais elevadas que o total dos vínculos dos planos de saúde. Enquanto o total de vínculos a planos de saúde com cobertura de assistência médica cresceu 35%, os vínculos a planos coletivos com o mesmo tipo de cobertura aumentaram em 234%, passando de 30% do total em março de 2000, para 73% em setembro de 2008.

Os vínculos a planos com cobertura exclusivamente odontológica apresentaram um grande crescimento (356%) no período em questão; os vínculos aos planos coletivos odontológicos cresceram 642%, com sua participação no total passando de 53%, em março de 2000, para 86% em setembro de 2008.

Esse significativo aumento nos planos coletivos de saúde que envolve os trabalhadores organizados e suas respectivas representações sindicais é determinante para a estruturação

desse projeto que reúne as Centrais Sindicais, DIEESE, Diesat e ANS. É preciso aperfeiçoar a regulação dos planos de saúde coletivos em função dos interesses e necessidades dos usuários trabalhadores e suas famílias, propiciando um funcionamento mais justo a esse mercado. Mas também é preciso entender a complexidade da relação que se estabelece entre a saúde suplementar, a saúde pública e a saúde do trabalhador.

Rua Ministro Godói, 310
CEP 05001-900 São Paulo, SP
Telefone (11) 3874-5366 / fax (11) 3874-5394
E-mail: en@dieese.org.br
www.dieese.org.br

Direção Executiva

Tadeu Morais de Sousa - Presidente
STI Metalúrgicas, Mecânicas e de Materiais
Elétricos de São Paulo e Mogi das Cruzes
Alberto Soares da Silva – Vice-presidente
STI de Energia Elétrica de Campinas
João Vicente Silva Cayres – Secretário
Sindicato dos Metalúrgicos do ABC
Antonio Sabóia B. Junior – Diretor
SEE Bancários de São Paulo, Osasco e Região
Antonio de Sousa – Diretor
STI Metalúrgicas, Mecânicas e de Material
Elétrico de Osasco e Região
Paulo de Tarso G. B. Costa – Diretor
Sindicato dos Eletricistas da Bahia
José Carlos de Souza – Diretor
STI de Energia Elétrica de São Paulo
Carlos Donizeti França de Oliveira – Diretor
Femaco – FE em Serviços de Asseio e
Conservação Ambiental Urbana
e Áreas Verdes do Estado de São Paulo
Mara Luzia Feltes – Diretora
SEE Assessoramentos, Perícias, Informações,
Pesquisas e Fundações Estaduais do Rio Grande
do Sul
Zenaide Honório – Diretora
Sindicato dos Professores do Ensino Oficial de
São Paulo (Apeoesp)
Pedro Celso Rosa – Diretor
STI Metalúrgicas, de Máquinas, Mecânicas, de
Material Elétrico de Veículos
e Peças Automotivas de Curitiba
Josinaldo José de Barros – Diretor
STI Metalúrgicas, Mecânicas e de Materiais
Elétricos de Guarulhos, Arujá, Mairiporã e Santa
Isabel
Antonio Eustáquio Ribeiro – Diretor
SEE Bancários de Brasília - CNTT/CUT

Direção técnica

Clemente Ganz Lúcio – diretor técnico
Ademir Figueiredo – coordenador de estudos e
desenvolvimento
José Silvestre Prado de Oliveira – coordenador de
relações sindicais
Nelson Karam – coordenador de educação
Francisco J.C. de Oliveira – coordenador de
pesquisas
Claudia Fragozo dos Santos – coordenadora
administrativa e financeira

Equipe técnica responsável

Ana Cláudia Cardoso
Ana Yara Paulino
Nelson Karam
Reginaldo Muniz Barreto
Iara Heger (revisão)