

# Saúde relacionada ao trabalho

*As três concepções\**

**RESUMO:** Este artigo explicita as várias fases pelas quais passaram as concepções sobre a saúde do trabalhador – ilustradas com as noções de medicina do trabalho, de saúde ocupacional e de saúde do (a) trabalhador (a) –, desde a Revolução Industrial até o presente, mostrando a evolução que sofreram por meio da luta trabalhista, à qual se incorporaram as questões de gênero, no Brasil e no mundo.

*Palavras-chave:* Medicina do trabalho. Saúde ocupacional. Acidente de trabalho. Relações de gênero. Saúde do trabalhador.

## Introdução<sup>1</sup>

Com o advento da Revolução Industrial, o (a) trabalhador (a) passou a vender sua força de trabalho e se adequar ao ritmo da produção, que lhe exigia cada vez mais (inclusive de mulheres e crianças), em exaustivas jornadas completamente desfavoráveis à saúde.

Um grande número de pessoas em espaços inadequados propiciava a proliferação de doenças infectocontagiosas, ao mesmo tempo em que a periculosidade das máquinas era responsável por mutilações e mortes.

Assim, a medicina passou a atuar no espaço produtivo da fábrica, detectando os processos danosos à saúde e buscando as causas das doenças e acidentes. Destacam-se algumas concepções que se mantêm até hoje, como: Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional e Saúde do (a) Trabalhador (a).

## Medicina do Trabalho

A Medicina do Trabalho (MT) surge como especialidade médica na Inglaterra, no século XIX, por volta de 1830, com a Revolução Industrial. Nesse período as condições de trabalho eram extremamente penosas e precárias.

O desenvolvimento da Medicina do Trabalho voltou-se, essencialmente, ao controle de saúde da força de trabalho, um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres, para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes ricas.

### *Características da Medicina do Trabalho*

- »» Serviços dirigidos por pessoas de inteira confiança do empresário e que se dispusessem a defendê-lo.
- »» Serviços centrados na figura do médico: (i) a prevenção dos danos à saúde, resultantes dos riscos ao trabalho, deveria ser tarefa eminentemente médica; (ii) a responsabilidade pela ocorrência dos problemas de saúde ficava transferida ao médico.

---

\* Publicado, originalmente, no Caderno do Curso de Formação para Representantes de Escola 2009, Etapa III (Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores em Educação), p. 12-19, do Sindicato dos Trabalhadores em Educação do Paraná (APP).  
Site: <[www.appindicato.com.br](http://www.appindicato.com.br)>.

<sup>1</sup> O presente texto, com exceção do item “Uma questão de gênero” (p. 40), foi elaborado pela Secretaria de Formação da APP com base em *slides* de Guilherme Souza Cavalcanti e Marcos Armando Alves Pereira.

»» Serviço baseado no controle da força de trabalho: (i) controle do absenteísmo (ou ausentismo, que são as ausências dos (as) trabalhadores (as) por faltas, atrasos, doenças, licenças); (ii) retorno mais rápido da força de trabalho à produção.

»» Os serviços médicos das empresas passaram a criar e manter a dependência do(a) trabalhador(a) (e, frequentemente, dos seus familiares), ao lado do exercício direto do controle da força de trabalho.

### ***Funções da Medicina do Trabalho***

»» Assegurar a proteção dos (as) trabalhadores (as) contra todo o risco que prejudique a saúde, resultado do seu trabalho ou das condições em que este se efetua.

»» Intervir para garantir a reprodução do processo de produção: (i) selecionando trabalhadores (as) com maior aptidão física e mental à atividade da empresa, possibilitando a escolha de uma mão-de-obra provavelmente menos geradora de problemas futuros, como o absenteísmo e suas consequências; (ii) adaptando os(as) trabalhadores(as) às condições de trabalho pré-estabelecidas; (iii) mantendo o controle sobre a força de trabalho para garantir maiores lucros.

»» Contribuir para o estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos (as) trabalhadores (as).

»» Controlar o absenteísmo na força de trabalho já empregada, analisando os casos de doenças, faltas, licenças, obviamente com mais cuidado e mais controle por parte da empresa do que quando esta função é desempenhada por serviços médicos externos a ela.

»» Obter o retorno mais rápido da força de trabalho à produção, na medida em que um serviço próprio tem a possibilidade de funcionamento mais eficaz do que as habitualmente “morosas” e “deficientes” redes previdenciárias e estatais, ou mesmo a prática liberal sem articulação com a empresa.

### ***Causas da insuficiência da MT***

»» A *tecnologia industrial evoluíra* de forma acelerada: desenvolvimento de novos processos industriais, novos equipamentos e a síntese de novos produtos químicos.

»» Sua *impotência* para intervir sobre os problemas de saúde causados pelos processos de produção (medicalização).

### **Saúde Ocupacional**

Num contexto econômico e político como o da II Guerra Mundial e o do pós-guerra, o custo provocado pela perda de vidas – abruptamente por acidentes do trabalho ou mais insidiosamente por doenças do trabalho – começou a ser também sentido pelos empregadores (ávidos por mão-de-obra produtiva) e pelas companhias de seguro, às voltas com o pagamento de pesadas indenizações por incapacidade provocada pelo trabalho.

A Saúde Ocupacional surgiu nas grandes empresas com o traço da multi e interdisciplinaridade, com a organização de equipes progressivamente multiprofissionais e a ênfase na higiene industrial.

Na legislação, a Saúde Ocupacional expressou-se principalmente na obrigatoriedade de equipes multidisciplinares nos locais de trabalho; na avaliação quantitativa de riscos ambientais; e na adoção de “limites de tolerância”, entre outras.

A Saúde Ocupacional foi desenvolvida para atender a uma necessidade da produção, porém, não conseguiu atingir os objetivos propostos porque: (i) não concretizou o apelo à interdisciplinaridade – as

atividades apenas se justapunham de maneira desarticulada e eram dificultadas pelas lutas corporativas; (ii) a capacitação de recursos humanos, a produção de conhecimento e de tecnologia de intervenção não acompanharam o ritmo da transformação dos processos de trabalho; (iii) o modelo, apesar de focar a questão no coletivo de trabalhadores(as), continuou a abordá-los como “objeto” das ações de saúde; (iv) esteve pautada no modelo ecológico, compreendendo o processo saúde-doença como determinado pela relação homogênea entre ambiente (naturalizado), hospedeiro e agente.

### *Serviços de saúde e segurança ocupacional*

- »» Foram organizados pelos patrões, sem a participação dos(as) trabalhadores(as).
- »» Negaram-se a reconhecer que as doenças dos(as) trabalhadores(as) estavam relacionadas ao trabalho, especialmente as lesões por esforços repetitivos (*LER*), os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (*Dort*), as intoxicações crônicas, as doenças cardiovasculares, os transtornos mentais e outras.
- »» Controlavam o absenteísmo, que era o mais importante para eles.
- »» Sonegaram informações aos(as) trabalhadores(as) e desprezaram o saber operário.
- »» Trataram as doenças como fenômenos individuais, escondendo seu caráter social e a relação com o processo de produção.
- »» Trataram os(as) trabalhadores(as) como “objeto” das ações de saúde ocupacional.
- »» A aplicação de medidas de proteção foi feita em caráter individual (equipamentos de proteção individual – EPI) e adotaram “limites de tolerância”, medidas ineficazes para a efetiva proteção da saúde dos trabalhadores, pois reduzem a exposição e não eliminam os fatores nocivos à saúde.
- »» As próprias empresas analisavam os acidentes de trabalho, mascarando a responsabilidade patronal e culpando o próprio trabalhador(a), geralmente por imperícia, descuido ou desatenção (o chamado “ato inseguro”). Configurava-se, desta forma, um modelo patronal tecnicista e distanciado dos(as) trabalhadores(as).
- »» Tratavam os acidentes de trabalho, passíveis de previsão e prevenção, como inerentes ao trabalho, ou seja, mera consequência. A própria palavra acidente passava a ideia de fatalidade (expressando a concepção ideológica burguesa).

### *Os problemas da Saúde Ocupacional*

Surgiram, em nível da rede pública de serviços de saúde, programas de assistência aos(as) trabalhadores(as), com ativa participação destes(as) e das suas organizações.

Não houve preocupação com as efetivas condições de trabalho, mas, sim, o atendimento à saúde de quem já estava doente.

Os programas contribuíram para desvelar o impacto do trabalho sobre a saúde, questionaram as práticas dos serviços de medicina do trabalho nas empresas e instrumentalizaram os(as) trabalhadores(as) nas suas reivindicações por melhores condições de saúde.

O exercício da participação do(a) trabalhador(a) em questões de saúde pôs em xeque, em muitos casos, conceitos amplamente consagrados pela saúde ocupacional, na qual exames médicos pré-admissionais e periódicos eram utilizados para práticas altamente discriminatórias.

Assim, os trabalhadores(as) explicitaram sua desconfiança nos procedimentos técnicos e éticos dos profissionais dos serviços de saúde ocupacional (segurança, higiene e medicina do trabalho).

## **Saúde do(a) Trabalhador(a)**

### *A força do movimento social*

A insuficiência da saúde ocupacional se evidencia e, no final da década de 1960 e início dos anos 1970, surge um movimento social de saúde – renovado, revigorado e redirecionado – nos países industrializados do mundo ocidental, notadamente Alemanha, França, Inglaterra, Estados Unidos e Itália, como expressão do fortalecimento das lutas do movimento dos (as) trabalhadores (as). Um exemplo real é a lei italiana de 1970, que institui o Estatuto dos Trabalhadores (ver Anexo).

A principal expressão deste momento histórico foi o Movimento da Reforma Sanitária Italiana. Na sequência, o Movimento da Medicina Social Latino-Americana aprofundou o caráter histórico e social do processo saúde/doença, colocando-o como o centro da relação trabalho/saúde.

A efervescência de Maio de 1968 tipificou a exteriorização deste fenômeno. Marcado pelo questionamento do sentido da vida, o valor da liberdade, o uso do corpo e a obsolescência dos valores já sem significado para a nova geração, o movimento abalou a confiança no Estado e pôs em xeque o lado sagrado e místico do trabalho – cultivado no pensamento cristão e necessário na sociedade capitalista.

O processo levou, em alguns países capitalistas, à exigência de participação dos(as) trabalhadores(as) nas questões de saúde e segurança, revelando situações concretas no seu cotidiano, expressas em sofrimento, doença e morte.

A partir daí, houve avanços nos contratos coletivos de trabalho e reconhecimento dos direitos fundamentais dos (as) trabalhadores (as):

- »» Direito ao acompanhamento da fiscalização e melhoramento das condições e do ambiente de trabalho.
- »» Direito à informação sobre riscos, medidas de controle, resultados de exames médicos e de avaliações ambientais.
- »» Direito à recusa ao trabalho em condições de risco grave para a saúde ou a vida.
- »» Direito à consulta prévia aos (às) trabalhadores (as), pelos empregadores, antes de mudanças de tecnologias e de formas de organização do trabalho.
- »» Participação na escolha de tecnologias.
- »» Direito de homologar (confirmar/aprovar) a contratação de profissionais que atuam nos serviços de saúde no trabalho.

## **Saúde do (a) Trabalhador (a) no Brasil**

Para Mendes e Dias (1991, p. 347),

[...] a saúde do trabalhador considera o trabalho enquanto organizador da vida social, como espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas igualmente, de resistência, de constituição, e do fazer histórico. Nesta história os trabalhadores assumem o papel de atores, de sujeitos capazes de pensar e de se pensarem, produzindo uma experiência própria, no conjunto das representações da sociedade.

No Brasil, constituiu-se uma área da Saúde Pública, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos nos ambientes e condições de trabalho que agravavam a saúde do (a) trabalhador (a), organizando-se a prestação da assistência, através do diagnóstico, tratamento e reabilitação, de forma integrada, no Sistema Único de Saúde (SUS).

Na concepção do Ministério da Saúde (MS), trabalhadores (as) são todos os (as) que exercem atividade para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais e informais da economia.

Ainda segundo o MS, entre os determinantes da saúde do (a) trabalhador (a) estão compreendidos condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais, responsáveis pelas condições de vida; os fatores de risco ocupacionais – físicos, químicos, biológicos, mecânicos; e aqueles determinantes da organização laboral (presentes nos processos de trabalho). Assim, as ações de saúde do (a) trabalhador (a) passam a ter como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde/trabalho em toda a sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

A execução das ações voltadas à saúde do (a) trabalhador (a) é atribuição do SUS, prescrita no artigo 200 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e regulamentada pela Lei Orgânica de Saúde – LOS (BRASIL, 1990). O artigo 6º da LOS confere à direção nacional do SUS a responsabilidade de coordenar esta política.

No parágrafo 2º do artigo 6º da LOS, a saúde do (a) trabalhador (a) é definida como:

[...] um conjunto de atividades que se destina, por meio de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde do trabalhador, assim como visa à recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos de agravos advindos das condições de trabalho.

O conjunto de atividades está detalhado nos incisos de I a VIII do referido parágrafo, abrangendo:

- »» A assistência ao(à) trabalhador(a) vítima de acidente de trabalho ou portador (a) de doença profissional e do trabalho;
- »» A participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle das condições de produção, extração, armazenamento e transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do (a) trabalhador (a);
- »» A avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde do (a) trabalhador (a);
- »» A informação ao (à) trabalhador (a), à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos de ética profissional;
- »» A participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do (a) trabalhador (a) nas instituições e empresas públicas e privadas;
- »» A revisão periódica da listagem oficial das doenças originadas no processo de trabalho;
- »» A garantia ao sindicato dos (as) trabalhadores (as) de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, setor, serviço ou todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde do (a) trabalhador (a).

Além da Constituição Federal e da LOS, outros instrumentos e regulamentos federais orientam o desenvolvimento de ações no âmbito do setor de saúde, dentre os quais se destacam as portarias do Ministério da Saúde nº 3.120 (BRASIL, 1998a) e nº 3.908 (BRASIL, 1998b), ambas de 1998, que tratam, respectivamente, da definição de procedimentos básicos para a vigilância em saúde do (a) trabalhador (a) e

da prestação de serviços nessa área. A operacionalização das atividades deve ocorrer nos planos nacional, estadual e municipal, aos quais são atribuídos diferentes responsabilidades e papéis.

As normatizações relacionadas ao papel das instituições governamentais na proteção e promoção da saúde do (a) trabalhador (a) são recentes. No entanto, a legislação trabalhista é bem anterior e assegura o direito à saúde do (a) trabalhador (a), segundo a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), de 1º de maio de 1943 (BRASIL, 1943), e através da Portaria nº 3.214, de 1978, do Ministério do Trabalho (BRASIL, 1978).

A Política Nacional de Segurança e Saúde do (a) Trabalhador (a), publicada em 29 de dezembro de 2004, atribui as responsabilidades institucionais da promoção e manutenção da segurança e saúde do trabalhador ao Ministério do Trabalho, Fundacentro, Ministério da Saúde, enquanto gestor nacional do SUS, e ao Ministério da Previdência Social. Esta tentativa de definir papéis e de estabelecer a necessidade de cooperação mútua entre os diversos setores responsáveis é um passo importante para a cooperação e a integração.

No entanto, a Portaria/MS nº 1.125, de 2005, definiu os propósitos da política: no artigo 2º estão as diretrizes das ações a serem desenvolvidas pelo SUS. Novamente, há muita regulamentação e falta definição clara dos mecanismos de promoção e manutenção da saúde do (a) trabalhador (a) que não são especificados nem em relação à assistência à saúde, atribuição única do SUS.

Observam-se, ainda, no Plano Nacional de Segurança e Saúde do(a) Trabalhador(a) (PNSS), ações que poderiam facilmente ser atribuídas aos outros órgãos, como a vigilância dos ambientes de trabalho e o desenvolvimento de estudos e pesquisas. Seria necessária a definição de prioridades e metas para a estruturação da Rede de Informações em Saúde do (a) Trabalhador (a) e o fortalecimento e incremento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do (a) Trabalhador (a) (Renast), que beneficiariam os (as) trabalhadores (as) saudáveis e doentes.

Inversamente ao que se deveria esperar, não observamos, efetivamente, a integração dos agentes responsáveis e, sim, uma disputa pelo poder e financiamento da segurança e da saúde do (a) trabalhador(a).

Fica evidente a importância da sociedade como reguladora dessas ações, papel que já foi, em parte, das instituições sindicais, mas que se encontra enfraquecido na atualidade, devido às intensas modificações no mercado de trabalho brasileiro.

## **Uma questão de gênero<sup>2</sup>**

Como a área da educação reúne um número maior de mulheres que de homens, torna-se indispensável incorporar a perspectiva de gênero, para abordar de maneira integral os problemas específicos, considerando não só as condições no trabalho como também fora dele, assim como suas consequências sobre a saúde.

A questão das diferenças de gênero, colocadas em evidência à luz da organização econômica e política do mundo atual, tem possibilitado o tratamento mais abrangente de problemáticas como o da

---

<sup>2</sup> A presente seção foi elaborada pela Secretária de Formação da APP com base na dissertação “Trabalho multifacetado de professores(as): a saúde entre limites”, de Luciana Gomes, defendida em 2002, na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). 127 p. Disponível em: <<http://portaldesicic.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2002/gomeslm/capa.pdf>>, também publicada no citado Caderno do Curso de Formação da APP Sindicato.

atenção à saúde das trabalhadoras, a da divisão desigual dos riscos e das doenças e da sobrecarga invisível do trabalho reprodutivo. (BRITO, 1999, p. 7).

Segundo Llobet (2000), o fato de que o homem tenha sido tomado como exemplo do humano prejudica a mulher, uma vez que mulheres e homens apresentam diferenças na forma de adoecer, de morrer, e de fato não têm a mesma carga de trabalho.

As diferenças de gênero podem ser percebidas quando se produzem normas muito desiguais de um grupo de sexo a outro. De acordo com Kergoat (1989), a própria organização do trabalho é exercida de forma diferenciada. Ela observou, na classe operária, que se punem mais as mulheres quando elas questionam o trabalho, e é menor a tolerância à sua dispersão. A preguiça, no trabalho assalariado e no trabalho doméstico, é nomeada como característica feminina da classe operária: a mulher não tem o “direito” de perder tempo.

Embora as mulheres conquistem cada vez mais seu espaço no mundo do trabalho, a maioria, particularmente nas classes mais baixas, ainda se ocupa do trabalho doméstico, assumindo a dupla jornada, o que acarreta tensão, cansaço e sobrecarga física e mental, com efeito multiplicador sobre os riscos invisíveis. Como aponta Neves (1999), as mulheres professoras têm, em sua maioria, a contaminação dos momentos de tempo livre pelo trabalho doméstico (não reconhecido socialmente), o que contribui para o seu desgaste.

A dupla jornada, além de implicar mais horas de trabalho, supõe uma divisão emocional entre as exigências pessoais e as necessidades da família, gerando com frequência a dupla culpabilidade, e aumentando os acidentes, a pré-disposição a doenças e a sua cronificação (LLOBET, 2000).

## Referências

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto-lei/del5452.htm>>. Acesso em: 19 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.125, de 6 de julho de 2005**. Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/gab05/gabjul05.htm>>. Acesso em: 19 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho. **Portaria nº 3214, de 08 de junho de 1978**. Aprova as Normas Regulamentadoras – NR – do capítulo V do Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à segurança e Medicina do trabalho. In: ATLAS.**Manuais de legislação: segurança e medicina do trabalho**. 54 ed. São Paulo: Atlas, 2004. p. 229-232.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/legislação>>. Acesso em: 19 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. [Lei Orgânica da Saúde – LOS]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 19 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998a.** [Em anexo a] Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador do SUS. Disponível em: <[http://www.pgt.mpt.gov.br/images/arquivos/codemat/ms/Portaria\\_3120\\_GM.pdf](http://www.pgt.mpt.gov.br/images/arquivos/codemat/ms/Portaria_3120_GM.pdf)>. Acesso em: 21 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998b.** Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/3908\\_98.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/3908_98.htm)>. Acesso em: 21 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho:** manual de procedimentos para serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. 580 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 114). Disponível em: <[http://www.ims.uerj.br/espmedtrab/doenca\\_trabalhador.pdf](http://www.ims.uerj.br/espmedtrab/doenca_trabalhador.pdf)>. Acesso em: 18 jun. 2010.

BRITO, J. C. et al. **A escola pública:** uma análise das dimensões de gênero, saúde e trabalho. Rio de Janeiro: CESTE/ FIOCRUZ, 1999. Projeto Integrado de Pesquisa.

KERGOAT, D. **Luttes ouvrières et relation de sexe:** de la construction du Subject Collectif. Paris: GEGISST-CNRS, 1989.

LLOBET, Carmen Valls. Mujer y Salud Laboral. **Lan Osasuna:** [revista sobre salud laboral], Gestais: STEE-EILAS, n.1, feb. 2000. Disponível em: <[http://www.stee-eilas.org/dok/arloak/lan\\_osasuna/aldizkar/Lan\\_Osasuna1/10300p4a7.pdf](http://www.stee-eilas.org/dok/arloak/lan_osasuna/aldizkar/Lan_Osasuna1/10300p4a7.pdf)>. Acesso em: abr. 2000.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v25n5/03.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2010.

NEVES, Mary Yale. **Trabalho docente e saúde mental:** a dor e a delícia de ser (tornar-se) professora. 1999. 277 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.

## **Anexo**

Lei [italiana] nº 300, de 20 de maio de 1970 **Estatuto dos Trabalhadores**

Princípios que orientam o Modelo Operário Italiano:

»» *A não-delegação:* os (as) trabalhadores (as) devem assumir direta e imediatamente a condução da luta em defesa da sua saúde, recusando a tutela e subordinação aos patrões e ao Estado.

»» *A não-monetização do risco:* a luta dos (as) trabalhadores (as) tem como objetivo fundamental eliminar riscos e não buscar a mera reparação das consequências, através de indenizações e adicionais (*monetização* significa transformar em dinheiro). A saúde não se vende. Se defende!



»» *Reconhecimento do saber operário*: as experiências e a reflexão dos (as) trabalhadores (as) são fundamentais na luta contra a nocividade dos ambientes e processo de trabalho, afinal são eles (as) que vivem e sofrem suas consequências.

»» *A validação consensual*: o registro dos problemas prioritários, a definição da pauta de reivindicações e das estratégias de luta são feitas pelo conjunto dos (as) trabalhadores (as).

*Cadernos de Educação*, Brasília, n. 22, p. 27-44, jan./jun. 2010. Disponível em: <[www.cnte.org.br](http://www.cnte.org.br)>