

A Saúde do Trabalhador

Rever conceitos, ressignificar a prática

Manoel Messias Mello*
Claudia Rejane de Lima **

RESUMO: Os autores mostram que este é um campo de atuação essencialmente político, no qual se confrontam interesses distintos, no âmbito institucional; e que os preceitos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional permanecem intactos na legislação trabalhista e previdenciária e nos modelos de gestão da saúde dos empregadores, sendo necessário o controle social e a ampliação do poder de intervenção dos trabalhadores, para a regulamentação da negociação coletiva no serviço público, após a ratificação, pelo Brasil, da Convenção 151 da OIT.

Palavras-chave: Saúde ocupacional. Medicina do Trabalho. Convenção 151/OIT.

Introdução

As formas de adoecer e morrer de trabalhadores de segmentos profissionais específicos sempre chamaram a atenção de médicos, filósofos e, certamente, dos próprios trabalhadores ao longo dos tempos. Datam da Idade Média as primeiras observações mais sistematizadas, como o clássico estudo do médico Bernardino Ramazzini, publicado em 1700, sobre as condições de trabalho e as doenças ocupacionais que acometiam mineiros, químicos, farmacêuticos, cloaqueiros e outros profissionais da época (MENDES; DIAS, 1991).

Contudo, é no século seguinte, a partir da Revolução Industrial, que as repercussões do trabalho à saúde assumem dimensão mais complexa, quando se instaura o novo modo de produção e, junto com ele, novo padrão de exploração do trabalho.

O reposicionamento da atividade humana nos processos produtivos – da condição de *sujeito*, verificada nas antigas corporações de ofício, à condição de *objeto*, de recurso de produção na fábrica capitalista – não só é um marco histórico, como o aspecto chave para compreender a dinâmica da relação saúde-trabalho e a saúde do trabalhador, campo de práticas onde se confrontam distintos interesses.

O primeiro serviço de Medicina do Trabalho surge na Inglaterra, em 1830, início do processo de industrialização, contexto em que a mão de obra era escassa e inexistiam políticas públicas de saúde, tampouco proteção do trabalho. A introdução de um médico no interior das fábricas tinha como perspectiva reparar os problemas de saúde gerados pelo processo acelerado e desumano de produção, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e a reprodução do próprio processo. (MENDES; DIAS, 1991, p. 341).

Estavam, assim, lançadas as bases de um modelo de intervenção que perdura até os dias de hoje, ou seja, a contratação de profissionais de confiança do empregador e com disposição de defendê-lo; a prevenção de doenças como tarefa eminentemente médica; a saúde compreendida tão-somente na perspectiva individual e biológica, de relação de causa e efeito entre riscos ambientais e o corpo dos trabalhadores. E, coerente com a noção de trabalho instaurada pela Revolução Industrial, o trabalhador visto

* Mestre em Gestão de Políticas Públicas. Secretário de Saúde do Trabalhador da Central Única dos Trabalhadores (CUT); dirigente da Federação Nacional dos Trabalhadores em Processamento de Dados (Fenadados). Site: <www.cut.org.br>.

** Psicóloga. Assessora da Secretaria de Saúde do Trabalhador da CUT; mestrandia em Engenharia de Produção. Site: <www.cut.org.br>.

como objeto de ação do profissional de saúde, portanto, destituído de desejos, vontades e conhecimentos.

Nova roupagem, velhos pressupostos

Mesmo com a ampliação para uma abordagem multidisciplinar, na chamada *Saúde Ocupacional* os pressupostos são os mesmos, sob uma nova roupagem, cuja ênfase é o viés técnico e a atuação na segurança do trabalho, mais especificamente no controle dos riscos ambientais (observáveis e mensuráveis).

Alinhadas a estas premissas da Saúde e da Segurança do Trabalho, compreendidas muitas vezes como âmbitos de ação distintos, foram estabelecidas leis e normas de regulação nacionais e internacionais. No Brasil, temos, por exemplo, a criação do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) e as Normas Regulamentadoras das Condições de Trabalho, instituídos em 1974, sob a égide do Ministério do Trabalho e Emprego, como resposta da ditadura militar aos elevados índices de acidentes, que conferiam ao Brasil um vergonhoso posto de destaque no ranking mundial.

No total, são 33 normas regulamentadoras da saúde, algumas de aplicação em todos os segmentos produtivos, outras voltadas para segmentos específicos (construção civil, setor elétrico, trabalho rural, trabalho em saúde etc.) e algumas estruturantes do modelo de gestão da saúde e da segurança, notadamente a NR 4 (SESMT); NR5 – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (Cipa); NR6 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), NR 9 Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA).

Algumas NR são, também, parâmetro de salubridade ou insalubridade para fins previdenciários, quando da concessão de aposentadoria especial; e, no caso da concessão de benefícios acidentários, muitas empresas lançam mão de laudos e programas de controle de riscos, em geral, burocraticamente produzidos por técnicos, para fugirem da responsabilidade sobre os danos causados à saúde dos trabalhadores.

Não resta dúvida de que a complexidade da relação saúde-trabalho, por natureza multidisciplinar, requer parâmetros científicos e normatizações que permitam estruturar políticas de prevenção e de promoção de saúde nos locais de trabalho. Contudo, ao se estabelecer um modelo de intervenção privado, totalmente sob controle dos empregadores, estabeleceu-se, também, um problema ético quanto aos compromissos na proteção da vida e da saúde, cuja tensão se expressa nas relações de trabalho e nas políticas públicas.

Há, também, limitações na eficácia das normatizações, uma vez que elas se baseiam em situações presumidas, que desconsideram a variabilidade humana e do próprio trabalho, cujas condições não se mantêm exatamente iguais do início ao final da jornada, nem por um período mais longo.

Além disso, ao privilegiar os riscos ambientais mensuráveis (iluminação, ruído, agentes químicos, biológicos etc.) se desconsidera o modelo de organização do trabalho (conjunto de regras que define o ritmo de trabalho, o conteúdo e a divisão de tarefas), as metas, os mecanismos de avaliação, enfim, o sistema hierárquico que determina as margens de liberdade e de poder dos trabalhadores para interferir nas situações de trabalho, em especial nas que impõem riscos e sofrimento.

De maneira simplificada, pode-se dizer que os riscos ambientais atingem principalmente o corpo dos trabalhadores, e a organização do trabalho, principalmente, a mente, afetando a saúde mental. Contudo, o conceito de saúde de Dejours (1986) – como possibilidade de ser *sujeito* –, implica o acesso aos meios e condições necessárias para modificar situações ambientais incômodas ou regras impostas pelo trabalho.

A saúde do trabalho no setor público

Embora as normatizações tenham origem no trabalho industrial, a lógica e as premissas da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional se espalharam por todos os segmentos produtivos do setor privado, institucionalizadas no capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com exigências de caráter obrigatório. Mas acabam sendo referência também para o setor público, segmento em que a responsabilidade do Estado fica numa zona de penumbra, espécie de limbo jurídico, dentre outras coisas no que diz respeito à fiscalização, pela ambiguidade de o Estado fiscalizar-se a si mesmo.

Do ponto de vista da institucionalização de direitos, o setor público tem, ainda, outra especificidade, que é a trajetória organizativa dos seus trabalhadores, cujas lutas são antigas; mas o direito à constituição de sindicatos foi conquistado, apenas, na Constituição Federal de 1988, no bojo das lutas pela democratização da sociedade.

A Constituição Federal de 1988 marcou, também, nova definição e novo delineamento institucional para a saúde do trabalhador, que passou a ter a área da Saúde como marco regulatório, além das áreas do Trabalho e da Previdência Social, que já regulavam e hegemonizavam a regulação, por conseguinte, a modulação das práticas adotadas pelos empregadores.

Como campo de atuação, a saúde do trabalhador surge em meados da década de 1970, com uma perspectiva transformadora, contra-hegemônica (LACAZ, 2007), fruto do posicionamento crítico do movimento sindical e de profissionais da área de saúde, no contexto das lutas pela Reforma Sanitária que deram origem ao SUS, com vistas a superar os preceitos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional.

Suas raízes encontram-se na medicina social latino-americana e na reforma sanitária italiana, ampliando o quadro interpretativo dos processos saúde/ doença e sua relação com o trabalho, para além de uma dimensão estritamente biológica, que incorpora referenciais das ciências sociais, em especial o pensamento marxista (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Assim, a Saúde do Trabalhador é um campo de práticas interdisciplinares, desenvolvidas por diversos atores, que têm como premissa o trabalhador como sujeito, detentor de conhecimentos, vontades e desejos e os processos saúde-doença relacionados com o trabalho não só como resultado da exposição a riscos ambientais, mas da articulação dinâmica de um conjunto de condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais.

Barreiras à participação do trabalhador

Longe de uma área técnica, a-histórica e neutra, trata-se de campo de atuação essencialmente político, arena em permanente disputa, onde se confrontam interesses distintos, inclusive no âmbito institucional, posto que os preceitos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, em grande medida, permanecem intactos na legislação trabalhista e previdenciária e nos modelos de gestão da saúde adotados pelos empregadores.

A representação do movimento sindical nos espaços tripartites de negociação tem possibilitado a conquista de melhorias importantes na legislação em vigor e buscado ampliar a participação dos trabalhadores nas ações de prevenção, o estabelecimento de parâmetros próximos à realidade do trabalho e mais responsabilidade dos empregadores. No entanto quando o tema em questão é controle social ou qualquer aspecto relacionado à ampliação do poder de intervenção dos trabalhadores, erguem-se barreiras intransponíveis. Não é à toa que a Cipa continua sendo presidida pelo empregador e, sob um ponto de vista

mais amplo, o direito à organização dos trabalhadores nos locais de trabalho não é reconhecido legalmente. Ora, como se faz saúde do trabalhador sem a participação dos trabalhadores?

No âmbito federal, está em discussão a construção de um modelo de intervenção em saúde do trabalhador específico para o setor público, que, possivelmente, acabe sendo paradigma para as esferas de governo. O ponto de partida é o acúmulo institucional do setor privado, cuja lógica de trabalho dialoga muito pouco com a realidade do setor público, em especial com os trabalhadores da educação.

É claro que não se pode “jogar fora a criança junto com a água do banho”. O setor privado agrega acúmulo expressivo, impulsionado, sobretudo, pelas lutas dos trabalhadores por melhorias nas condições de trabalho, pelas denúncias da ocorrência de acidentes e doenças, de assédio moral e outras formas de violência. Contudo, ao “herdar” o modelo “herda-se” também um conjunto de práticas, cuja eficácia é questionável basta ver a persistência de elevados índices de acidentes e doenças do trabalho no Brasil.¹

Conclusão

Mudanças são necessárias, especialmente nos aspectos relacionados à gestão, de forma a possibilitar, de fato, a participação dos trabalhadores nas ações de prevenção e promoção de saúde, a instituição de uma lógica de vigilância em saúde a partir dos locais de trabalho, que permita a intervenção precoce nas situações de risco e, sobretudo, responsabilidade e compromisso dos empregadores com as condições de trabalho.

Estas mudanças devem estar alinhadas com o eminente processo de regulamentação da negociação coletiva no serviço público, decorrente da recente ratificação da Convenção 151 da OIT pelo Brasil, que servirá sem dúvida para uma relação democrática entre servidores públicos e o Estado.

Referências

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

_____. Acidentes do trabalho. In: _____. **Anuário estatístico da Previdência Social 2008**. Brasília: Previdência Social, 2008. Disponível em: <www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=850>. Acesso em: 7 jun. 2010.

DEJOURS, Christophe. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 54, n. 14, p. 7-11, 1986.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 jun. 2010.

¹ Dados oficiais da Previdência Social indicam que, em 2008, foram registrados no Brasil 747.663 acidentes de trabalho. Deste total, 438.536 corresponderam a acidentes típicos, ou seja, no local e horário de trabalho; 88.156 a acidentes de trajeto, no percurso entre a casa e o trabalho e vice-versa; e 18.576 a doenças ocasionadas pelo exercício da atividade profissional. Do total, 2.757 trabalhadores morreram e 12.071 foram afastados, definitivamente, do mercado de trabalho por incapacidade permanente (BRASIL, 2008), parte significativa por amputação de mãos e dedos. Em relação às mortes, estima-se que no Brasil ocorrem três mortes a cada duas horas de trabalho e três acidentes a cada minuto de trabalho. Cabe observar que os dados oficiais são reconhecidamente subestimados, em decorrência da elevada subnotificação e por abranger tão-somente trabalhadores formais regidos pela CLT, cobertos pelo Seguro Acidente do Trabalho, ou seja, estão fora das estatísticas oficiais os trabalhadores públicos de regime estatutário, trabalhadores informais e autônomos.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n.5, p. 341-349, out. 1991. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 jun. 2010.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, suppl. 2, p. S21-S32, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 jun. 2010.

Cadernos de Educação, Brasília, n. 22, p. 113-122, jan./jun. 2010. Disponível em: <www.cnte.org.br>