

INSTITUTO LABORO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE MEDICINA DO TRABALHO

PERCÍLIO MARTINS COSTA NETO

MEDICINA DO TRABALHO:

um breve olhar para a valorização do trabalhador

São Luís
2010

PERCILIO MARTINS COSTA NETO

MEDICINA DO TRABALHO:

um breve olhar para a valorização do trabalhador

Monografia apresentada ao Curso de Medicina do Trabalho do Instituto de Pós-Graduação Laboro, como parte das exigências à obtenção do título de Médico do Trabalho.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Elinor Gama

São Luís
2010

Costa Neto, Percílio Martins.

Medicina do trabalho: um breve olhar para a valorização do trabalhador / Percílio Martins Costa Neto. – São Luís, 2010.

54 f.

Monografia (Especialização) – Curso de Pós Graduação em Medicina do Trabalho, Instituto Laboro de Pós-Graduação, 2010.

1. Medicina do trabalho. 2. Saúde ocupacional. 3. Segurança no trabalho. I. Título

CDU 616-057

PERCILIO MARTINS COSTA NETO

MEDICINA DO TRABALHO:

um breve olhar para a valorização do trabalhador

Monografia apresentada ao Curso de Medicina do Trabalho do Instituto de Pós-Graduação Laboro, como parte das exigências à obtenção do título de Médico do Trabalho.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Elinor Gama

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Mônica Elinor Gama (Orientadora)

Instituto Laboro de Pós-Graduação

2º EXAMINADOR (A)

3º EXAMINADOR (A)

Aos meus pais, José Rodrigues Pinto e Maria Gorete Martins Pinto, pelo amor incondicional.

À minha esposa, Roberta M. Furtado Martins, amor e presença constante em minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de eterna sabedoria, ao qual devo a vida e a realização de mais este objetivo.

Aos meus pais José Rodrigues Pinto e Maria Gorete Martins Pinto, pelo seu amor e pela educação que me proporcionaram.

À minha esposa, Roberta Marques Furtado Martins, jóia preciosa em minha vida;

Às amigas Renata Marques Furtado Varella, Kennya Lanny Sousa Varella e Regina França Cutrim pela dedicação e pelo apoio desprendidos para a construção deste trabalho.

À Prof^a Dr^a Mônica Elinor Gama, por tão gentilmente ter me orientado na realização deste Trabalho.

“O trabalho dignifica o homem, e o homem o seu trabalho”.

Francis Cirino

RESUMO

O presente estudo objetivou a investigação dos fatores determinantes da ocorrência de acidentes em locais de trabalho, os quais ao longo dos anos foram sendo observados a fim de diminuir a sua incidência, bem como um breve histórico dessa evolução. Foi possível perceber que a valorização do trabalhador também ocorreu ao longo desses anos, a qual, fez o mesmo sentir-se importante aumentando sua produção. Observa-se projetos que deram certo quanto a segurança do trabalhador, além de benefícios financeiros que surgiram ao longo dos anos. Pesquisou-se ainda os aspectos legais da lei a respeito da segurança do trabalhador e suas garantias e a importância do profissional da saúde nas instituições empregadoras. Podendo concluir que o empregador precisa observar todos esses fatores a fim de evitar acidentes, além de valorizar seus profissionais, os quais, produziram com bastante qualidade.

Palavras Chaves: Acidentes de trabalho. Benefícios. Profissionais de saúde.

ABSTRACT

The present study aimed at investigating the factors determining the occurrence of accidents in workplaces, which over the years have been observed to decrease its incidence, as well as a brief history of this evolution. It was possible to see that the recovery of the employees also occurred over the years, which made them feel important and became stimulated to increasing the production. There are projects which have been worked well as worker safety, and their financial benefits that have emerged over the years. It was also researched the legal aspects of the law regarding the safety of workers and their guarantees and the importance of the health care professional in employing institutions. We could conclude the employer must observe all these factors in order to avoid accidents, it also values their employees, which produced with quite quality.

Keywords: Accidents at work. Benefits. Health care professionals.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVO	11
3 METODOLOGIA	12
4 UM BREVE HISTÓRICO SOBRE A MEDICINA DO TRABALHO	13
4.1 Evolução da medicina do trabalho para a saúde ocupacional.....	16
5 MEDICINA DO TRABALHO E SAÚDE COLETIVA	21
5.1 Epidemiologia: definição, objetivos e conceitos.....	23
5.2 Epidemiologia e Inspeção do trabalho na área de segurança e trabalho.....	27
5.3 A insuficiência da saúde ocupacional e o surgimento da saúde do trabalhador.....	31
6 VALORIZAÇÃO E A MEDICINA DO TRABALHO	35
7 ACIDENTE DO TRABALHO	37
7.1 Consideram-se acidentes do trabalho.....	37
7.2 Não são consideradas como doenças do trabalho.....	37
7.3 Equiparam-se ao acidente.....	37
7.4 Dia do acidente.....	38
7.5 Comunicação do acidente.....	39
7.6 Caracterização do acidente.....	39
7.7 Benefícios Previdenciários.....	39
7.7.1 Auxílio – doença.....	40
7.7.2 Auxílio – acidente.....	40
7.7.3 Aposentadoria por invalidez.....	41
7.7.4 Pensão por morte.....	42
7.7.5 Estabilidade provisória.....	42
7.8 Seguro Acidente do Trabalho – SAT.....	43
7.8.1 Aposentadoria especial.....	45
7.9 Período Trabalho e Enquadramento.....	47
7.10 Aspectos legais da insalubridade.....	50
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	

1 INTRODUÇÃO

Os acidentes de trabalho são considerados problemas para os profissionais da área de saúde, pela possibilidade de se adquirir doenças ocupacionais que podem trazer sérios danos a saúde dos funcionários ou ainda deixá-los inválidos, por isso a importância de encontrar soluções para resolvê-los, além disso encontra-se ainda no ambiente de trabalho as doenças infecto-contagiosas, as quais carecem também de muito cuidado, a fim de evitar uma epidemia no local.

Considera-se o trabalho uma atividade eminentemente social, que exerce um papel fundamental nas condições de vida do homem. Produz efeito positivo, quando é capaz de satisfazer às necessidades básicas de subsistência, de criação e de colaboração dos trabalhadores. Ao realizá-lo, o ser humano expõe-se constantemente aos riscos presentes no ambiente em que trabalha, os quais podem interferir diretamente em sua condição de saúde.

O ambiente de trabalho na área de saúde oferece múltiplos e variados riscos aos profissionais, tais como os causados por agentes químicos, físicos, biológicos, psicossociais e ergonômicos.

Os riscos biológicos representam os principais geradores de periculosidade e insalubridade com relação a esses profissionais.

Diante desses problemas julgou-se necessário realizar uma revisão de pesquisa com o intuito de favorecer a profissionais da área e a funcionários no que diz respeito a solução de problemas de saúde.

Assim observando a necessidade de estudar sobre o assunto, observar-se-á neste trabalho o seguinte roteiro: no primeiro capítulo está explícito um breve histórico sobre a medicina do trabalho, o qual, enfatiza o seu surgimento e os acontecimentos nessa trajetória, no segundo será possível observar a evolução da medicina do trabalho para medicina ocupacional, no terceiro será a vez da medicina do trabalho e saúde coletiva, onde se explicitará a epidemiologia, definição, objetivos, conceitos e inspeção do trabalho na área de segurança e saúde, além de observar também a insuficiência da saúde ocupacional e o surgimento da saúde do trabalhador.

No quarto será a vez de observar acidentes do trabalho, onde se poderá perceber o que pode ser considerado acidente do trabalho e o que não pode, o que

são doenças do trabalho, além de observar os acontecimentos no dia do acidente, a comunicação, a caracterização, os benefícios previdenciários, auxílio-doença, auxílio-acidente, aposentadoria por invalidez, pensão por morte, estabilidade provisória, seguro acidente do trabalho e aspectos legais da insalubridade.

2 OBJETIVO

Estudar o processo de valorização do trabalhador a partir da evolução da medicina do trabalho, considerando a literatura especializada.

3 METODOLOGIA

A metodologia utilizada no mesmo foi a de pesquisa bibliográfica, buscando informações em vários acervos, os quais forneceram informações precisas de acordo com o tema escolhido, alcançando a resposta favorável.

3.1 Revisão da Literatura

Consideram-se como referencial para estruturação da presente revisão os passos propostos por Castro (2001).

Formulação da Pergunta: o que a literatura descreve sobre os indicadores a respeito do profissional da Medicina do trabalho.

Localização e seleção dos estudos: serão considerados o estudo de publicações nacionais e periódicos indexados, impressos e virtuais, específicas da área (livros, monografias, dissertações e artigos), sendo pesquisados ainda dados em base de dados eletrônica tais como Google Acadêmico. Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde.

Período: 1953 a 20

Coleta de Dados: Serão coletados dados relativos as atividades desenvolvidas pelo profissional da Medicina do Trabalho e sua recomendação para atuação no campo de empresas. Descritores (Palavras chaves) Acidentes de trabalho. Benefícios. Profissionais de saúde.

Análise e apresentação dos dados

Campo de atuação do médico do trabalho;
Benefícios da medicina do trabalho em empresas;
Princípios e Diretrizes da Medicina do Trabalho;
Valorização do Profissional da Medicina do Trabalho.

4 UM BREVE HISTÓRICO SOBRE A MEDICINA DO TRABALHO

Ao estudar sobre a medicina do trabalho observa-se que ela surge na primeira metade do século XIX com a Revolução Industrial. Naquele período, o consumo de força do trabalho resultante da dependência dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção, exigiu uma intervenção sob pena, de tornar inviável a sobrevivência e a reprodução do próprio processo.

Quando Robert Dernham, dono de uma fábrica têxtil, preocupado com os seus operários não dispunham de nenhum cuidado médico a não ser aquele propiciado por instituições filantrópicas, procurou o Dr. Robert Baker, seu médico, pedindo que indicasse qual a maneira pela qual ele, como empresário, poderia resolver tal situação, Baker respondeu-lhe: "Coloque no interior da sua fábrica o seu próprio médico, que servirá de intermediário entre você, os seus trabalhadores e o público. Deixe-o visitar a fábrica, sala por sala, sempre que existam pessoas trabalhando, de maneira que ele possa verificar o efeito do trabalho sobre as pessoas. E se ele verificar que qualquer dos trabalhadores está sofrendo a influência de causas que possam ser prevenidas, a ele competirá fazer tal prevenção. Dessa forma você poderá dizer: meu médico é a minha defesa, pois a ele dei toda a minha autoridade no que diz respeito à proteção da saúde e das condições físicas dos meus operários; se algum deles vier a sofrer qualquer alteração da saúde, o médico unicamente é que deve ser responsabilizado". A resposta do empregador foi a de contratar Baker para trabalhar na sua fábrica, surgindo assim, em 1830, o primeiro serviço de medicina do trabalho.

Na verdade, despontam na resposta do fundador do primeiro serviço médico de empresa, os elementos básicos da expectativa do capital quanto às finalidades de tais serviços: Deveriam ser serviços dirigidos por pessoas de inteira confiança do empresário e que se dispusessem a defendê-lo, deveriam ser serviços centrados na figura do médico, a prevenção dos danos à saúde resultantes dos riscos do trabalho deveria ser tarefa eminentemente médica, a responsabilidade pela ocorrência dos problemas de saúde ficava transferida ao médico.

A implantação de serviços baseados neste modelo rapidamente expandiu-se por outros países paralelamente ao processo de industrialização e, posteriormente, aos países periféricos com transnacionalização da economia. A inexistência ou fragilidade dos sistemas de assistência à saúde, quer como

expressão do seguro social, quer diretamente providos pelo Estado, via serviços de saúde pública, fez com que os serviços médicos de empresa passassem a exercer um papel vicariante, consolidando, ao mesmo tempo, sua vocação enquanto instrumento de criar e manter a dependência do trabalhador (e freqüentemente também de seus familiares), ao lado do exercício direto do controle da força de trabalho. A preocupação por prover serviços médicos aos trabalhadores começa a se refletir no cenário internacional também na agenda da Organização Internacional do Trabalho (OIT), criada em 1919.

Assim, em 1953, através da Recomendação 97 sobre a "Proteção da Saúde dos Trabalhadores", a Conferência Internacional do Trabalho instava aos Estados Membros da OIT que fomentassem a formação de médicos do trabalho qualificados e o estudo da organização de "Serviços de Medicina do Trabalho". Em 1954, a OIT convocou um grupo de especialistas para estudar as diretrizes gerais da organização de "Serviços Médicos do Trabalho". Dois anos brasileira). Aborda aspectos que incluem a sua definição, os métodos de aplicação da Recomendação, a organização dos Serviços, suas funções, pessoal e instalações, e meios de ação⁴⁵. Segundo a Recomendação 11245, "a expressão 'serviço de medicina do trabalho' designa um serviço organizado nos locais de trabalho ou em suas imediações, destinado a:

- Assegurar a proteção dos trabalhadores contra todo o risco que prejudique a sua saúde e que possa resultar de seu trabalho ou das condições em que este se efetue;
- Contribuir à adaptação física e mental dos trabalhadores, em particular pela adequação do trabalho e pela sua colocação em lugares de trabalho correspondentes às suas aptidões;
- Contribuir ao estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores.

Desta conceituação podem ser extraídas mais algumas características da medicina do trabalho (além das anteriormente identificadas, a propósito de sua origem), assim como alguns questionamentos que têm a ver com suas limitações, a saber:

- A medicina do trabalho constitui fundamentalmente uma atividade médica, e o "locus" de sua prática dá-se tipicamente nos locais de trabalho.

- Faz parte de sua razão de ser a tarefa de cuidar da "adaptação física e mental dos trabalhadores", supostamente contribuindo na colocação destes em lugares ou tarefas correspondentes às aptidões.

A "adequação do trabalho ao trabalhador", limitada à intervenção médica, restringe-se à seleção de candidatos a emprego e à tentativa de adaptar os trabalhadores às suas condições de trabalho, através de atividades educativas. Atribui-se à medicina do trabalho a tarefa de "contribuir ao estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores", conferindo-lhe um caráter de onipotência, próprio da concepção positivista da prática médica.

Esta visão de onipotência da medicina fica exemplificada no discurso de Selby⁵⁷, em 1939, quando ao tratar da finalidade e da organização dos serviços médicos de empresa, afirmava: "It is the plant physician's privilege and duty to cooperate (...) to conserve human values..."⁵⁷. ou nas palavras de Townsend⁵⁹, em 1943: "[Occupational Medicine] is concerned with every phase of the health of the man behind the machine, whether it is the industrial dust in the air he breathes or the food his wife has packed in his dinner pail. In short, it is the problem of keeping the worker on the job, and in good health, so that he can work at the top efficiency." Aliás, tanto a expectativa de promover a "adaptação" do trabalhador ao trabalho, quanto a da "manutenção de sua saúde", refletem a influência do pensamento mecanicista na medicina científica e na fisiologia. No campo das ciências da administração, o mecanicismo vai sustentar o desenvolvimento da "Administração Científica do Trabalho", onde os princípios de Taylor, ampliados por Ford, encontram na medicina do trabalho uma aliada para a perseguição do seu "telos" último: a produtividade¹⁷. Não é ao acaso que a Henry Ford tenha sido atribuída a declaração de que "o corpo médico é a seção de minha fábrica que me dá mais lucro" citado por Oliveira (1998, p. 44) com as seguintes palavras:

Em primeiro lugar, a seleção de pessoal, possibilitando a escolha de uma mão-de-obra provavelmente menos geradora de problemas futuros como o absentismo e suas conseqüências (interrupção da produção, gastos com obrigações sociais, etc.). Em segundo lugar, o controle deste absentismo na força de trabalho já empregada, analisando os casos de doenças, faltas, licenças, obviamente com mais cuidado e maior controle por parte da empresa do que quando esta função é desempenhada por serviços médicos externos a ela, por exemplo, da Previdência Social. Outro aspecto é a possibilidade de obter um retorno mais rápido da força de trabalho à produção, na medida em que um serviço próprio tem a possibilidade de um funcionamento mais eficaz nesse sentido, do que habitualmente 'morasas' e

'deficientes' redes previdenciárias e estatais, ou mesmo a prática liberal sem articulação com a empresa.

4.1 Evolução da medicina do trabalho para a saúde ocupacional

O preço pago pelos trabalhadores em permanecer nas indústrias durante os anos da II Guerra Mundial, em condições extremamente adversas e em intensidade de trabalho extenuante, foi em algumas categorias tão pesado e doloroso quanto o da própria guerra. Sobretudo porque, terminado o conflito bélico, o gigantesco esforço industrial do pós-guerra estava recém iniciando.

Num contexto econômico e político como o da guerra 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 tanto pelos empregadores (ávidos de mão-de-obra produtiva), quanto pelas companhias de seguro, às voltas com o pagamento de pesadas indenizações por incapacidade provocada pelo trabalho, só depois foi visto a possibilidade de conciliar qualidade de vida com trabalho. É possível perceber essa perspectiva na observação de Oliveira (1998, p. 58):

Dentro das perspectivas dos direitos fundamentais do trabalhador em usufruir de uma boa e saudável qualidade de vida, na medida em que não se pode dissociar os direitos humanos e a qualidade de vida, verifica-se, gradativamente, a grande preocupação com as condições do trabalho. A primazia dos meios de produção em detrimento da própria saúde humana é fato que, infelizmente, vem sendo experimentado ao longo da história da sociedade moderna. É possível conciliar economia e saúde no trabalho.

A tecnologia industrial evoluíra de forma acelerada, traduzida pelo desenvolvimento de novos processos industriais, novos equipamentos, e pela síntese de novos produtos químicos, simultaneamente ao rearranjo de uma nova divisão internacional do trabalho. Entre muitos outros desdobramentos deste processo, desvela-se a relativa impotência da medicina do trabalho para intervir sobre os problemas de saúde causados pelos processos de produção.

Crescem a insatisfação e o questionamento dos trabalhadores ainda que apenas 'objeto' das ações e dos empregadores, onerados pelos custos diretos e indiretos dos agravos à saúde de seus empregados. A resposta, racional, "científica" e aparentemente inquestionável traduz-se na ampliação da atuação médica direcionada ao trabalhador, pela intervenção sobre o ambiente, com o instrumental oferecido por outras disciplinas e outras profissões. Segundo França(1997, p.80):

No aspecto do trabalho esta abordagem pode ser associada a ética da condição humana. Esta ética busca desde a indenização, físico, padrões de relação de trabalho, carga física e mental requerida para cada atividade, implicações políticas e ideológicas, dinâmicas da liderança empresarial e do poder formal até o significado do trabalho em si, relacionamento e satisfação no trabalho.

A "Saúde Ocupacional" surge, sobretudo, dentro das grandes empresas, com o traço da multi e interdisciplinaridade, com a organização de equipes progressivamente multiprofissionais, e a ênfase na higiene "industrial", refletindo a origem histórica dos serviços médicos e o lugar de destaque da indústria nos países "industrializados".

Nada mais oportuno que citar, textualmente, esta característica inovadora da saúde ocupacional, nas palavras de Hussey (1947, p. 26) quando discutia um artigo sobre o lugar da engenharia na saúde ocupacional:

This whole subject of Occupational Health is analogous to a three-legged stool, one leg representing medical science, one representing engineering and chemical science and one representing social sciences...Up to the present we have been trying to balance ourselves on two legs and in some instances on one leg. It is a very uncomfortable position and one that cannot get us very far and certainly will lead, as it has, to fatigue.

A racionalidade "científica" da atuação multiprofissional e a estratégia de intervir nos locais de trabalho, com a finalidade de controlar os riscos ambientais, refletem a influência das escolas de saúde pública, onde as questões de saúde e trabalho já vinham sendo estudadas há algum tempo. Na metade deste século intensificam-se o ensino e a pesquisa dos problemas de saúde ocupacional nas escolas de saúde pública principalmente nos Estados Unidos (Harvard, Johns Hopkins, Michigan, e Pittsburgh) com forte matiz ambiental. Assim, de um lado a saúde ocupacional passa a ser considerada mais tarde, o Conselho de Administração da OIT, ao inscrever o tema na Ordem-do-dia da Conferência Internacional do Trabalho de 1958, substituiu a denominação "Serviços Médicos do Trabalho" por "Serviços de Medicina do Trabalho". Com efeito, em 1959, a experiência dos países industrializados transformou-se na Recomendação 11245, sobre "Serviços de Medicina do Trabalho", aprovada pela Conferência Internacional do Trabalho.

Este primeiro instrumento normativo de âmbito internacional passou a servir como referencial e paradigma para o estabelecimento de diplomas legais nacionais onde aliás, baseia-se a norma brasileira." Aliás, tanto a expectativa de promover a "adaptação" do trabalhador ao trabalho, quanto a da "manutenção de

sua saúde", refletem a influência do pensamento mecanicista na medicina científica e na fisiologia.

No campo das ciências da administração, o mecanicismo vai sustentar o desenvolvimento da "Administração Científica do Trabalho", onde os princípios de Taylor, ampliados por Ford, encontram na medicina do trabalho uma aliada para a perseguição do seu "telos" último: a *produtividade*¹⁷.

Não é ao acaso que a Henry Ford tenha sido atribuída a declaração de que "o corpo médico é a seção de minha fábrica que me dá mais lucro" (citada por Oliveira 44 1997). A explicação é dada com as seguintes palavras:

Em primeiro lugar, a seleção de pessoal, possibilitando a escolha de uma mão-de-obra provavelmente menos geradora de problemas futuros como o absentismo e suas conseqüências (interrupção da produção, gastos com obrigações sociais, etc.). Em segundo lugar, o controle deste absentismo na força de trabalho já empregada, analisando os casos de doenças, faltas, licenças, obviamente com mais cuidado e maior controle por parte da empresa do que quando esta função é desempenhada por serviços médicos externos a ela, por exemplo, da Previdência Social.

Outro aspecto é a possibilidade de obter um retorno mais rápido da força de trabalho à produção, na medida em que um serviço próprio tem a possibilidade de um funcionamento mais eficaz nesse sentido, do que habitualmente 'morosas' e 'deficientes' redes previdenciárias e estatais, ou mesmo a prática liberal sem articulação com a empresa.

Com o advento da Segunda Guerra Mundial despertou-se uma nova mentalidade humanitária, na busca de paz e estabilidade social.

Finda a Segunda Guerra Mundial, é assinada a Carta das Nações Unidas, em São Francisco, em 26 de junho de 1945, que estabelece nova ordem na busca da preservação, progresso social e melhores condições de vida das futuras gerações.

Em 1948, com a criação da OMS - Organização Mundial da Saúde, estabelece-se o conceito de que a "saúde é o completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de afecções ou enfermidades" e que "o gozo do grau máximo de saúde que se pode alcançar é um dos direitos fundamentais de todo ser humano". Em 1949, a Inglaterra pesquisa a ergonomia, que objetiva a organização do trabalho em vista da realidade do meio ambiente laboral adequar-se ao homem.

Em 1952, com a fundação da Comunidade Européia do Carvão e do Aço - CECA, as questões voltaram-se para a segurança e medicina do trabalho nos setores de carvão e aço, que até hoje estimula e financia projetos no setor.

Na década de 60 inicia-se um movimento social renovado, revigorado e redimensionado marcado pelo questionamento do sentido da vida, o valor da liberdade, o significado do trabalho na vida, o uso do corpo, notadamente nos países industrializados como a Alemanha, França, Inglaterra, Estados Unidos e Itália.

Na Itália, a empresa Farmitália, iniciou um processo de conscientização dos operários quanto à nocividade dos produtos químicos e dos técnicos para a detecção dos problemas. A FIAT reorganiza as condições de trabalho nas fábricas, modificando as formas de participação da classe operária.

Na realidade o problema da saúde do trabalhador passa a ser outra, desloca-se da atenção dos efeitos para as causas, o que envolve as condições e questões do meio ambiente.

No início da década de 70, o Brasil é o detentor do título de campeão mundial de acidentes. E, em 1977, o legislador dedica no texto da CLT - Consolidação das Leis do Trabalho, por sua reconhecida importância Social, capítulo específico à Segurança e Medicina do Trabalho. Trata-se do Capítulo V, Título II, artigos 154 a 201, com redação da Lei nº 6.514/77.

O Ministério do Trabalho e Emprego, por meio da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho, hoje denominado Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho, regulamenta os artigos contidos na CLT por meio da Portaria nº 3.214/78, criando vinte e oito Normas Regulamentadoras - NRs. Com a publicação da Portaria nº 3214/78 se estabelece a concepção de saúde ocupacional.

Em 1979, a Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador, promove a Semana de Saúde do Trabalhador com enorme sucesso e em 1980 essa comissão de transforma no Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes do Trabalho.

Os eventos dos anos seguintes enfatizaram a eliminação do risco de acidentes, da insalubridade ao lado do movimento das campanhas salariais.

Os diversos Sindicatos dos Trabalhadores, como o das Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas, tiveram fundamental importância denunciando as condições inseguras e indignas observadas no trabalho.

Com a Constituição de 1988 nasce o marco principal da etapa de saúde do trabalhador no nosso ordenamento jurídico. Está garantida a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança. E, ratificadas as Convenções 155 e 161 da OIT, que também regulamentam ações para a preservação da Saúde e dos Serviços de Saúde do Trabalhador.

As conquistas, pouco a pouco, vêm introduzindo novas mentalidades, sedimentando bases sólidas para o pleno exercício do direito que todos devem ter à saúde e ao trabalho protegido de riscos ou das condições perigosas e insalubres que põem em risco a vida, a saúde física e mental do trabalhador.

A proteção à saúde do trabalhador fundamenta-se, constitucionalmente, na tutela “da vida com dignidade”, e tem como objetivo primordial a redução do risco de doença, como exemplifica o art. 7º, inciso XXII, e também o art. 200, inciso VIII, que protege o meio ambiente do trabalho, além do art. 193, que determina que “a ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais”. Posteriormente, o Ministério do Trabalho, por meio da Portaria nº 3.067, de 12.04.88, aprovou as cinco Normas Regulamentadoras Rurais vigentes.

A Portaria SSST nº 53, de 17.12.97, aprovou a NR 29 - Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho Portuário.

Os problemas referentes à segurança, à saúde, ao meio ambiente e à qualidade de vida no trabalho vêm ganhando importância no Governo, nas entidades empresariais, nas centrais sindicais e na sociedade como um todo. O Ministério do Trabalho e Emprego tem como meta a redução de 40% nos números de acidentes do trabalho no País até 2003.

Propostas para construir um Brasil moderno e competitivo, com menor número de acidentes e doenças de trabalho, com progresso social na agricultura, na indústria, no comércio e nos serviços, devem ser apoiadas.

Para isso deve haver a conjunção de esforços de todos os setores da sociedade e a conscientização na aplicação de programas de saúde e segurança no trabalho. Trabalhador saudável e qualificado representa produtividade no mercado qualificado.

5 MEDICINA DO TRABALHO E SAÚDE COLETIVA

Em relação à segurança e à saúde no trabalho, no campo teórico, estamos diante de uma área de conhecimento e de ação onde existem atualmente pelo menos duas maneiras de conceber a medicina do trabalho: uma, mais restrita e que se limita essencialmente ao aspecto preventivo dos prejuízos causados à saúde pelo trabalho, isto é, a proteção contra riscos de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho; e a outra, mais ampla e que envolve o conjunto dos problemas que cercam a saúde dos trabalhadores, incluindo seus aspectos curativos e preventivos.

De um lado o pensamento clássico da saúde ocupacional que, ao tomar como objeto a relação entre trabalho e saúde, entende o trabalho (e os riscos dele decorrentes) como um problema essencialmente ambiental, e, nesse sentido, preconiza uma abordagem puramente técnica da questão.

De um outro lado, a corrente da medicina social/saúde *coletiva* evidencia no trabalho um caráter social e coletivo, e propõe uma abordagem ao mesmo tempo técnica e social para a relação saúde/trabalho.

Para os críticos da medicina do trabalho, o método por ela utilizado (que é o do pensamento médico dominante), baseia-se em grande medida nas reduções sucessivas do objeto de estudo particular, delimitando componentes cada vez menos complexos e estudando-os isoladamente, restringindo-se aos dados relativos ao ambiente de trabalho.

A debilidade do método da medicina do trabalho residiria em supor a possibilidade de entender o conjunto a partir da somatória de suas partes, não explicando satisfatoriamente as diferenças qualitativas entre os vários níveis de complexidade. Assim, a medicina do trabalho tradicional utiliza a categoria “risco” para dar conta dos elementos presentes nos ambientes de trabalho que podem causar danos ao corpo do trabalhador, isto é, define os riscos como agentes isolados que podem causar doenças e, os conceitua quase sempre num esquema mono causal. Às vezes avança e adota a categoria “fatores de risco”, dentro do modelo epidemiológico multicausal, que postula a necessidade da presença simultânea de vários deles para que se produza a doença. Esse enfoque teórico da medicina do trabalho, marcado por um viés biologista/ambiental, resultaria insuficiente, pois, consigna elementos isolados entre si e da dinâmica global do processo de trabalho.

Por um outro lado, a corrente da medicina social/saúde coletiva tem tentado constituir a saúde dos trabalhadores como um objetivo de estudo específico, tem problematizado a relação trabalho/saúde, colocando no centro da análise o caráter social do processo saúde-doença e a necessidade de entendê-lo na sua articulação com o processo de produção.

Em resumo, de acordo com a corrente da medicina social/saúde coletiva, o estudo do processo trabalho/doença ocupacional não poderia deixar de analisar pelo menos os seus condicionantes básicos: as condições gerais de vida, as relações de trabalho e o processo de trabalho.

As condições gerais de vida devem ser avaliadas em dois planos distintos: as condições propiciadas pelo padrão e volume dos bens de consumo coletivo oferecidos pelo Estado, e as condições que incidem sobre o consumo individual obtido pelo salário.

Já as relações de trabalho dependem do setor de atividades da empresa (primário, transformação, serviços), do ramo de atividade (metalúrgico, químico, etc.), do tamanho e do caráter da empresa, entre outros. É desses aspectos que vai depender a jornada de trabalho, o tipo de contrato, a forma de pagamento, as condições ambientais de higiene e segurança, a qualidade da alimentação, a qualidade dos serviços médicos, etc.

Finalmente, ao esclarecer como se dá o processo de trabalho, é que chega-se à especificidade de uma dada categoria ocupacional, aos riscos químicos, físicos ou biológicos.

Em verdade, essas novas concepções teóricas da medicina do trabalho vem sendo incorporadas tanto pelas instituições internacionais como pelas instituições nacionais que atuam no campo da segurança e da saúde dos trabalhadores. A partir de 1976 o conceito de medicina do trabalho passa a ser ampliado no interior da própria Organização Internacional do Trabalho (OIT) com a criação do PIACT (Programa Internacional para o Melhoramento das Condições e dos Ambientes de Trabalho), que passa a valorizar a melhoria da qualidade geral de vida e a participação dos trabalhadores nos vários níveis de decisão. Mais tarde, em 1985, a OIT adota a Convenção nº 161 que já expressa em seu título, "Serviços de Saúde no Trabalho", a ampliação do conceito restrito de "medicina do trabalho". Essa nova expressão "serviço de saúde no trabalho" é agora utilizada para designar serviços investidos de funções essencialmente preventivas e para explicitar a

necessidade de existirem salvaguardas que garantam a todos os membros da equipe destes serviços a plena independência profissional, tanto em relação ao empregador como em relação aos trabalhadores e seus representantes. Vale informar que a Convenção Nº 161 da OIT foi ratificada pelo Brasil em 22.05.91 através do Decreto nº 127.

Esse mesmo enfoque globalizante passa a ser também incorporado no discurso da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), que mudaram a denominação de seus programas de “saúde ocupacional” para programa de “saúde dos trabalhadores”.

No Brasil, a Constituição de 1988, em seu Artigo 200, estabeleceu que compete ao Sistema Único de Saúde (SUS), além de outras atribuições, executar ações de saúde do trabalhador. No âmbito do Ministério do Trabalho, a denominação da Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho foi mudada para Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho.

Em síntese, como bem analisa RENÉ MENDES, a emergência da “saúde do trabalhador” no Brasil ocorreu a partir da década de 80, no contexto da transição democrática e em sintonia com o que ocorreu no mundo ocidental, destacando-se a contribuição trazida pelos técnicos que atuam nas instituições públicas, especialmente nas universidades, nos serviços de saúde e na fiscalização do trabalho.

5.1 Epidemiologia: definição, objetivos e conceitos

Enquanto a Clínica dedica-se ao estudo da doença no indivíduo, analisando caso a caso, a Epidemiologia estuda os fatores que determinam a frequência e a distribuição das doenças em grupos de pessoas.

Historicamente, a Epidemiologia surgiu a partir da consolidação de um tripé de elementos conceituais, metodológicos e ideológicos: a Clínica, a Estatística e a Medicina Social.

O objetivo final da Epidemiologia é produzir conhecimento e tecnologia capazes de promover a saúde individual através de medidas de alcance coletivo.

Numerosas doenças cujas origens até recentemente não encontravam explicações vêm sendo estudadas em suas associações causais pela metodologia epidemiológica. A título de exemplo pode-se citar a associação entre o hábito de

fumar e o câncer de pulmão, leucemias e exposição ao raios-X ou ao benzeno, mortalidade infantil e classes sociais, AIDS e hábitos sexuais, entre outras.

Convém recordar que o estudo de ENGELS “As Condições da Classe Trabalhadora na Inglaterra em 1844” pode ser considerado o primeiro texto analítico da Epidemiologia. Neste trabalho o autor demonstrou, no contexto da Revolução Industrial, que a exploração e o desgaste da classe trabalhadora deterioravam profundamente as suas condições de saúde.

Na atualidade, a Epidemiologia mantém seu caráter essencialmente coletivo e social assim como vem ampliando o seu importante papel na consolidação de um saber científico sobre a saúde humana, fornecendo subsídios para o planejamento e a organização das ações de saúde e para a avaliação de programas, atividades e procedimentos preventivos e terapêuticos. Segundo França (1997, p. 80).

Devido à Ciência que estuda o processo saúde-doença na sociedade, analisando a distribuição populacional e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração, e avaliação das ações de saúde”.

Neste sentido, tomando como referência a importante obra dos autores acima citados, “Introdução à Epidemiologia Moderna” (1992), conceitos e bases da pesquisa epidemiológica serão explicitados a seguir.

Preliminarmente, convém ressaltar que, devido ao seu caráter eminentemente observacional, a moderna Epidemiologia estrutura-se em torno de um conceito fundamental denominado “risco”.

“Risco pode ser definido como a probabilidade dos membros de uma determinada população desenvolverem uma dada doença ou evento relacionado à saúde em um período de tempo”.

Em outras palavras, o risco é o correspondente epidemiológico do conceito matemático de probabilidade e se operacionaliza quantitativamente sob forma de uma proporção, levando em conta três dimensões: ocorrência de doença, denominador de base populacional e tempo.

Operacionalmente, as medidas típicas do risco são chamadas de *incidência* e *prevalência*.

A incidência é a proporção de casos novos de uma dada patologia em uma população delimitada, durante um período determinado de tempo. Já, a

prevalência é a proporção de casos (novos e antigos) de uma certa doença em uma população delimitada, em um tempo determinado.

Cumprido destacar que a prevalência é uma medida de risco de grande utilidade para os estudos epidemiológicos relacionados com a inspeção do trabalho na área de segurança e saúde no trabalho.

Por um outro lado, para o estudo de determinantes de doença e subsequente proposição de ações preventivas, um outro conceito torna-se mais útil: “o fator de risco”.

Um fator de risco pode ser definido como o atributo de um grupo que apresenta maior incidência de uma dada patologia, em comparação com outros grupos populacionais, definidos pela ausência ou menor dosagem de tal característica.

A partir do conhecimento e do domínio desses conceitos básicos, a investigação epidemiológica deve seguir um roteiro básico: a construção da questão e formulação das hipóteses de pesquisa, a definição da estratégia de investigação, a seleção de técnicas de produção de dados, o trabalho de campo e a sistematização e análise dos dados coletados. A formulação da hipótese resulta inicialmente da construção de um quadro teórico baseado em um estudo cuidadoso da literatura científica específica sobre um dado assunto. Sua formulação propriamente dita deverá ser feita em termos probabilísticos, de modo a antecipadamente indicar com precisão e objetividade a natureza das medidas e a direção das associações em estudo.

Em relação à definição da estratégia de investigação, o instrumental da Epidemiologia engloba quatro estratégias básicas de pesquisa: estudos ecológicos, estudos de caso-controle, estudos de coorte, e estudos seccionais (ou de prevalência).

Os estudos ecológicos abordam áreas geográficas, analisando comparativamente indicadores globais, quase sempre por meio de correlação entre variáveis ambientais (ou sócio-econômicas) e indicadores de saúde. Um exemplo de estudo ecológico é a investigação da ocorrência de correlação entre concentração populacional e níveis de sintomatologia psiquiátrica, em um setor de baixa renda e em vários bairros de uma capital nordestina.

Os estudos de caso-controle iniciam-se pelos doentes identificados (casos), estabelecem controles (sujeitos comparáveis aos casos, porém não-

doentes) para eles, e retrospectivamente procuram conhecer os níveis de exposição ao suposto fator de risco. Esse tipo de estudo é de grande utilidade para se abordar associações etiológicas com doenças de baixa incidência. Um exemplo típico de estudo de caso - controle é aquele que demonstrou a associação entre rubéola durante a gestação e malformações congênitas a partir de casos de crianças portadoras de catarata congênita.

Os estudos de coorte consistem no inverso dos estudos de caso-controle, pois partem da observação de grupos comprovadamente expostos a um fator de risco suposto como causa de doença e prospectivamente observa o aparecimento de doentes. Esse tipo de estudo é o único capaz de abordar hipóteses etiológicas produzindo medidas de incidência. Exemplos clássicos de estudo de coorte são o da associação entre o hábito de fumar e o câncer de pulmão e, entre o nível de colesterol no sangue e doenças cardiovasculares.

Finalmente, os estudos seccionais (ou de prevalência) observam o fator de risco e o efeito num mesmo momento histórico e em populações de referência precisamente delimitadas. Esse tipo de estudo tem sido o mais empregado na Epidemiologia moderna e é o desenho de investigação mais útil para a inspeção do trabalho na área de segurança e saúde. Um exemplo típico de estudo seccional é o estudo da prevalência de certa doença profissional entre trabalhadores de uma certa empresa ou de um certo ramo de atividade econômica. Após definir a estratégia de investigação mais adequada em relação aos objetivos da pesquisa, deve-se selecionar as técnicas de produção de dados. As fontes desses dados podem ser secundárias (por exemplo, o arquivo do serviço médico da empresa) ou pode-se obter dados primários através da utilização de entrevistas ou aplicação de questionários.

A fase seguinte da investigação consiste no trabalho de campo, que na verdade constitui-se no próprio processo de produção de dados referentes às variáveis estudadas, através do emprego criterioso das técnicas de coleta dentro da estratégia de investigação selecionada.

Na última fase, realiza-se a sistematização e a análise dos dados coletados de modo a abordar efetivamente o problema da investigação, finalmente transformando dados em informação útil, através do teste das hipóteses da investigação.

5.2 Epidemiologia e Inspeção do trabalho na área de segurança e saúde

Atualmente, parece consenso que a questão da segurança e saúde no trabalho exige tanto uma abordagem individual (clínica) como coletiva (epidemiológica).

A clínica, ao realizar diagnósticos individuais, caracteriza-se por ser um método complexo, exaustivo e de natureza intensiva. Na definição de um “caso clínico” de doença profissional estão envolvidos diversos exames e análises clínico/laboratoriais, tornando-se inviáveis de serem aplicados a uma população.

Por sua vez, a investigação epidemiológica fundamenta-se em técnicas de coleta padronizadas, simplificadas e extensivas, passíveis de serem aplicadas a uma população. Na definição de um “caso epidemiológico”, interessa sobretudo testes e/ou técnicas que expressem a fase mais precoce possível da enfermidade, evitando sua evolução grave e irreversível e, promovendo o seu controle.

Neste sentido, objetivando explicitar algumas aplicações práticas do método epidemiológico, apresento a seguir de forma sumarizada alguns programas especiais de inspeção trabalhista desenvolvidos por médicos do trabalho do Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho da Delegacia Regional do Trabalho na Bahia.

- *PROJETO “BENZENO” (1991)*

A ocorrência em 1990 de dois óbitos (um operador industrial e um médico do trabalho) comprovadamente relacionados à exposição ocupacional ao benzeno (benzenismo) em uma mesma empresa processadora foi o evento sanitário desencadeador do processo de investigação epidemiológica. O programa constituiu-se em um estudo de prevalência com base na análise de dados hematimétricos referentes a 7.356 trabalhadores de nove diferentes empresas do Complexo Petroquímico de Camaçari, Bahia. O Hemograma completo com contagem de plaquetas foi utilizado como indicador biológico de efeito da exposição ao benzeno. Utilizando dados secundários dos arquivos dos serviços médicos das empresas, numa primeira triagem foram classificados como “suspeitos” 850 trabalhadores que apresentaram valores leucocitários abaixo de 5.000 e/ou neutrófilos abaixo de 2.500. Posteriormente, para cada um destes trabalhadores foram realizados três novos hemogramas, com intervalo de 15 dias. Numa segunda triagem, após análise da

história ocupacional e da série histórica dos exames hematológicos, 216 trabalhadores foram classificados como “caso epidemiológico” por apresentarem valores leucocitários abaixo de 4.000 e/ou valor de neutrófilos abaixo de 2.000, e/ou valores decrescentes ao longo do tempo observados nas séries históricas de hemogramas. Para todos esses 216 trabalhadores classificados como “caso epidemiológico” caracterizou-se evidente exposição ocupacional ao benzeno, sendo que todos foram afastados da exposição e encaminhados ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), mediante a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Esses trabalhadores foram submetidos a criteriosa investigação hematológica e tiveram reconhecido, pela perícia do INSS, onexo causal para benzenismo. Os resultados deste trabalho permitiram evidenciar o valor do método epidemiológico na fiscalização trabalhista da área de segurança e saúde pois a partir de dois casos fatais de benzenismo foi possível promover a busca ativa de casos novos em outros trabalhadores expostos. A ação fiscalizadora, consubstanciada em um método inerente à prática prevencionista, possibilitou o afastamento de um significativo número de trabalhadores de ambientes contaminados com benzeno, trabalhadores estes portadores de lesões precoces e ainda em uma fase em que há alta probabilidade de reversão da evolução fatal da enfermidade.

- *PROJETO “RUÍDO” (1992)*

A partir do conhecimento de que o ruído é o agente nocivo mais prevalente nos ambientes fabris no mundo todo, médicos do trabalho da DRT/Bahia notificaram 65 empresas de nove diferentes ramos de atividade industrial da Região Metropolitana de Salvador para apresentar informações detalhadas sobre o seu processo produtivo, assim como um mapeamento completo das áreas da empresa que apresentassem ruído ambiental excessivo. Além disso, as empresas foram notificadas para apresentar informações detalhadas sobre seus programas de conservação auditiva, assim como os resultados de pelo menos um teste audiométrico realizado por cada um dos 7.925 trabalhadores que estavam expostos a ruído excessivo em seus ambientes de trabalho. As 65 empresas selecionadas foram definidas a partir de indicação dos respectivos sindicatos de trabalhadores. Além desse critério de seleção, foram incluídas aquelas empresas que mais casos de trabalhadores portadores de perda auditiva demandaram atenção especializada

ao Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador (CESAT/BA), nos anos de 1988/89. Dessa forma, foram incluídas empresas do ramo têxtil, químico/petroquímico, metalúrgico, siderúrgico, mecânico, alimentos, bebidas, transporte e gráfico. Este estudo permitiu delinear um quadro extremamente alarmante dada a magnitude da prevalência de perda auditiva do tipo induzida pelo ruído - 35,7% do total de 7.925 trabalhadores, ou seja, um em cada três trabalhadores já tinha desenvolvido algum grau de perda em pelo menos um dos ouvidos. Todas as empresas estudadas foram notificadas para adotar um programa de conservação auditiva que incluísse pelo menos medidas de proteção coletiva, monitoramento ambiental dos níveis de pressão sonora, monitoramento individual da exposição ao ruído (através de dosimetrias e audiometrias), notificação dos casos de perda auditiva ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), e informação e participação dos trabalhadores nas ações de controle e avaliação.

- *PROJETO “BANDAS E TRIOS ELÉTRICOS” (1997)*

A partir da constatação de que, com a evolução da eletrônica, a potência dos equipamentos de som aumentou consideravelmente, e tendo em vista a polêmica travada através dos meios de comunicação da Bahia sobre os efeitos deletérios da música excessivamente amplificada, médicos do trabalho da DRT/Bahia inspecionaram e notificaram 18 entidades denominadas “Banda” ou “Trio Elétrico” para providenciar a realização dos exames audiométricos de todos os trabalhadores expostos à música eletronicamente amplificada durante suas apresentações. As 18 bandas e trios elétricos foram selecionadas a partir de indicação, solicitada à Associação dos Blocos de Trio, à Associação Baiana de Trios Independentes, ao Sindicato dos Músicos Profissionais e ao Sindicato de Artistas e Técnicos em Espetáculos de Diversão do Estado da Bahia. Entre os 187 trabalhadores avaliados neste trabalho, a prevalência de perda auditiva induzida por ruído (PAIR) foi de 40,6%, o que significa que 76 trabalhadores apresentaram tal alteração. É importante ressaltar que em mais da metade dos casos diagnosticados de PAIR as lesões eram graves e avançadas, especialmente entre os baixistas, percussionistas, bateristas, vocalistas e trabalhadores ligados à produção. Apesar da influência da música eletronicamente amplificada como fator causal de uma perda auditiva induzida pelo ruído ser ainda motivo de polêmica na literatura internacional, as

conclusões deste trabalho apontaram a importância da implementação, por parte dos empregadores, de Programas de Conservação Auditiva com o objetivo de prevenir a instalação ou evolução de perdas auditivas em trabalhadores em bandas e em trios elétricos.

- *PROJETO “LER” (1998)*

Considerando que as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) representam atualmente mais da metade de todas as doenças ocupacionais no Brasil, e utilizando dados secundários do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), médicos do trabalho da DRT/Bahia identificaram 1.014 trabalhadores recebendo benefícios previdenciários (“benefícios ativos”) por causa de LER na Região Metropolitana de Salvador. Foram determinadas as características dos 1.014 indivíduos (idade, sexo, função, diagnóstico clínico e topográfico, data do diagnóstico, empresa e ramo econômico). Dos trabalhadores portadores de LER, 80,9% eram do sexo feminino e com idade entre 30 e 46 anos. Quanto à função, a maioria exerce as funções de caixas (de banco, supermercado ou loja), escriturário, auxiliar administrativo, digitador, telefonista, secretária, operador industrial e trabalhador de linha de montagem. Em relação ao ramo de atividade, a maioria dos trabalhadores laboram em empresas dos ramos bancário, supermercado, comércio varejista, telecomunicações, processamento de dados e indústrias químicas, petroquímicas, têxtil e de alimentos e bebidas. As lesões localizam-se predominantemente em mãos e punhos (95,5%) e mais raramente em pescoço (3,9%) ou ombros (0,6%). Foi desenvolvido um questionário (“checklist”) para determinar a presença de fatores de risco ergonômico, o qual revelou-se um eficiente instrumento de triagem para identificar trabalhos associados com o desenvolvimento de LER. Tendo em vista que o objetivo principal da prevenção da LER é identificar os trabalhos que necessitam de intervenção para eliminar os riscos ergonômicos, e considerando que este trabalho encontra-se ainda em andamento, foram selecionados 100 locais de trabalho para serem analisados com o objetivo de reconhecer, identificar e corrigir os riscos ergonômicos.

5.3 A insuficiência da saúde ocupacional e o surgimento da saúde do trabalhador

A insuficiência do modelo da saúde ocupacional não constitui fenômeno pontual e isolado. Antes, foi e continua sendo um *processo* que, embora guarde uma certa *especificidade* do campo das relações entre trabalho e saúde, tem sua origem e desenvolvimento determinados por cenários políticos e sociais mais amplos e complexos.

Além disto, ainda que este processo tenha traços comuns que lhe conferem uma certa *universalidade*, ele ocorre em ritmo e natureza próprios, refletindo a *diversidade* dos mundos políticos e sociais, e as distintas maneiras de os setores trabalho e saúde se organizarem.

Em que cenário a insuficiência deste modelo se evidencia? Um movimento social renovado, revigorado e redirecionado surge nos países industrializados do mundo ocidental - notadamente Alemanha, França, Inglaterra, Estados Unidos e Itália - mas que se espalha mundo afora. São os anos da segunda metade da década de 60, (maio de 1968 tipifica a exteriorização deste fenômeno) marcados pelo questionamento do sentido da vida, o valor da liberdade, o significado do trabalho na vida, o uso do corpo, e a denúncia do obsoletismo de valores já sem significado para a nova geração. Estes questionamentos abalaram a confiança no Estado e puseram em xeque o lado "sagrado" e "místico" do trabalho - cultivado no pensamento cristão e necessário na sociedade capitalista.

Este processo leva, em alguns países, à exigência da *participação* dos trabalhadores nas questões de saúde e segurança. Elas, mais que quaisquer outras, tipificavam situações concretas do cotidiano dos trabalhadores, expressas em sofrimento, doença e morte.

Como resposta ao movimento social e dos trabalhadores, novas políticas sociais tomam a roupagem de lei, introduzindo significativas mudanças na legislação do trabalho e, em especial, nos aspectos de saúde e segurança do trabalhador. Assim, por exemplo, na Itália, a Lei 300, de 20 de maio de 1970 ("Norme per la libertà e la dignità dei lavoratori, della libertà sindacale e dell'attività sindacale nei luoghi di lavoro"), mais conhecida como "Estatuto dos Trabalhadores", incorpora princípios fundamentais da agenda do movimento de trabalhadores, tais como a não delegação da vigilância da saúde ao Estado, a não monetização do risco, a

validação do saber dos trabalhadores e a realização de estudos e investigações independentes, o acompanhamento da fiscalização, e o melhoramento das condições e dos ambientes de trabalho.

Conquistas básicas de natureza semelhante, com algumas peculiaridades próprias de contextos político- sociais distintos, foram também sendo alcançados pelos trabalhadores norte-americanos (a partir da nova lei de 1970), ingleses (a partir de 1974), suecos (a partir de 1974), franceses (a partir de 1976), noruegueses (1977), canadenses (1978), entre outros³⁶.

Toda esta nova legislação tem como pilares comuns o reconhecimento do exercício de direitos fundamentais dos trabalhadores, entre eles, o *direito à informação* (sobre a natureza dos riscos, as medidas de controle que estão sendo adotadas pelo empregador, os resultados de exames médicos e de avaliações ambientais, e outros; o *direito à recusa ao trabalho* em condições de risco grave para a saúde ou a vida; o direito à *consulta prévia* aos trabalhadores, pelos empregadores, antes de mudanças de tecnologia, métodos, processos e formas de organização do trabalho; e o estabelecimento de mecanismos de *participação*, desde a escolha de tecnologias, até, em alguns países, a escolha dos profissionais que irão atuar nos serviços de saúde no trabalho.

A década de 70 testemunha profundas mudanças nos *processos de trabalho*. Num sentido mais "macro", observa-se uma forte tendência de "*terciarização*" da economia dos países desenvolvidos, isto é, o início de declínio do setor secundário (indústria), e o crescimento acentuado do setor terciário (serviços), com óbvia mudança do perfil da força de trabalho empegada.

Ocorre um processo de transferência de indústrias para o Terceiro Mundo, - uma verdadeira *transnacionalização* da economia - principalmente daquelas que provocam poluição ambiental ou risco para a saúde (ex.: asbesto, chumbo, agrotóxicos, e outros), e das que requerem muita mão-de-obra, com baixa tecnologia, como é o caso típico das "maquiladoras", que rapidamente se instalam nas "zonas livres" ou "francas", mundo afora. Os países do Terceiro Mundo, afligidos pela elevação dos preços do petróleo e pressionados pela recessão que se instala universalmente, buscam o desenvolvimento econômico a qualquer custo, aceitando e estimulando esta transferência, supostamente capaz de amenizar o desemprego e gerar divisas.

Num nível mais "micro", observa-se a rápida implantação de *novas tecnologias*, entre as quais podem ser destacadas duas vertentes que se completam: a *automação* (máquinas de controle numérico, robots, e outros) e a *informatização*.

Apesar de a automação e a informatização virem cercadas de uma certa aura mítica de se constituírem na "última palavra da ciência a serviço do homem", elas introduziram, na verdade, profundas modificações na organização do trabalho. Por exemplo, permitiram ao capital diminuir sua dependência dos trabalhadores, ao mesmo tempo em que aumentaram a possibilidade de controle. Ressurge, com vigor redobrado, o *taylorismo*, através de dois de seus princípios básicos: o da primazia da gerência (via apropriação do conhecimento operário e pela interferência direta nos métodos e processos), e o da importância do planejamento e controle do trabalho.

Contudo, se de um lado o capital busca reeditar as bases da "administração científica do trabalho", agora mais sofisticada, de outro, abre espaço a formas de "resistência" desenvolvidas pelos trabalhadores. Como conseqüência, são desenvolvidas, nos países escandinavos, experiências idos "grupos semi-autônomos", na Volvo e Saab, numa perspectiva de ampliar a participação dos trabalhadores, diminuindo os enfrentamentos.

No campo das *idéias sobre saúde*, predominava, até os anos'70, a concepção positivista de que a Medicina teria ampla autonomia e estaria no mesmo nível que outros subsistemas - como o econômico, o político, o educacional - e a suposição de que seria possível transformar a sociedade a partir de qualquer desses setores.

Esta visão de mundo sustenta a *teoria da multicausalidade* do processo saúde-doença, onde os fatores de risco do adoecer e morrer são considerados com o mesmo valor ou potencial de agressão ao homem, visto este como "hospedeiro". A prática da saúde ocupacional assenta-se sobre esta concepção.

Entretanto, a partir do final dos anos'60, começam a aparecer críticas a esta concepção e a denúncia dos efeitos negativos da medicalização e do caráter ideológico e reprodutor das instituições médicas, com a proposta de desmedicalização da sociedade.

No campo da prática médica, surgem programas alternativos de autocuidado de saúde, de assistência primária, de extensão de cobertura, de

revitalização da medicina tradicional, uso de tecnologia simplificada, e ênfase na participação comunitária.

Apesar da "apropriação" pelo Estado de algumas destas alternativas, surgidas da crítica às instituições médicas, e do fracasso relativo dessas medidas, elas revitalizam a discussão teórica sobre a articulação da saúde na sociedade.

Nesse intenso processo social de discussões teóricas e de práticas alternativas, ganha corpo a *teoria da determinação social* do processo saúde-doença, cuja centralidade colocada no trabalho – enquanto organizador da vida social - contribui para aumentar os questionamentos à medicina do trabalho e à saúde ocupacional.

As críticas tornam-se mais contundentes, à medida que surgem, em nível da rede pública de serviços de saúde, programas de assistência aos trabalhadores, com ativa participação destes, e das suas organizações.

Os programas contribuem para desvelar o impacto do trabalho sobre a saúde, questionam as práticas dos serviços de medicina do trabalho nas empresas e instrumentalizam os trabalhadores nas suas reivindicações por melhores condições de saúde.

6 A VALORIZAÇÃO E A MEDICINA DO TRABALHO

Neste capítulo observar-se-á o processo de questionamento da prática médica e gestação de uma nova prática, alguns pensadores tiveram papel de destaque. Entre eles, Polack⁴⁸ com suas idéias radicais, de que "a medicina no modo de produção capitalista é a medicina do"; Berlinguer⁵, que trabalhou ativamente a questão da saúde do trabalhador no movimento da Reforma Sanitária italiana; e Foucault ao dissecar questões nevrálgicas da prática médica, desnudando o poder e o controle, tão bem representados na medicina do trabalho.

Quais as *conseqüências* deste intenso processo social de mudanças sobre a aparente hegemonia do "modelo da saúde ocupacional"? É possível identificar, entre outras:

- Os trabalhadores explicitam sua desconfiança nos procedimentos técnicos e éticos dos profissionais dos serviços de saúde ocupacional (segurança, higiene e medicina do trabalho); estes têm uma enorme dificuldade em lidar com o "novo", mormente naquilo que significou perda de poder e hegemonia⁵.
- O exercício da *participação do trabalhador* em questões de saúde pôs em xeque, em muitos casos, conceitos e procedimentos amplamente consagrados pela saúde ocupacional, como por exemplo, o valor e a ética de exames médicos pré-admissionais e periódicos, utilizados, segundo a denúncia dos trabalhadores, para práticas altamente discriminatórias.
- Desmorona o mito dos "*limites de tolerância*" que fundamentou a lógica da saúde ocupacional (principalmente higiene e toxicologia) por mais de 50 anos. A fundamentação científica é questionada (para não dizer desmoralizada); o conceito de "exposição segura" é abalado; e os estudos de efeitos comportamentais provocados pela exposição a baixas doses de chumbo e de solventes orgânicos, põem em xeque os critérios de "proteção de saúde" que vigiram nos países industrializados ocidentais até há pouco.
- À medida em que a *organização do trabalho* amplia sua importância na relação trabalho/saúde, requerem-se novas estratégias para a

modificação de condições de trabalho, que "atropelam" a Saúde Ocupacional (até então trabalhando na lógica "ambiental").

- A utilização de *novas tecnologias* - em especial as que introduzem a *automação* e a *informatização* nos processos de trabalho - embora possa contribuir para o melhoramento das condições de trabalho, acabam introduzindo novos riscos à saúde, quase sempre decorrentes da organização do trabalho, e portanto, de difícil "medicalização"

- As modificações dos processos de trabalho em nível "macro" (terciarização da economia), e "micro" (automação e informatização), acrescentados à eliminação dos riscos nas antigas condições de trabalho, provocam um *deslocamento do perfil de morbidade* causada pelo trabalho: as doenças profissionais clássicas tendem a desaparecer, e a preocupação desloca-se para as outras "doenças relacionadas com o trabalho" (work related diseases). Passam a ser valorizadas as doenças cardiovasculares (hipertensão arterial e doença coronariana), os distúrbios mentais, o estresse e o câncer, entre outras.

Desloca-se, assim, a vocação da saúde ocupacional, passando esta a se ocupar da "promoção de saúde", cuja estratégia principal é a de, através de um processo de educação, modificar o comportamento das pessoas e seu "estilo de vida".

Na verdade, esta nova exigência colocada à saúde ocupacional nos países desenvolvidos e nas grandes corporações no Terceiro Mundo, se superpõe àquelas existentes na imensa maioria dos estabelecimentos de trabalho (pequenos e médios) e na economia informal, onde permanecem as condições de risco para a saúde dos trabalhadores, com os problemas clássicos e graves, até hoje não solucionados pelos modelos.

7 ACIDENTE DO TRABALHO

É o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados previdenciários, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

7.1 Consideram-se acidentes do trabalho

I - doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério da Previdência Social;

II - doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério da Previdência Social.

7.2 Não são consideradas como doenças do trabalho

- a) Doença degenerativa
- b) A inerente a grupo etário;
- c) A que não produza incapacidade laborativa;
- d) A doença endêmica adquirida por segurado habitante de região em que ela se desenvolva, salvo comprovação de que é resultante de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho.

7.3 Equiparam-se ao acidente do trabalho

I - o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação;

II - o acidente sofrido pelo segurado no local e no horário do trabalho, em conseqüência de:

- a) Ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho;
- b) Ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada ao trabalho;
- c) Ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro ou de companheiro de trabalho;
- d) Ato de pessoa privada do uso da razão;
- e) Desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos ou decorrentes de força maior;

III - A doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade;

IV - O acidente sofrido pelo segurado, ainda que fora do local e horário de trabalho:

- a) Na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa;
- b) Na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;
- c) Em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo quando financiada por esta dentro de seus planos para melhorar capacitação da mão-de-obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado;
- d) No percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado;

V - Nos períodos destinados à refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local de trabalho ou durante este, o empregado é considerado no exercício do trabalho; Não é considerada agravação ou complicação de acidente do trabalho a lesão que, resultante de acidente de outra origem, se associe ou se superponha às conseqüências do anterior.

7.4 Dia do acidente

Considera-se como dia do acidente, no caso de doença profissional ou do trabalho, a data do início da incapacidade laborativa para o exercício da atividade

habitual, ou o dia da segregação compulsória, ou o dia em que for realizado o diagnóstico, valendo para este efeito o que ocorrer primeiro.

7.5 Comunicação do acidente

A empresa deverá comunicar o acidente do trabalho à Previdência Social até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato, à autoridade competente, sob pena de multa variável entre o limite mínimo e o limite máximo do salário-de-contribuição, sucessivamente aumentada nas reincidências.

Da comunicação de acidente do trabalho receberão cópia fiel o acidentado ou seus dependentes, bem como o sindicato a que corresponda a sua categoria.

Na falta de comunicação por parte da empresa, podem formalizá-la o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública, não prevalecendo o prazo previsto de um dia.

A empresa não se exime de sua responsabilidade pela comunicação do acidente feita pelos terceiros acima citados. Os sindicatos e as entidades de classe poderão acompanhar a cobrança das multas, pela Previdência Social.

7.6 Caracterização do acidente

O acidente do trabalho pode ser caracterizado:

- a) Administrativamente, pelo Setor de benefício do INSS;
- b) Tecnicamente, pela perícia médica do INSS, que estabelecerá o nexo de causa e efeito entre: o acidente e a lesão; a doença e o trabalho; a causa mortis e o acidente.

7.7 Benefícios Previdenciários

São os benefícios que garantem ao funcionário o bem estar de ser reconhecido enquanto cidadão.

7.7.1 Auxílio-doença

O auxílio-doença será devido ao segurado que, cumprido o período de carência exigido pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de 15 (quinze) dias consecutivos. Durante os primeiros quinze dias consecutivos ao do afastamento da atividade por motivo de doença, incumbirá à empresa pagar ao segurado empregado o seu salário integral.

A empresa que dispuser de serviço médico, próprio ou em convênio, terá a seu cargo o exame médico e o abono das faltas correspondentes aos primeiros quinze dias, devendo encaminhar o segurado empregado à perícia médica da Previdência Social quando a incapacidade ultrapassar os quinze dias.

O segurado em gozo de auxílio-doença, insusceptível de recuperação para sua atividade habitual, deverá submeter-se a processos de reabilitação profissional para o exercício de outra atividade.

Não cessará o benefício até que seja dado como habilitado para o desempenho de nova atividade que lhe garanta a subsistência ou, quando considerado não-recuperável, for aposentado por invalidez.

O segurado empregado em gozo de auxílio-doença será considerado pela empresa como licenciado.

7.7.2 Auxílio- acidente

O auxílio-acidente será concedido, como indenização, ao segurado quando, após a consolidação das lesões decorrentes de acidente de qualquer natureza, resultarem seqüelas que impliquem redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exercia.

O auxílio-acidente será devido a partir do dia seguinte ao da cessação do auxílio-doença, independentemente de qualquer remuneração ou rendimento auferido pelo acidentado, vedada sua acumulação com qualquer aposentadoria. O recebimento de salário ou concessão de outro benefício, exceto de aposentadoria, não prejudicará a continuidade do recebimento do auxílio-acidente.

A Previdência Social prevê que a perda da audição, em qualquer grau, somente proporcionará a concessão do auxílio-acidente, quando, além do

reconhecimento de causalidade entre o trabalho e a doença, resultar, comprovadamente, na redução ou perda da capacidade para o trabalho, que habitualmente exercia.

7.7.3 Aposentadoria por invalidez

A aposentadoria por invalidez, uma vez cumprida, quando for o caso, a carência exigida, será devida ao segurado que, estando ou não em gozo de auxílio-doença, for considerado incapaz e insusceptível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência, e ser-lhe-á paga enquanto permanecer nesta condição.

A concessão de aposentadoria por invalidez dependerá da verificação mediante exame médico pericial a cargo da Previdência Social, podendo o segurado, às suas expensas, fazer-se acompanhar de médico de sua confiança.

Concluindo a perícia médica inicial pela existência de incapacidade total e definitiva para o trabalho, a aposentadoria por invalidez será devida ao segurado empregado, a contar do décimo sexto dia do afastamento da atividade, ou a partir da entrada do requerimento, se entre o afastamento e a entrada do requerimento decorrerem mais de trinta dias.

Durante os primeiros quinze dias de afastamento da atividade por motivo de invalidez, caberá à empresa pagar ao segurado empregado o salário. O aposentado por invalidez que retornar voluntariamente à atividade terá sua aposentadoria automaticamente cancelada, a partir da data do retorno.

Verificada a recuperação da capacidade de trabalho do aposentado por invalidez, será observado o seguinte procedimento:

I - quando a recuperação ocorrer dentro de 5 (cinco) anos, contados da data do início da aposentadoria por invalidez ou do auxílio-doença que a anteceda sem interrupção, o benefício cessará de imediato para o segurado empregado que tiver direito a retornar à função que desempenhava na empresa quando se aposentou, na forma da legislação trabalhista, valendo como documento, para tal fim, o certificado de capacidade fornecido pela Previdência Social.

II - quando a recuperação for parcial, ou ocorrer dentro de 5 (cinco) anos, contados da data da aposentadoria por invalidez ou do auxílio-

doença que a anteceda sem interrupção, ou ainda quando o segurado for declarado apto para o exercício de trabalho diverso do qual habitualmente exercia, a aposentadoria será mantida, sem prejuízo da volta à atividade.

Observe-se que o beneficiário empregado em gozo de uma das prestações, acima citadas, tem direito ao abono anual, equivalente ao 13º salário.

7.7.4 Pensão por morte

A pensão por morte, seja por acidente típico, seja por doença ocupacional, é devida aos dependentes do segurado.

7.7.5 Estabilidade provisória

O segurado que sofreu acidente do trabalho tem garantida, pelo prazo de doze meses, a manutenção do seu contrato de trabalho na empresa, após a cessação do auxílio-doença acidentário, independentemente de percepção de auxílio-acidente.

Em se tratando de contrato por prazo determinado, a rescisão contratual poderá ser efetuada no término do prazo ajustado, não havendo que se falar em estabilidade.

Ressalte-se que, se o empregado se afasta apenas por até 15 (quinze) dias da empresa, não há concessão do auxílio-doença e não haverá garantia de emprego.

A garantia de emprego de doze meses só é assegurada após a cessação do auxílio-doença. Caso o empregado se afaste com periodicidade para tratamento médico, com percepção de auxílio-doença 15 acidentário, será computada a garantia de doze meses a partir do retorno do empregado ao trabalho, isto é, quando da cessação definitiva do auxílio-doença acidentário.

Destaque-se, também, que o contrato de trabalho do empregado encontra-se interrompido até o décimo quinto dia e suspenso a partir do décimo sexto dia ao do acidente.

7.8 Seguro Acidente do Trabalho – SAT

O Seguro Acidente do Trabalho - SAT tem sua base constitucional estampada no inciso XXVIII do art. 7º, Inciso I do art. 195 e inciso I do art. 201, todos da Carta Magna de 1988, garantindo ao empregado um seguro contra acidente do trabalho, às expensas do empregador, mediante pagamento de um adicional sobre a folha de salários, com administração atribuída à Previdência Social. A base infra-constitucional da exação é a Lei nº 8.212/91, que estabelece em seu art. 22, II:

Art.22 – A contribuição a cargo da empresa destinada à Seguridade Social, além do disposto no art. 23, é de:

II - para o financiamento do benefício previsto nos arts. 57 e 58 da Lei 8.213/91, de 24 de julho de 1991, e daqueles concedidos em razão do grau de incidência de incapacidade laborativa decorrente dos riscos ambientais do trabalho, sobre o total das remunerações pagas ou creditadas, no decorrer do mês, aos segurados empregados e trabalhadores avulsos:

- a) 1% (um por cento) para as empresas em cuja atividade preponderante o risco de acidentes do trabalho seja considerado leve;
- b) 2% (dois por cento) para as empresas em cuja atividade preponderante o risco de acidentes do trabalho seja considerado médio;
- c) 3% (três por cento) para as empresas em cuja atividade preponderante o risco de acidentes do trabalho seja considerado grave”.

A atividade preponderante da empresa, para fins de enquadramento na alíquota de grau de risco destinada a arrecadar recursos para custear o financiamento dos benefícios concedidos em razão de maior incidência de incapacidade laborativa decorrente de riscos ambientais, é aquela que ocupa, na empresa, o maior número de segurados empregados e trabalhadores avulsos.

O enquadramento das atividades da empresa é de responsabilidade da própria empresa como, também, estabelece o Decreto nº 3.048/99, em seu art.202, § 4º, que a empresa o faça de acordo com a Relação de Atividades Preponderantes e correspondentes graus de risco, prevista em seu Anexo V, obedecidas as seguintes disposições:

- a) a empresa com estabelecimento único e uma única atividade enquadrar-se-á na respectiva atividade;
- b) A empresa com estabelecimento único e mais de uma atividade econômica para enquadrar-se simulará o enquadramento em cada uma delas, prevalecendo como preponderante aquela que tenha o maior número de segurados empregados e trabalhadores avulsos;
- b1) Para fins de enquadramento não serão considerados os empregados que prestam serviços em atividades-meio, assim entendidas aquelas atividades que auxiliam ou complementam indistintamente as diversas atividades econômicas da empresa, como, por exemplo, administração geral, recepção, faturamento, cobrança, etc.;
- c) A empresa com mais de um estabelecimento e diversas atividades econômicas procederá da seguinte forma:
 - c1) Enquadrar-se-á, inicialmente, por estabelecimento, em cada uma das atividades econômicas existentes, prevalecendo como preponderante aquela que tenha o maior número de segurados empregados e trabalhadores avulsos e, em seguida, comparará os enquadramentos dos

estabelecimentos para definir o 16 enquadramento da empresa, cuja atividade econômica preponderante será aquela que tenha o maior número de segurados empregados e trabalhadores avulsos, apurada dentre todos os seus estabelecimentos;

c2) Na ocorrência de atividade econômica preponderante idêntica (mesmo CNAE), em estabelecimentos distintos, o número de segurados empregados e trabalhadores avulsos dessas atividades será totalizado para definição da atividade econômica preponderante da empresa;

d) Apurando-se, no estabelecimento, na empresa ou no órgão do poder público, o mesmo número de segurados empregados e trabalhadores avulsos em atividades econômicas distintas, será considerado como preponderante aquela que corresponder ao maior grau de risco.

Importante frisar que, para o financiamento dos benefícios de aposentadoria especial, segundo a Lei nº 9.732/98 (DOU de 14.12.98), com vigência a partir da competência de abril/99, as alíquotas (1%, 2% ou 3%) serão acrescidas de doze, nove ou seis pontos percentuais, conforme a atividade, exercida pelo segurado a serviço da empresa, que permita a concessão desse benefício após quinze, vinte ou vinte e cinco anos de contribuição, respectivamente.

Observe-se que o acréscimo incide exclusivamente sobre o total das remunerações pagas ou creditadas, no decorrer do mês, aos segurados empregados e trabalhadores avulsos sujeitos a condições especiais.

Com relação aos demais empregados da empresa, que não estiverem expostos a agente nocivo e, conseqüentemente, não fizerem jus à aposentadoria especial, não haverá qualquer acréscimo na alíquota destinada ao SAT. Cabe destacar que, com a revogação do § 9º, do art. 202 do Regulamento da Previdência

Social aprovado pelo Decreto nº 3.048/99 pelo art. 4º do Decreto nº 3.265/99, a microempresa e a empresa de pequeno porte não optantes pelo SIMPLES, que recolhiam a contribuição sobre o percentual mínimo de 1% para o financiamento das aposentadorias especiais, ficam sujeitas às alíquotas normais de 1%, 2% ou 3%, conforme o enquadramento. Havendo agente nocivo, que propicie ao empregado o benefício de aposentadoria especial, deverá ser observada a majoração de alíquota contida na Lei nº 9.732/98.

Ressalte-se que a Medida Provisória nº 83, de 12.12.2002, publicada no DOU de 13.12.02, que dispõe sobre a concessão da aposentadoria especial ao cooperado de cooperativa de trabalho e de produção, em seu § 1º do art. 1º, criou para as empresas tomadoras de serviços de cooperado, que labore em condições especiais, contribuições adicionais de 9%, 7% e 5%, incidentes sobre o valor bruto da nota fiscal ou sobre a fatura de prestação de serviços.

A Medida, em seu art. 6º, majorou para 4%, 3% e 2% os percentuais de retenção do valor bruto da nota fiscal ou fatura de prestação de serviços relativos a serviços prestados mediante cessão de mão-de-obra, inclusive em regime de trabalho temporário, por segurado empregado, cuja atividade permita a concessão de aposentadoria especial após 15, 20 ou 25 anos de contribuição. A MP também criou, em seu art. 4º, para as empresas a obrigação de arrecadar a contribuição do segurado contribuinte individual a seu serviço, descontando-a da respectiva remuneração, e recolher o valor arrecadado juntamente com a contribuição a seu cargo até o dia 02 do mês seguinte ao da competência. No caso do contratado não ser inscrito no INSS, a empresa deverá inscrevê-lo no INSS como contribuinte individual.

Em seu art. 10, a MP disciplinou que a alíquota de um, dois ou três por cento, destinada ao financiamento do benefício de aposentadoria especial ou daqueles concedidos em razão do grau de incidência de incapacidade laborativa decorrente dos riscos ambientais do trabalho, poderá ser reduzida, em até cinquenta por cento, ou aumentada, em até cem por cento, conforme dispuser o regulamento, em razão do desempenho da empresa em relação à respectiva atividade econômica, apurado em conformidade com os resultados obtidos a partir dos índices de frequência, gravidade e custo, calculados segundo a metodologia aprovada pelo Conselho Nacional de Previdência Social.

A Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação, ou seja 13.12.02, produzindo seus efeitos, quanto aos §§ 1º e 2º do art. 1º e aos arts. 4º a 6 e 9º, a partir do dia primeiro ao nonagésimo dia da sua publicação. Atualizado até janeiro/2003.

7.8.1 Aposentadoria Especial

A aposentadoria especial, uma vez cumprida a carência exigida pela Previdência Social, será devida ao segurado que tenha trabalhado durante 15 (quinze), 20 (vinte) ou 25 (vinte e cinco) anos, conforme o caso, sujeito a condições especiais que prejudiquem a saúde ou a integridade física. A concessão da aposentadoria especial dependerá de comprovação pelo segurado, perante o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, do tempo de trabalho permanente, não

ocasional nem intermitente, em condições especiais que prejudiquem a saúde ou a integridade física, durante o período mínimo fixado. Considera-se para esse fim:

I - trabalho permanente aquele em que o segurado, no exercício de todas as suas funções, esteve efetivamente exposto à agentes nocivos físicos, químicos, biológicos ou associação de agentes;

II - trabalho não ocasional nem intermitente aquele em que, na jornada de trabalho, não houve interrupção ou suspensão do exercício de atividade de exposição aos agentes nocivos, ou seja, não foi exercida de forma alternada, atividade comum e especial.

Entende-se por agentes nocivos aqueles que possam trazer ou ocasionar danos à saúde ou à integridade física do trabalhador nos ambientes de trabalho, em função de natureza, concentração, intensidade e fator de exposição, considerando-se:

a) físicos: os ruídos, as vibrações, o calor, as pressões anormais, as radiações ionizantes, etc.;

b) químicos: os manifestados por névoas, neblinas, poeiras, fumos, gases, vapores de substâncias nocivas presentes no ambiente de trabalho, absorvidos pela via respiratória, bem como aqueles que forem passíveis de absorção por meio de outras vias;

c) biológicos: os microorganismos como bactérias, fungos, parasitas, bacilos, vírus e ricketesias dentre outros.

O segurado deverá comprovar, além do tempo de trabalho, exposição aos agentes nocivos químicos, físicos, biológicos ou associação de agentes prejudiciais à saúde ou à integridade física, pelo período equivalente ao exigido para a concessão do benefício.

O tempo de trabalho exercido sob condições especiais que sejam ou venham a ser consideradas prejudiciais à saúde ou à integridade física será somado, após a respectiva conversão ao tempo de trabalho exercido em atividade comum, segundo critérios estabelecidos pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, para efeito de concessão de qualquer benefício. Segundo a Instrução Normativa nº 84, da Diretoria Colegiada do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, de 17.12.02, publicada no DOU de 23.12.02, em sua subseção IV, que trata "Das Condições para a Concessão da Aposentadoria Especial", art. 146, § 3º, determina: "Qualquer que seja a data do requerimento dos benefícios do RGPS -

Regime Geral da Previdência Social, as atividades exercidas deverão ser analisadas da seguinte forma:

7.9 Período Trabalhado e Enquadramento

Até 28/04/1995 Quadro Anexo ao Decreto nº 53.831, de 1964. Anexos I e II do RBPS, aprovado pelo Decreto nº 83.080, de 1979. Sem apresentação de laudo técnico, exceto para o ruído (Nível de Pressão Sonora Elevado). De 29/04/1995 a 05/03/1997 Anexo I do Decreto nº 83.080, de 1979. Código 1.0.0 do Anexo ao Decreto nº 53.831, de 1964. Com apresentação de Laudo Técnico.

A partir de 06/03/1997 Anexo IV do Decreto nº 2.172, de 1997, substituído pelo Decreto Note-se que o benefício da aposentadoria especial além das previsões acima citadas para a sua concessão, será financiado com os recursos provenientes da contribuição de que trata o inciso II do artigo 22 da Lei 8.212/91, ou seja, recolhimento de 1%, 2% ou 3% decorrentes do grau de incidência dos riscos ambientais do trabalho, sobre o total das remunerações pagas ou creditadas no decorrer do mês, cujas alíquotas serão acrescidas de 12 (doze), 9 (nove) ou 6% (seis pontos percentuais), conforme a atividade exercida pelo segurado a serviço da empresa que permita a concessão da aposentadoria especial de 15 (quinze), 20 (vinte) ou 25 (vinte e cinco) anos de contribuição, respectivamente.

Destaque-se que o acréscimo de 15, 20 ou 25%, acima citado, incide exclusivamente sobre a remuneração do segurado sujeito às condições especiais para a concessão da aposentadoria especial.

Para fins de Comprovação do exercício de Atividade Especial, a empresa deve fornecer ao trabalhador o Perfil Profissiográfico Previdenciário - PPP, vide modelo abaixo, emitido com base em Laudo Técnico de Condições Ambientais de Trabalho - LTCAT, expedido por médico do trabalho ou engenheiro de segurança.

Alternativamente, até 30 de junho de 2003, poderá ser fornecido, para comprovação o formulário, antigo SB-40, DISES BE 5235, DSS-8030, DIRBEN 8030. O LTCAT deverá ser exigido para os períodos de atividade exercida sob condições especiais apenas a partir de 29 de abril de 1995, exceto no caso do agente nocivo ruído ou outro não arrolado nos decretos regulamentares, os quais exigem apresentação de laudo para todos os períodos declarados.

A exigência da apresentação do LTCAT, acima citada, será dispensada a partir de 01/07/2003, data da vigência do PPP, devendo, entretanto, permanecer na empresa à disposição da Previdência Social, se solicitado.

Os laudos técnico-periciais de datas anteriores ao exercício das atividades que atendam aos requisitos das normas da época em que foram realizados servirão de base para o enquadramento da atividade com exposição a agentes nocivos, desde que a empresa confirme, no formulário DIRBEN-8030 ou no PPP, que as condições atuais de trabalho (ambiente, agente nocivo e outras) permaneceram inalteradas desde que foram elaborados.

Os laudos técnicos elaborados com base em levantamento ambiental, emitidos em datas posteriores ao exercício da atividade do segurado, deverão retratar fielmente as condições ambientais do local de trabalho, detalhando, além dos agentes nocivos existentes à época, as datas das alterações ou das mudanças das instalações físicas ou do lay out daquele ambiente.

O PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, nos termos da NR9, visa a preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, pela antecipação, pelo reconhecimento, pela avaliação e, conseqüentemente, pelo controle da ocorrência de riscos ambientais, sendo sua abrangência e profundidade dependentes das características dos riscos e das necessidades de controle, devendo ser elaborado e implementado pela empresa, por estabelecimento.

Do laudo técnico de condições ambientais do trabalho deverão constar informação sobre a existência de tecnologia de proteção coletiva ou individual que diminua a intensidade do agente agressivo a limites de tolerância e recomendação sobre a sua adoção pela empresa.

O PCMAT - Programa de Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção, nos termos da NR18, obrigatório para estabelecimentos que desenvolvem indústria da construção (grupo 45 da tabela CNAE), com vinte trabalhadores ou mais, implementa medidas de controle e sistemas preventivos de segurança nos processos, nas condições e no meio ambiente de trabalho.

O PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, nos termos da NR7, objetiva promover e preservar a saúde dos trabalhadores a ser elaborado e implementado pela empresa ou pelo estabelecimento, a partir do PPRA e do PCMAT, com caráter de promover prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, inclusive de natureza

subclínica, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde.

A empresa deve elaborar e manter atualizado o Perfil Profissiográfico Previdenciário, abrangendo as atividades desenvolvidas pelo trabalhador. O perfil profissiográfico previdenciário é o documento histórico de laboração, personalíssimo, do trabalhador que presta serviço à empresa que, entre outras informações, registra dados administrativos, parâmetros ambientais e indicadores biológicos.

O Auditor Fiscal do Trabalho poderá autuar a empresa que deixar de manter laudo técnico atualizado com referência aos agentes nocivos existentes no ambiente de trabalho de seus trabalhadores ou de emitir documento de comprovação de efetiva exposição em desacordo com o respectivo laudo. Como também, é passível de infração a empresa que deixar de elaborar e manter atualizado o perfil profissiográfico previdenciário.

Em uma Ação Fiscal e da Inspeção do Local de Trabalho, o auditor fiscal da Previdência Social ou o médico perito da Previdência Social, solicitarão à empresa, por estabelecimento e, se esta for contratante de serviços de terceiros intramuros, também de suas empresas contratadas, entre outros, os seguintes elementos:

- 1) o PPRA - Programa de Prevenção de Risco Ambiental; PGR - Programa de Gerenciamento de Riscos (mineração) ou PCMAT - Programa de Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção, conforme o caso;
- 2) o PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional;
- 3) o PPP - Perfil Profissiográfico Previdenciário;
- 4) a GFIP - Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço e Informações à Previdência Social, a partir da competência janeiro de 1999;
- 5) a GRFP - Guia de Recolhimento Rescisório do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço e Informações à Previdência Social, a partir da competência fevereiro de 1999;
- 6) o LTCAT - Laudo Técnico de Condições Ambientais do Trabalho, quando for o caso;
- 7) a CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho.

7.10 Aspectos legais da insalubridade

O conceito de insalubridade e a disciplina legal das perícias constam da CLT e Normas Regulamentares do Ministério do Trabalho.

Pelos artigos 189 e 190, da CLT, há insalubridade quando o empregado está exposto a agentes nocivos à saúde, acima dos limites de tolerância fixados pelo MTb. Os critérios para identificação da insalubridade podem ser: quantitativo, ou seja, em razão da intensidade do agente e do tempo de exposição aos seus efeitos e qualitativo, em função do agente biológico ou químico que é tido como agressivo pelo Ministério do Trabalho. O fato de atividade do reclamante não estar incluída entre aquelas previstas como insalubres no quadro elaborado pelo MTb desobriga o empregador ao pagamento do adicional, por força do disposto no art. 195, da CLT, mesmo quando constatada pela perícia a existência de agente prejudicial no ambiente de trabalho do obreiro. É uma questão pacífica na jurisprudência.

O trabalhador sujeito ao risco de insalubridade e de periculosidade, conjuntamente, terá que optar por um deles (art. 193, parágrafo 2o., CLT), sendo que, se forem mais de um os fatores determinantes da insalubridade, será considerado apenas aquele gerador do adicional mais elevado. As mesmas normas se aplicam ao trabalhador rural.

Enquanto não houver sido eliminada, a insalubridade afeta a todo momento a saúde do trabalhador, que morre aos poucos. Pouco importa, portanto, que o trabalho executado em ambiente insalubre seja intermitente (En. 47/TST). Mas o adicional não se incorpora definitivamente ao salário do obreiro. É, pois, salário condição.

O deferimento do percentual não faz coisa julgada, podendo variar de tempos em tempos, em face da diminuição ou aumento das condições nocivas de trabalho. O que se tem em mira é a eliminação das causas que ensejam o pagamento do adicional, em prol do trabalhador. Assim é que, na forma do Enunciado 289, do TST, o simples fornecimento do EPI não exime o pagamento do adicional, cabendo ao empregador tomar as medidas que conduzam à diminuição ou eliminação da nocividade. Salienta-se que constitui ato faltoso do empregado a recusa injustificada ao uso do EPI. A perícia é obrigatória, sempre a cargo de engenheiro de segurança ou médico do trabalho devidamente registrado no

Ministério do Trabalho (art. 195/CLT).

O sindicato pode ingressar com ação em nome próprio defendendo o direito ao adicional dos empregados, como substituto processual. É a norma inserta no art. 195, parágrafo 2o., da CLT. Pelo En. 293/TST, não prejudica o pedido de adicional de insalubridade o fato de ser apontado, na inicial, agente nocivo diverso do constatado pela perícia. O processo do Trabalho é informal. A parte sucumbente no objeto da perícia deve arcar com o pagamento dos honorários do perito (En. 236/TST). O empregado beneficiado pela Justiça Gratuita não fica desobrigado desse ônus, podendo apenas gozar da isenção de taxas, emolumentos e custas, com supedâneo no parágrafo 9o., do art. 789, da CLT. O obreiro deve ter cuidado, pois, com perícias desnecessárias. Sempre defendi que o perito, como relevante auxiliar da Justiça, tem direito à percepção de honorários condignos com sua condição de profissional gabaritado. A insalubridade pode ser classificada nos graus mínimo, médio e máximo e, conforme o caso, receberá trabalhador o adicional de 10%, 20% ou 40%. Pela redação do artigo 192/CLT, esse percentual é calculado sobre o salário mínimo. Nesse sentido os Enunciados 137 e 228, do TST. Após 1988, contudo, entendeu-se que a fixação do adicional de insalubridade em determinado percentual do salário mínimo contraria o disposto no artigo 7o., IV, da Constituição Federal, que veda a sua vinculação para qualquer fim.

Com base nesse entendimento, o Supremo Tribunal Federal, por sua Primeira Turma, conheceu e deu provimento a recurso extraordinário interposto contra decisão do TST que, confirmando decisão deste TRT da 3a. Região, entendera que o art. 7o., IV, da CF, tem por finalidade impedir a aplicação do salário mínimo como parâmetro indexador de reajustes de obrigações, mas não impedindo sua utilização como referência para cálculo do adicional de insalubridade. O Excelso STF decidiu afastar, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a vinculação ao salário mínimo estabelecida pelas instâncias ordinárias e determinou o retorno do processo ao TRT, a fim de que se decida qual o critério legal substitutivo do adotado e aplicável ao caso. O processo em referência é o de no. RE- 236.396-MG, e foi relatado pelo douto Ministro Sepúlveda Pertence.

A inovadora decisão é recente, foi proferida em 02 de outubro do ano em curso e, ao fixar que o Tribunal Regional é que irá decidir acerca do critério legal a ser aplicado para cálculo do adicional, abre campo a amplos debates.

Poderá ser determinada, por exemplo, a incidência sobre o salário profissional ou piso salarial da categoria a que pertence o trabalhador, ou ainda, sobre o seu salário integral. Qualquer interpretação, hoje, é válida, a teor do julgado acima referido, pois, se incabível a aplicação do disposto no art. inexistente, no mundo jurídico, qualquer norma legal a reger a matéria. De minha parte, sempre preconizei que o cálculo do adicional de insalubridade deveria ser feito sobre a remuneração, como sugeriu o constituinte no art. 7º, XXIII, em avanço social espetacular e para o qual o Judiciário tem se mostrado lento.

Com efeito, o cálculo sobre o salário-mínimo, na forma estabelecida pelo Enunciado 228/TST, não podia mesmo vingar, porque, além de ínfimo, violava a Carta Política de 1988. Sabidamente, não é bom, nem recomendável, que Enunciado prevaleça sobre a Carta Magna, intitulada Lei Maior e sobre a qual nada pode preponderar. A reparação, diante da decisão do STF, será compatível com o dano à saúde dos obreiros.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ser humano desde os primórdios sempre buscou encontrar o seu bem estar, e no seu ambiente de trabalhista não seria diferente, a relação entre amigos de trabalho ou ainda funcionário e patrão deve ser de inteira satisfação, pois a partir do momento que esta não existe o rendimento do trabalho diminui, comprometendo a qualidade, além disso há outros fatores de suma importância que colaboram para essa qualidade, bem como a valorização do trabalhador e a sua segurança.

Diante dessa afirmação é viável ressaltar que, falar de qualidade de vida numa empresa é apontar sugestões que devem ser vistas como uma alternativa de melhoria para ambos os componentes existentes nela, o empregado por exemplo sente-se seguro e estimulado ao trabalho quando é valorizado e há segurança em seu ambiente, o empregador por sua vez livra-se de problemas que podem acarretar insatisfações futuras.

Assim afirma-se que o empregador ao montar sua empresa deve prever as situações desagradáveis que podem acontecer em relação ao funcionário, buscando assim ajuda de profissionais qualificados que possam oferecer orientações seguras em relação ao trabalho.

A Medicina do Trabalho é vista como uma grande parceira, devido a sua competência em orientação e na prevenção de acidentes, além de cuidar da saúde das pessoas que se encontram no ambiente, por isso a grande importância do médico em empresas.

Ressalta-se ainda que é necessário voltar o olhar para a distribuição de tarefas e a carga horária de trabalho, pois o acúmulo dessas diminui a qualidade de vida do funcionário, prejudicando o seu rendimento, por isso a necessidade de trabalhar projetos que viabilizem essa melhoria.

Hoje a Legislação Brasileira assegura vários benefícios em favor do funcionário, pois o mesmo tem por direito gozar de uma vida digna e segura, para poder desfrutar de seus bens conquistado com dignidade.

Assim conclui-se que o profissional da Medicina do Trabalho deve ser sempre requisitado, uma vez que o mesmo tem a competência de ajudar a desenvolver projetos de melhoria de vida no trabalho, por isso afirma-se que pesquisar sobre o assunto foi de grande valia e espera-se contribuir com outros profissionais da área.

REFERÊNCIAS

ASSENATO, G.; NAVARRO, V. Workers participation and control in Italy: the case of occupational medicine. **Int. J.Hlth Serv.**,10, p. 217-21, 1980.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Saúde e trabalho: desafios para uma política**. Rio de Janeiro, 1990.

COUTO, Hudson de Araújo. In: **Ergonomia Aplicada ao Trabalho**: a máquina humana. V.1, 1998.

FRANÇA, A. C. Limong. Qualidade de vida no trabalho: conceitos, abordagens, inovações e desafios nas empresas brasileiras. **Revista brasileira de Medicina Psicossomática**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 79-83, abril./ jun. 1997.

LEI Nº 6.514, DE 22 DE DEZEMBRO DE 1977. **Segurança e Medicina do trabalho**. Normas regulamentadoras- NR-1 a 33, Portaria nº 3.214, de 8-6-1978
Legislação Complementar, Índices Remissivos. São Paulo: ATLAS/S.A, 2008.

OLIVEIRA, M. A. Dilemas na Gestão da Qualidade e da qualidade de vida no trabalho. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE GESTÃO DE COMPETÊNCIAS EM QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO, 1., 1998, São Paulo. **Anais...** São Paulo: FEA/USP, FIA, PROPEG, 1998, p. 26-28.