

## AGRAVOS À SAÚDE DOS TRABALHADORES NO BRASIL: ALGUNS NÓS CRÍTICOS<sup>1</sup>

### DAMAGES TO THE WORKERS' HEALTH IN BRAZIL: SOME CRITICAL NODES

Edvânia Ângela de Souza Lourenço<sup>2</sup>  
*edvaniaangela@hotmail.com*

#### RESUMO

O trabalho, principal responsável pelo desenvolvimento humano, atuou de tal forma sobre a natureza que produziu feitos revolucionários, criou modos de vida e de se relacionar irreversíveis, ou seja, não é possível ao homem atuar sobre a natureza sem considerar tudo que já foi feito e descoberto. Parte-se sempre das experiências acumuladas. Mas o fato é que, ao mesmo tempo, em que o trabalho se desenvolveu e se tornou ainda mais indispensável à vida humana, o fez em determinadas condições de gestão e de organização. Impondo ao homem – ser social – ritmos intensos e atividades monótonas, eliminando a sua autonomia, a sua criatividade e o seu conhecimento. O trabalho tornou-se emprego, materializado em atividades fragmentadas de um sistema de produção que aliena o produto de quem o faz. O trabalho mantém-se enquanto elemento primordial da vida e da organização social; contudo, gerou circunstâncias e situações em que passou a ser a destruição do próprio homem, estabeleceu-se uma relação contraditória entre trabalho e trabalhador. O trabalho é fonte de vida, mas também de doenças e de morte; de liberdade e de prisão; de crescimento e de atrofia; de riqueza e pobreza; de desenvolvimento e de alienação/estranhamento. Assim, neste texto, discute-se as manifestações da organização e relações sociais do trabalho para a classe trabalhadora, do ponto de vista dos agravos à saúde. Trata-se de discutir os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho notificados ao sistema previdenciário brasileiro, cujos dados remontam a 1970 e indicam o avanço da organização dos serviços de saúde, trabalho e previdência, mas, na atualidade, permanecem alguns nós críticos, tais como: a subnotificação, as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores que se acidentam em se manter trabalhando ou de se afastarem com direito à remuneração e ao reconhecimento do seu problema como vinculado ao trabalho e a precarização das relações sociais de trabalho. É disso que esse texto trata.

**PALAVRAS-CHAVE:** Trabalho. Saúde do Trabalhador. Acidentes de Trabalho. Doenças do Trabalho. Política Pública

#### ABSTRACT

Work, the main responsible for human development, acted in such a way on nature that it has produced revolutionary events, created irreversible life styles and forms of interaction; in other words, it is no longer possible for human beings to act on nature without considering everything that has already been made and discovered. Accumulated experience is always the starting point. However, the fact is that, at the same time in which the work developed and became even more indispensable to human life, this evolution has occurred in specific management and organization conditions which imposed on mankind – social beings – intense rhythms and monotonous activities, eliminating autonomy, creativity and knowledge. Work has become employment, has been materialized in fragmented activities of a production system that alienates the product from who does it. Work remains as an essential part of life and of social organization; however, it has created circumstances and situations in which it turned to be the mankind destruction and a contradictory connection between work and worker was established. Work is a source of life, but it is also a source of sicknesses and death, of freedom and prison, of growing and atrophy, of wealth and poverty, of development and alienation/estrangement. Thus, in this text, the manifestations of the organization and the work social relations for the working class are discussed from the point of view of the damages caused to the worker's health. It is concerned to discussing the accidents and sicknesses related to work, which are notified to the Brazilian pension system whose data refers back to 1970 and indicate the advancement of the health organization services, work and social security; however, nowadays, some critical nodes still remain, such as: under-notification, difficulties faced by injured workers in keeping in work or taking paid leaves and having their problems recognized as associated with their work and the precariousness of labor social relations. That is what this text is about.

**KEY WORDS:** Labor. Workers' Health. Work Accidents. Occupational Diseases and public policy

<sup>1</sup> Esse texto originalmente foi objeto de discussão durante o Seminário Regional Acidentes de Trabalho: negligência, ausência e desafios, realizado no dia 25 de agosto de 2011 em Presidente Prudente, esse evento foi fruto da ação interinstitucional entre Unesp, especificamente por meio do Centro de Estudos da Geografia do Trabalho (CEGeT), e Prefeitura Municipal de Presidente Prudente, por meio do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, CEREST. Registra-se um agradecimento especial a pessoa do Professor Antonio Thomaz Junior pelo apoio e incentivo ofertado.

<sup>2</sup> Docente do Departamento e da Pós Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - UNESP- Franca/SP. Pesquisadora do grupo de estudos e pesquisas Teoria Social de Marx e Serviço Social, responsável pela linha de pesquisa: Mundo do Trabalho: Serviço Social e Saúde do Trabalhador – GEMTSSS e pesquisadora do QUAVISSS- UNESP-Franca/SP.

## INTRODUÇÃO

Atualmente, vem crescendo a preocupação com os agravos à saúde dos trabalhadores. Pelo lado das empresas, o fato de esses eventos significarem custos tanto em relação aos tributos, pois no caso de afastamento em decorrência de acidente ou doença do trabalho, quando emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), a empresa deve manter a contribuição do Fundo de Garantia Por Tempo de Serviço (FGTS) e garantir a estabilidade do trabalhador por um ano, após o seu retorno ao trabalho, e de acordo com o número de acidentes, a empresa corre o risco de ter aumentada a sua alíquota de contribuição ao Seguro Acidente de Trabalho (SAT), pois com a implantação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP), em 2007, a contribuição empresarial passa a se vincular ao número de afastados por problemas de saúde decorridos do trabalho; tanto com o treinamento de novo funcionário para substituir o que se acidentou e se afastou. Além disso, ainda há a preocupação com as certificações internacionais que impõem determinadas exigências às empresas quanto a qualidade dos produtos e, em certa medida, ao processo de produção, o que reverbera em atitudes que podem melhorar o ambiente laboral. Porém, a discussão da prevenção, quase sempre, imputa aos trabalhadores o peso das medidas que, não exclusivamente, mas de maneira acentuada, resvala sobre o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), que embora crie barreiras para a exposição do corpo a algum agente causador de acidente ou doença, pesa sobre o indivíduo, que muitas vezes, já trabalha em lugar quente ou frio, realiza movimentos repetitivos e, entre outros, ainda, tem que usar EPI, que certamente protege, mas também é causa de incômodos e representa o reconhecimento de que aquela atividade oferece riscos à saúde do trabalhador. Além disso, a empresa também opta pela substituição da força de trabalho desgastada ou adoecida, há uma visível preferência pelos mais jovens e sadios.

Pelo lado das políticas públicas, os gastos das áreas da Previdência Social e Saúde com os afastamentos, a assistência e a reabilitação exigem medidas de prevenção e interrupção destes problemas, haja vista que o custo:

Se considerarmos exclusivamente o pagamento, pelo INSS, dos benefícios devido a acidentes e doenças do trabalho somado ao pagamento das aposentadorias especiais<sup>3</sup> decorrentes das condições ambientais do trabalho encontraremos um valor superior a R\$10,7

---

<sup>3</sup> “A aposentadoria especial é um dos direitos inscritos na nossa Constituição, possibilitando a antecipação da aposentadoria com 15, 20 e 25 anos de contribuição aos trabalhadores sujeitos a ambientes inseguros de trabalho...” (TODESCHINI; LINO, 2010, p.27).

bilhões/ano. Se adicionarmos despesas como o custo operacional do INSS, mais as despesas na área da saúde e afins, o custo-Brasil atinge o valor superior a 42 bilhões (MELO, 2010, p. 46).

Mesmo com o conhecimento do custo dos agravos à saúde dos trabalhadores para as políticas de Saúde e Previdência a um patamar que chega a 1,8% do PIB nacional (TODESCHINI; LINO, 2010, p.27), ainda assim, as ações no campo da saúde do trabalhador têm sido marcadas pela fragmentação e descontinuidade. Almeida (2011) identifica que na prática ainda não foi efetivada a Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador e que também não há um ator político que protagonize no sentido de dinamizar o debate da saúde do trabalhador e a atuação do Estado, assim apesar de os dados dos agravos à saúde dos trabalhadores e os respectivos estudos indicarem a necessária articulação entre os vários ministérios (Trabalho, Saúde e Previdência), as ações ainda são isoladas e fragmentadas, salvo raras exceções, possibilitadas por comportamentos individuais e não necessariamente por uma política de governo (LACAZ, 2010).

Do ponto de vista da classe trabalhadora, é possível que os danos gerados pelos agravos à saúde onerem mais as vítimas que as empresas e o sistema reparador (Estado), uma vez que as consequências sociais, econômicas e até mesmo afetivas provocadas pela incapacidade permanente ou temporária e, em consequência, a interrupção forçada do trabalho, causam drásticas mudanças na vida destas pessoas, as quais passam a conviver com os problemas de saúde, falta de trabalho e de recursos financeiros. Ocorre, ainda, que em muitos casos, a pessoa não consegue sequer provar que adquiriu determinada enfermidade trabalhando ou em decorrência do trabalho. Não consegue se afastar ou se reabilitar, também não consegue trabalhar, pois quando adoecida não consegue manter a produção e acaba demitida. Sem trabalho, fica a mercê da ajuda dos familiares ou da política de assistência social, sofre com isso, rebatimentos diretos na sua identidade pessoal e profissional (SELIGMANN-SILVA, 1997).

No geral, os acidentes ainda são discutidos sob o prisma de se evitar gastos. Seja pela empresa, seja pelo Estado ou até para o trabalhador, implantam-se medidas neste sentido, mas pouco ou quase nada, se fala em mudar o modo de produção, para que a saúde, a partir de um conceito mais amplo seja considerada. Ou seja, para além dos gastos com os afastamentos ou indenizações existe um modo de produção e de organização do trabalho que incide sobre a saúde dos indivíduos e pode até ser que não cause necessariamente acidente ou doença, mas diante de um ritmo intenso de trabalho, perda de autonomia, longas jornadas, envolvimento estimulado, baixos salários, entre outros, estabelece-se a desumanização do trabalhador, que pode gerar um sofrimento. Então, de

antemão, é preciso grifar que as medidas reparatórias e de contenção dos agravos nos ambientes de trabalho são importantes, mas não resolvem a problemática, é necessário lutar pela garantia dos direitos do trabalho e por um processo e relações sociais que garantam a saúde e não a destrua.

Assim, neste texto, ao buscar pelos dados dos agravos à saúde do trabalhador no Brasil, propõe-se uma discussão social embasada na literatura que já vem esmiuçando este problema<sup>4</sup>, nos sites oficiais do governo, e também da organização coletiva dos trabalhadores, especificamente no site do Departamento Intersindical dos Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT)<sup>5</sup>. Trata-se de discutir os dados dos agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho a partir de dados secundários, ou seja, do que é notificado pela Previdência Social e indicar alguns nós críticos persistentes no campo Saúde do Trabalhador. Assim, o texto está subdividido nos eixos: Acidentes de Trabalho, do que se trata? E no Brasil, como se deu o reconhecimento dos acidentes de trabalho como acontecimentos passíveis de intervenção do Estado? O que os dados dos agravos à saúde dos trabalhadores no Brasil indicam? Quais os principais nós críticos identificados?

## **ACIDENTES DE TRABALHO, DO QUE SE TRATA?**

Binder e Almeida (2005), num importante estudo acerca dos acidentes de trabalho, enfatizam que a sua definição prenuncia o evento, ou seja, o acidente não surge do nada, tampouco da má fé ou má sorte das vítimas. Os agravos são ocorrências previsíveis e, portanto, evitáveis, que se originam de situações que envolvem uma multicausalidade de fatores. Contudo, no geral, ainda sobressaem aquelas análises de cunho comportamental. É como se o trabalhador agisse propositalmente ou inadequadamente para produzir o evento e se automutilar ou se incapacitar. São vertentes de análises que isentam as relações sociais de trabalho e culpam as vítimas pela ocorrência. As ações preventivas, em geral, ainda são

---

<sup>4</sup> Ver importante discussão feita por Almeida e Binder (2005); Ribeiro (1999), DIESAT (1989), Todeschini (1995), Wunsch Filho (1999), a respeito do movimento social e político que contribuiu para a construção do campo saúde do trabalhador no Brasil ver o estudo de Lacaz (1996; 2010); Maeno e Carmo (2005) e Minayo-Gomez; Machado, Pena (2011).

<sup>5</sup> O DIESAT foi criado no Brasil em 1979, a partir do movimento político dos trabalhadores, inclusive sob a repercussão das ações de âmbito internacional, que questionaram o papel do Estado e das políticas públicas frente a relação trabalho e saúde e no empenho da garantia da saúde no trabalho exigindo do Estado a política pública de saúde. O DIESAT foi formado, sobretudo, pelos Sindicatos dos trabalhadores, com importante papel na sistematização de estudos sobre o processo saúde-doença-trabalho (LACAZ, 1996).

no sentido de eliminar o que pode causar o dano, no caso, se o trabalhador é considerado o responsável pela ocorrência, então, ele acaba sendo dispensado, mantendo as condições de trabalho intactas.

Binder e Almeida (2005) explicitam as teorias que foram se desenvolvendo, ao longo dos tempos, para analisar os acidentes de trabalho. Em oposição a visão do acidente como uma fatalidade, nos idos de 1930, desenvolveu-se a teoria do dominó, para a qual o acidente resulta de uma linearidade de acontecimentos. “Essa teoria representa o acidente por uma sequência de cinco pedras de dominó posicionadas de modo que a queda de uma desencadeia a queda das subsequentes (HEINRICH, 1959 apud BINDER; ALMEIDA, 2005, p. 770).

Apesar de observar o acidente como causa de eventos precedentes, a teoria do dominó estimulou as análises que culpam os trabalhadores pelos acidentes, pois a terceira pedra (descrita por esta teoria) introduz o conceito de condições inseguras com destaque para a atitude do trabalhador. Portanto, como apontado por Almeida e Binder (2005), as análises pautadas nesta teoria contribuem para a culpabilização das vítimas, sendo que até os anos de 1980, os estudos mais difundidos, na área de saúde e segurança do trabalho no Brasil, traziam como base a identificação dos atos inseguros.

Algumas mudanças de interpretação vêm contribuindo para o entendimento dos acidentes de trabalho como fruto da multicausalidade de fatores. Neste sentido, Binder e Almeida (2005) destacam a teoria de sistemas, para a qual a empresa seria um sistema sociotécnico aberto, onde interagem vários fatores, sobretudo, os de ordem técnica e social. Em relação à técnica identifica-se o ambiente, as máquinas, a tecnologia empregada e a produção em si; já o aspecto social, evidencia mais as questões relativas aos trabalhadores, considerando as suas qualificações profissionais e as relações hierárquicas de trabalho. Neste sistema, segundo Binder e Almeida (2005), sobressaem os resultados positivos que estão relacionados com a produção e os negativos que evidenciam alguma perturbação. Os trabalhadores seriam os responsáveis para eliminar as possíveis “perturbações” e evitar acidentes.

Segundo Binder e Almeida (2005), a partir da compreensão da multicausalidade dos acidentes e da concepção sistêmica, surgiram vários métodos de investigação, cuja ênfase predominante vem da Escola Comportamentalista ou “Behaviorista” e da Ergonomia. Os autores fazem importante explicação do desenvolvimento destas teorias e das teses a elas relacionadas, mas para os objetivos deste texto, limita-se a sublinhar a importância do estudo de Binder e Almeida (2005) para a compressão dos acidentes de trabalho e,

sumariamente, destaca-se alguns pontos da teoria do Comportamento e da Ergonomia discutidas pelos referidos autores. De modo bastante resumido, pode se dizer que a primeira teoria enfatiza as mudanças que ocorrem no sistema de produção, a falta de conhecimentos, atenção e cuidado, a ausência de cumprimento de regras e, entre outros, desenvolve a cultura de prevenção considerando as ocorrências de acidentes de trabalho como aprendizado, situando as ações de prevenção posterior às ocorrências. Já a Ergonomia considera a variabilidade presente nas situações reais de trabalho, ou seja, existem diferenças significativas entre o que é prescrito para o desenvolvimento de determinada atividade laboral e o modo como realmente é feita. No dia a dia, os trabalhadores se veem obrigados a tomarem certas decisões e executarem certas medidas para o funcionamento da produção, que não estão prescritas nas normas e procedimentos, para a qual a análise dos acidentes deve considerar essa variabilidade entre o que é prescrito e o que realmente é feito. Na Ergonomia, também ganhou corpo as explicações da confiabilidade humana em sistemas considerados seguros, como os de ordem técnica eliminando as explicações que consideram os trabalhadores como únicos agentes da causa dos acidentes (BINDER; ALMEIDA, 2005).

Assim, Binder e Almeida (2005) enfatizam que apesar da contribuição das teorias do Comportamento e da Ergonomia, existem limites que favorecem a persistência no Brasil, do entendimento do acidente de trabalho como fruto dos atos inseguros, inclusive essa compreensão foi avalizada pelos documentos oficiais de regulação das condições e relações de trabalho, como as Normas Regulamentadoras do Trabalho (NR), por exemplo, a n. 5, especificamente no seu anexo, que manteve até 1994 a ideia monocausal dos acidentes. Em outro estudo, Almeida (2011) destaca que apenas em 2009, uma Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego alterou a redação da norma (NR1) retirando o conceito “ato inseguro”.

Os autores indicam também que, no contexto brasileiro, vem sendo difundido, desde os anos de 1990, o método de análise de acidentes de trabalho denominado *Árvore de Causas*, desenvolvido na França na década de 1970, o qual se constitui em um “método clínico”, que se utilizando do conceito de variação da atividade consegue captar a rede de fatores que se relaciona com a ocorrência, mas não é o mesmo entendimento dado pela Ergonomia que enfatiza a oposição entre trabalho real e prescrito. Almeida e Binder (2005) realizam a análise de um acidente de trabalho a partir do método *Árvore de Causas* e mostram que esse permite identificar as várias situações de trabalho, comparar a situação real do trabalho sem acidente e a situação real do trabalho com acidente, cuja vantagem

está em identificar os vários contextos e circunstâncias do trabalho, sendo mais favorável às medidas de segurança e prevenção.

## **ACIDENTE DE TRABALHO NO BRASIL E O SEU RECONHECIMENTO PELO ESTADO BRASILEIRO**

Atualmente o acidente de trabalho é reconhecido pela Previdência Social brasileira como aquele evento que causa lesão corporal ou perturbação funcional (permanente ou temporária). Para efeitos da lei previdenciária a doença do trabalho, a qual se desenvolve em decorrência da atividade profissional também é considerada acidente (BRASIL, 1991, *on line*). Mas ambos os eventos (acidente e doença) acabam limitando-se as definições construídas pelo sistema de reparação financeira, excluindo-se, portanto, aqueles males que nem sempre se materializam em uma doença ou um acidente, mas se constituem em condição latente de sofrimento.

É preciso enfatizar que os dados não representam a totalidade do problema: em primeiro lugar, deve ser considerado o fato de o sistema previdenciário atender um público seletivo, ou seja, apenas aqueles que se enquadram no setor formal do trabalho e, ainda assim, não inclui as empregadas domésticas, os autônomos e funcionários públicos e militares. Dessa maneira, os dados que se têm acerca dos agravos à saúde são sempre inferiores e subestimados quanto a sua totalidade. Além disso, historicamente a classe trabalhadora encontrou (e encontra) grandes dificuldades para registrar os agravos decorridos do trabalho. Portanto, antes de indicar as estatísticas de agravos à saúde dos trabalhadores no Brasil e, tecer algumas considerações, considera-se importante evidenciar como e deu o seu reconhecimento pelo Estado.

Por longo período, no Brasil, os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho não eram sequer mencionados pelas autoridades do Estado. Já as doenças infecto-contagiosas e parasitárias que afetavam a economia cafeeira se tornaram alvo de atuação do Estado, por meio de medidas agressivas, autoritárias e policiais, mas as demais - que prejudicavam mais a vida dos trabalhadores que do capital propriamente dito - não receberam a mesma atenção, exemplo disso, a tuberculose, que mesmo dizimando vidas, numa proporção de 2 a cada 1.000 mortes, manteve-se oculta por um longo período (RIBEIRO, 1999).

No período da primeira lei de acidentes de trabalho, em 1919, a queixa dos acidentes e doenças do trabalho era feita na delegacia de polícia e acabava não se materializando em processos jurídicos porque a vítima do trabalho estava sempre

necessitada de algum dinheiro, assim, aceitava os acordos e/ou ofertas por mais irrisórias que fossem (FALEIROS, 1992). Tal histórico validou as charges que “as questões do trabalho eram caso de polícia” (RIBEIRO, 1999, p. 28).

Nos anos de 1930, num contexto de crise econômica e de maturação do sistema capitalista, considerando a defasagem histórica do Brasil em relação a outros países, sobretudo, no que se refere ao desenvolvimento da indústria e das instituições e serviços públicos, verifica-se que o contexto social e político levaram o Estado a legislar e intervir nas relações sociais de trabalho. O Estado, além de mediador dos conflitos entre capital e trabalho, assume também o papel de promotor do desenvolvimento do capitalismo, sobretudo industrial. Em 1930, ao ser criado o Ministério do Trabalho, que fiscalizou, acompanhou e monitorou os sindicatos dos trabalhadores até fins de 1988, também foi criado o setor responsável em fiscalizar os ambientes de trabalho, retirando os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho da atribuição da saúde pública, ainda Delegacia de Saúde. A partir daí, as incipientes fiscalizações em parques ambientes de trabalho, sob os auspícios do Ministério do Trabalho, ainda que insuficientes, geraram alguns estudos que demonstraram a gravidade dos problemas de saúde, sobretudo respiratórios que os trabalhadores das indústrias têxteis estavam expostos, além das mineradoras (RIBEIRO, 1999; MENDES, VAISSMANN, 2005).

Em 1934, uma nova Lei de Acidentes de Trabalho (o Decreto numero 24637, de 10 de julho de 1934), já a par das condições que determinadas ocupações estavam expostas, estendeu o conceito de acidentes às doenças do trabalho, mas talvez o maior avanço tenha sido, como apontado por Ribeiro (1999), a abolição “[...] da exigência do trabalho como causa única do infortúnio, isto é, abre caminho para a aceitação do princípio da concausa e passa a obrigar o empregador a manter contrato de seguro para cobertura das despesas com indenização dos trabalhadores” (RIBEIRO, 1999, p. 29).

No final da Segunda Guerra Mundial, as condições históricas, sociais e políticas permitiram a ampliação dos direitos sociais para os trabalhadores, como o novo Decreto (Lei no. 7.036 de 10 de novembro de 1944, apud RIBEIRO, 1999), que garantiu o direito de o trabalhador receber do médico que o atendeu, no início e final do tratamento, o atestado médico, além de instituir normas de prevenção e higiene do trabalho e de reabilitação profissional. A partir desta Lei, o empregador e a seguradora passaram a ter obrigações mais serias quanto à saúde dos trabalhadores. E o conceito de doença do trabalho foi assentado no princípio da concausa, além disso, passou a exigir que o empregador comunique todo acidente ou doença profissional ao poder judiciário.



No final da década de 1960, já nos ardis da ditadura militar, portanto, em uma condição econômica, política e social extremamente desfavorável para a classe trabalhadora, uma nova legislação de acidentes de trabalho foi instituída: o Decreto Lei no. 5.316, de 14 de fevereiro de 1967, o qual representou o retrocesso dos direitos dos trabalhadores quando adoecidos ou acidentados. O julgamento das demandas acidentárias foi centralizado na Justiça federal e não mais na estadual (RIBEIRO, 1999).

Em 1969, em meio as discussões da estatização do seguro acidentes de trabalho, já no processo que o tornaria área específica do Estado, novo Decreto (no. 893, de 26 de setembro de 1969) foi instituído, com forte restrição dos benefícios. Retirou o entendimento legal da concausa para efeitos da doença e determinou a causalidade direta do trabalho, também retirou a obrigatoriedade do empregador manter a vítima de agravos à saúde empregada em função compatível (RIBIERO, 1999).

A mudança na Lei repercutiu diretamente nos dados dos acidentes e doenças do trabalho, por exemplo, Ribeiro (1999) indica que em 1965, havia na comarca de São Paulo 21.853 ações propostas. Dez anos após, em 1975, elas caíram para 6.414 ações. Mas neste mesmo ano, quando o seguro acidente de trabalho já estava estatizado, foi registrado mais de 1 milhão e novecentos mil acidentes de trabalho.

Em 1976, a legislação pertinente a cobertura de benefícios às vítimas do trabalho teve novo retrocesso. Ribeiro (1999) mostra que o Decreto lei número 6.367, de 19 de outubro de 1976, restringiu as doenças apenas às doenças profissionais, os auxílios acidentários foram reduzidos e as incapacidades menores que 25% foram eliminadas.

Observa-se que no militarismo, tanto a legislação instituída em 1967, quanto a de 1976, num momento em que o Estado assumiu a questão dos acidentes e doenças do trabalho, houve, desde o início, a intenção de equiparar os benéficos de acidentes de trabalho aos ordinários. As indenizações foram deslocadas para a justiça comum, nas quais os trabalhadores passaram a enfrentar intermináveis ações para pleitearem as indenizações dos acidentes. Ribeiro (1999) afirma que ao retroceder à legislação de 1919, no preposto da culpa do empregador, tornou muito difícil de ser comprovado. Considerando a correlação de forças entre classe trabalhadora e a empregadora, os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho acabavam não sendo notificadas.

A classe trabalhadora também retardou em inserir a saúde enquanto pauta de reivindicação e de luta contra a exploração do trabalho. Uma demanda e respectiva conquista é a Previdência Social e a regulamentação das condições e relações sociais de trabalho. Embora, o sistema previdenciário seja uma conquista importante da luta entre

capital e trabalho, não se pode perder de vista a contradição desta conquista, uma vez que serve à manutenção da ordem e também a manutenção e reprodução da classe trabalhadora, sobretudo, em períodos críticos de invalidez, doença ou morte. As relações sociais de trabalho, desde 1970, têm sido desregulamentadas por meio da reestruturação produtiva e terceirização da produção, com visíveis perdas para a classe trabalhadora do ponto de vista dos direitos do trabalho e da organização coletiva.

Por outro lado, a preocupação com a saúde dos trabalhadores vem sendo firmada de modo mais estruturada pelo Estado brasileiro a partir da década de 1970, quando se estatizou o seguro acidentes de trabalho, o que possibilitou a construção de estatísticas, as quais denunciam as precárias condições de trabalho e os seus impactos para a saúde dos trabalhadores, como se pode observar na Tabela I, exposta adiante. Portanto, a vítima de acidente deve ser ressarcida, independente de culpado ou não e o empregador deve contribuir para a Previdência Social com uma taxa diferenciada conforme a natureza e o risco da atividade profissional.

A partir dos anos de 1990, um novo personagem passa a contribuir para a prevenção dos agravos a saúde dos trabalhadores, pois o Sistema Único de Saúde (SUS) vai, lentamente, se aproximando desta problemática. Lembrando que nos anos de 1980, importante experiência já havia sido desenvolvida pelos serviços de saúde pública por meio dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST), inclusive com o desenvolvimento de estudos epidemiológicos dimensionando o problema das doenças relacionadas ao trabalho como uma questão de saúde pública, como discutido por Lacaz (1996). Contudo, foi a partir dos anos 2000, que a política nacional de saúde do trabalhador vai se estruturando e possibilitando “novos” olhares ao problema trabalho e saúde.

A estruturação da política de saúde do trabalhador na rede SUS conta com um corpo legal de normas e procedimentos<sup>6</sup>, que desenrola uma intensa multiplicidade de fatores e condicionantes que implicam na Atenção à Saúde, viabilizando a organização da assistência na rede SUS; para o desenvolvimento de estudos e pesquisas acerca da relação trabalho e saúde e para a inclusão da saúde do trabalhador na rotina da rede, com destaque para as vigilâncias sanitária e epidemiológica, para a democratização das relações entre trabalho e saúde e interação com os trabalhadores, concebidos como sujeitos partícipes do processo (LOURENÇO, 2009).

---

<sup>6</sup> Ver, por exemplo, a Portaria nº. 2437/GM, 07/12/2005 (BRASIL, 2005); (DIAS, 2001).

## **O QUE OS DADOS DOS AGRAVOS À SAÚDE DOS TRABALHADORES NO BRASIL INDICAM?**

Os dados estatísticos dos agravos à saúde dos trabalhadores no Brasil são parciais e as informações são desencontradas, uma vez que as fontes de dados não se relacionam entre si e não cobrem a totalidade dos trabalhadores (WALDVOGEL, 2011). Se os dados podem contribuir para evidenciar, de modo sistemático, como determinado problema atinge determinada população, em determinada época e condições, exigindo medidas de contenção, a sua ausência prejudica o reconhecimento do problema, mascara a realidade e empurra para um futuro incerto as possíveis resoluções. Portanto, uma política séria e comprometida com a saúde do trabalhador deve contemplar a construção de um sistema de informações capaz de captar várias fontes (Saúde, Trabalho, Previdência Social, Transporte e Segurança Pública) e dialogar entre si (WALDVOGEL, 2011).

A ausência de dados impede o conhecimento dos principais agravos que os trabalhadores estão submetidos. Observa-se que para a construção deste texto buscou-se informações nos sites oficiais do governo, mas cada área (Saúde, Trabalho e Previdência) utiliza de um tipo de instrumental que não interage entre si, como já destacado por Waldvogel (2011), assim, os dados são isolados e referentes a cada área, o que dificulta o reconhecimento do problema ao longo de uma ou várias décadas.

Waldvogel (2011) discute os acidentes de trabalho ocorridos no estado de São Paulo a partir de três grandes fontes de dados, quais sejam: Dataprev/ Previdência Social, por meio das Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT); o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), ambos do Ministério da Saúde e a Relação Anual das Informações Sociais (RAIS), com dados sobre a movimentação dos empregados com contrato formal de trabalho, do Ministério do Trabalho. Waldvogel (2011) destaca que esses sistemas apesar da sua importância não dialogam entre si e apresentam falhas. No que se refere aos dados compilados pelo INSS/Previdência Social, a autora indica que além do sistema não abranger os trabalhadores informais, funcionários públicos, militares, autônomos e domésticos, ainda há de se considerar que a utilização dos dados é limitada “[...] pois os dados divulgados referem-se, de modo geral, a totais de casos de acidentes do trabalho, sem maior caracterização dos eventos...”. Ou seja, para se ter mais detalhes a respeito das ocorrências

“só é possível por intermédio de levantamentos específicos em agências e postos do INSS espalhados pelo território nacional, ou por tabulações especiais solicitadas a este órgão (WALDVOGEL, 2011, p. 230).

Quanto aos dados compilados pelo Ministério da Saúde, a autora destaca que o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) é alimentado por meio das Declarações de Óbitos (DO) em todo território nacional. A DO é registrada em cartório e assinada pelo médico que atesta a causa do falecimento. Portanto, era de se esperar que as informações fossem fidedignas, uma vez que todos que morrem teoricamente têm uma Declaração de Óbito. Como problema deste sistema, a autora destaca o fato de as DO serem captadas pelas secretarias municipais de saúde e enviadas às secretarias estaduais de saúde e ao Ministério da Saúde, o que pode afetar a qualidade das informações colhidas, além disso, pode acontecer de ter mortes sem assistência médica e sem causa mortis definida, o que afeta os dados epidemiológicos do país (WALDVOGEL, 2011, p. 231). Mas o SIM é importante, sobretudo, pela sua abrangência, pois consegue oferecer cobertura a todos os trabalhadores independente do vínculo empregatício ou se contribuinte ou não da Previdência Social, além disso, possibilita captar informações epidemiológicas relevantes “[...] como as causas de morte e o tipo de causa externa de morte, além do campo específico para notificar se o óbito ocorreu ou não devido a acidentes de trabalho ou se esse fato é ignorado” (WALDVOGEL, 2011, p. 231). Porém, deve ser dito que o sucesso do SIM esbarra também na falta de cultura e vontade política dos gestores municipais de saúde para o perfil epidemiológico da população, não exigindo a devida digitação dos dados. Assim, uma das dificuldades é a falta de preenchimento adequado dos campos solicitados pelo sistema. Em pesquisa em andamento na região de Franca<sup>7</sup>, buscou-se fazer um estudo dos dados do SIM, para tentar indicar a relação da causa mortis com a ocupação, e, na maioria dos municípios, onde se está realizando esta pesquisa, verificou-se que o campo “ocupação” estava em branco e não havia a indicação se a morte havia sido ocasionada em decorrência do trabalho, pois apesar de o SIM possibilitar esta informação, não há o preenchimento adequado e não há cobranças em relação a isto, bem como qualificação dos trabalhadores da saúde. Então, muitas vezes, há um sistema capaz de gerar informações importantes, mas a falta de acompanhamento e cobrança para que seja feito de modo adequado acaba gerando mais um sistema com dados parciais e sem a sua real implantação (LOURENÇO, 2009). Além disso, o SIM também não permite obter maiores

---

<sup>7</sup> Pesquisa que versa sobre a saúde dos trabalhadores da agroindústria canavieira na região de Franca, financiada pelo CNPQ, conforme edital 02/2010, processo número 401159/2010-8.

informações a respeito da morte no trabalho ou identificar as doenças relacionadas ao trabalho por meio da DO e também não reconhece o homicídio como compatível ao acidente de trabalho, o que já vem sendo modificado pelo Ministério da Saúde (WALDVOGEL, 2011).

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH) importante ferramenta de gestão, controle e racionalização do atendimento hospitalar do Sistema Único de Saúde oferece cerca de 70% de cobertura das internações realizadas no país, possibilita, entre outras informações relevantes, o conhecimento das situações de acidentes de trabalho que geraram internação. Por ser um instrumento do SUS, segue a diretriz da universalidade, ou seja, abrange todos os trabalhadores, independente do vínculo empregatício (WALDVOGEL, 2011). O SIH é alimentado pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH), a qual é emitida sempre que houver a internação, o que gera dificuldades em relação aos dados, uma vez que uma mesma pessoa pode ter mais de uma internação em decorrência do mesmo problema, além disso, nem sempre é feito o vínculo entre internação e trabalho (WALDVOGEL, 2011).

Outra fonte de informação, destacada por Waldvogel (2011), vem do Ministério do Trabalho, especificamente por meio da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), a qual possibilita um importante censo a respeito dos trabalhadores formais, regidos pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT).. Segundo Waldvogel (2011) a RAIS contribui para os estudos de acidentes de trabalho porque contém informações a respeito das características das empresas, dos trabalhadores, salários, função etc., bem como “[...] os dados relativos aos desligamentos de trabalhadores, que estão desempregados em aposentadorias e falecimento, sendo ainda discriminados em acidente ou doença do trabalho...” (WALDVOGEL, 2011, p.233), além disso, “a partir de 2003, passou-se a detalhar também se o acidente foi típico ou de trajeto. Tais dados aparecem por unidade da federação e por município” (idem). Como principal limite da RAIS para os estudos de saúde do trabalhador a autora destaca o fato de a cobertura ser restrita aos trabalhadores formais e a falta de detalhes sobre a causa da morte ou invalidez permanente.

A tese principal desenvolvida por Waldvogel (2011) é a importância e necessidade de construir uma base integrada de dados capaz de vincular as informações entre si, sobretudo, a partir das fontes de dados estudados pela autora: DATAPREV, SIM, SIH e RAIS. De fato a integração dos dados é de extrema necessidade, Binder e Almeida (2005) ao discutirem os acidentes de trabalho notificados pela Previdência Social, no período de 1970 a 1998, enfatizam a precariedade dos dados. Ribeiro (1999) também já havia feito essa

indicação ao analisar os dados dos acidentes de trabalho de 1971 a 1995. Wünsch Filho (1999) ao relacionar os dados dos acidentes de trabalho com o desemprego e População Economicamente Ativa (PEA) destacou informalidade das relações sociais de trabalho como um limite para se ter ciência da real situação dos acidentes de trabalho e indicou, ainda, que os bancos de dados apesar de valiosos não conseguem expressar as particularidades que caracterizam os acidentes de trabalho.

A partir dos dados da Previdência Social, considerando os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho ocorridas e registradas no período de 1970 a 2009, no Brasil, o DIESAT (2011) oferece importante compilação dos dados, Tabela I. Os dados ora utilizados são parciais e não representam a realidade total do problema no país, são originários das Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT). É importante destacar também que existem diferenças consideráveis entre as várias regiões, por exemplo, as regiões Sudeste e Sul sobressaem com os maiores índices de registros, o que pode estar diretamente relacionado ao desenvolvimento industrial e a capacidade organizativa dos trabalhadores nestas regiões, como já demonstrado por Wünsch Filho (1999, *on line*), mas para os efeitos deste texto, optou-se por não trabalhar com as diferenças regionais, uma vez que o objetivo é discutir as questões mais gerais afeitas a notificação dos agravos à saúde dos trabalhadores ao longo da série histórica, 1970 a 2009.

**Tabela 1 Acidentes de Trabalho Registrados pela Previdência Social brasileira, de 1970 à 2009.**

Ano	Empregados (as) Segurados (as)	Acidentes Típicos	Acidentes de Trajeto	Doenças	Sem Cat Registrada	Óbitos	Total
1970	7.284.022	1.199.672	14.502	5.937	-	2.232	1.222.343
1971	7.553.472	1.308.335	18.138	4.050	-	2.587	1.333.110
1972	8.148.987	1.479.318	23.389	2.016	-	2.854	1.507.577
1973	10.956.956	1.602.617	28.395	1.784	-	3.173	1.635.969
1974	11.537.024	1.756.649	38.273	1.839	-	3.833	1.800.594
1975	12.996.796	1.869.689	44.307	2.191	-	4.001	1.920.188
1976	14.945.489	1.692.883	48.394	2.598	-	3.900	1.747.775
1977	16.589.605	1.562.957	48.780	3.013	-	4.445	1.619.195
1978	16.638.799	1.497.934	48.511	5.016	-	4.342	1.555.803
1979	17.637.127	1.388.525	52.279	3.823	-	4.673	1.449.300
1980	18.686.355	1.404.531	55.967	3.713	-	4.824	1.469.035
1981	19.188.536	1.215.539	51.722	3.204	-	4.808	1.275.273
1982	19.476.362	1.117.832	57.874	2.766	-	4.496	1.182.968
1983	19.671.128	943.110	56.989	3.016	-	4.214	1.007.329
1984	19.673.915	901.238	57.054	3.233	-	4.508	966.033
1985	21.151.994	1.010.340	63.515	4.006	-	4.384	1.082.245

1986	22.163.827	1.129.152	72.693	6.014	-	4.578	1.212.437
1987	22.617.787	1.065.912	64.830	6.382	-	5.738	1.142.862
1988	23.661.579	927.424	60.284	5.029	-	4.616	997.353
1989	24.486.553	825.081	58.524	4.838	-	4.554	892.997
1990	23.198.656	632.012	56.343	5.217	-	5.355	698.927
1991	23.004.264	587.560	46.679	6.281	-	4.464	644.984
1992	22.272.843	490.916	33.299	8.299	-	3.634	536.148
1993	23.165.027	374.167	22.709	15.417	-	3.110	415.403
1994	23.667.241	350.210	22.824	15.270	-	3.129	391.433
1995	23.755.736	374.700	28.791	20.646	-	3.967	428.104
1996	23.830.312	325.870	34.696	34.889	-	4.488	399.943
1997	24.104.428	347.482	37.213	36.648	-	3.469	424.812
1998	24.491.635	347.738	36.114	30.489	-	3.793	418.134
1999	24.993.265	326.404	37.513	23.903	-	3.896	391.716
2000	26.228.629	304.963	39.300	19.605	-	3.094	366.962
2001	27.189.614	282.965	38.799	18.487	-	2.753	343.004
2002	28.683.913	323.879	46.881	22.311	-	2.968	396.039
2003	29.544.927	325.577	49.642	23.858	-	2.674	401.751
2004	31.404.576	375.171	60.335	30.194	-	2.839	468.539
2005	33.238.617	398.613	67.971	33.096	-	2.766	502.446
2006	35.155.249	403.264	73.981	26.645	-	2.717	506.607
2007	38.658.444	417.036	79.005	22.374	138.263	2.845	659.523
2008	41.858.556	438.536	88.156	18.576	199.638	2.757	747.663
2009	—	421.141	89.445	17.693	195.173	2.496	725.948

Fonte: DATAPREV, CAT apud DIESAT (2011, *on line*).

A Tabela I indica que no Brasil, em 1970, quando os agravos à saúde dos trabalhadores começaram a ser registrados pela Previdência Social, o montante de vítimas do trabalho passava de um milhão. É importante salientar que os dados referem-se aos processos geradores de benefícios previdenciários, portanto, os casos de acidente fatais sem dependente não são registrados pelo sistema previdenciário. Os trabalhadores abrangidos pelo seguro social em 1970, totalizavam 7.284.022, sendo que desses 1.199.672 sofreram algum agravo, e desse montante 2.232 pessoas morreram em decorrência do trabalho o que caracteriza os índices de 31 para a mortalidade e 18 para a letalidade do trabalho (BINDER; ALMEIDA, 2005).

Verifica-se que as estatísticas indicam uma ascensão dos agravos à saúde dos trabalhadores até 1975, quando o número de segurados pelo sistema previdenciário era de 12.996.796 e as vítimas do trabalho chegou a quase dois milhões de casos, desses quatro mil pessoas perderam a vida trabalhando, sendo 31 e 21 respectivamente os índices de mortalidade e letalidade (BINDER; ALMEIDA, 2005).

Um ponto importante a ser assinalado é a relação direta entre agravos à saúde dos trabalhadores e a condição econômica estrutural do país. Wunsch Filho (1999, *on line*) mostra que a redução dos registros de acidentes coincide com os períodos de crise da economia e a reestruturação produtiva, o que pode ser visualizado na Tabela II, que mostra a relação das mortes no/pelo trabalho com o total geral dos registros em intervalos de cinco em cinco anos, considerando o período de 1970 a 2009.

**Tabela II: Morte no/pelo trabalho Registrados pela Previdência Social brasileira, de 1970 à 2009**

Ano	Total geral de agravos registrados	Óbitos	% óbitos em relação ao total de agravos registrados
1970	1.222.343	2.232	0,18
1975	1.920.188	4.001	0,21
1980	1.469.035	4.824	0,33
1985	1.082.245	4.384	0,41
1990	698.927	5.355	0,77
1995	428.104	3.967	0,93
2000	366.962	3.094	0,84
2005	502.446	2.766	0,55
2009	725.948	2.496	0,34

Fonte: Tabela construída a partir dos dados disponibilizados pelo DIESAT (2011, *on line*).

A partir de 1975, os registros dos agravos à saúde dos trabalhadores começam a declinar, em alguns momentos, com oscilações para mais, outros, para menos, por exemplo, em 1979 foram registrados 1.449.300 agravos, em 1980, 1.469.035, mas, em seguida, cai para 1.275,273 e, a partir daí, a queda vai se acentuando. Neste período, o número de trabalhadores cobertos pela Previdência Social manteve-se na casa dos 19 a 22 milhões de segurados. É importante sublinhar que o número de mortes esteve em alta. Em 1976, 3.900 pessoas foram a óbito em decorrência do trabalho, no ano seguinte, pula para 4.445 mortes, tem uma pequena redução em 1978, mas chega em 1980 com quase cinco mil mortes.

No geral, a década de 1980, manteve os registros dos agravos à saúde dos trabalhadores no limiar de um milhão de vítimas. Mas há uma oscilação nos dados, por exemplo, o número de mortes ficou em torno de mais de quatro mil vítimas. Em 1987 foi o período de maior registro com 5.738 óbitos, com índice de 25,7 para mortalidade e 50,5 para a letalidade do trabalho (BINDER; ALMEIDA, 2005). Entretanto, estranhamente, um ano após, ou seja, em 1988, houve uma queda de quase um mil casos, ou 4.616 óbitos do ou pelo trabalho. Em 1990, os números voltam a subir, quando 5.355 pessoas morreram



no/pelo trabalho representando um percentual de 0,77% em relação ao total dos agravos registrados (698.927).

A redução dos números de acidentes de trabalho pode estar diretamente relacionada à reestruturação empresarial constituída por maior informatização, robótica e racionalização organizacional; o desemprego, a informalidade, o aumento do trabalho por conta e autônomo, proveniente dessa “modernização” e as mudanças na estrutura de empregos com notória migração de vagas do setor secundário da economia para o terciário ou serviços, como já discutido por Wunsch Filho (1999, *on line*).

Em 1995, 428.104 pessoas sofreram algum tipo de agravo à saúde, apresentando queda em relação ao período anterior, mas as mortes do/pelo trabalho apesar de somarem o montante inferior aos registros dos anos anteriores, ou seja, 3.967 óbitos, subiram em percentuais, quando relacionados ao total geral, perfazendo 0,93%, contra 0,77% registrados em 1980. Nos anos 2000, as notificações dos agravos caem novamente, totalizando 366.962 casos, sendo que desses 0,84% ou 3.094 pessoas morreram, portanto, observa-se também a queda em relação ao número de mortes, de quase um mil casos, se comparada ao quinquênio anterior (1995).

Em 2005, há o aumento dos registros dos agravos, que atingiu a cifra de 502.446 casos, enquanto que as mortes apresentaram queda, ou 2.766 óbitos, perfazendo 0,55% em relação ao total geral. Em 2009, o total geral de acidentes cresceu ainda mais, atingindo 725.948 casos, enquanto as mortes caíram em relação ao quinquênio anterior, para 2.496 ou 0,34% casos.

É preciso questionar se essas quedas nas estatísticas se devem as mudanças qualitativas nas condições e ambientes de trabalho ou se devem a ausência de notificação e reconhecimento do evento como relacionado ao trabalho.

Se fosse devido as mudanças qualitativas nas condições de trabalho, os números não voltariam a subir, como ocorreu em relação ao total geral dos agravos, o que revela que não se trata de mudanças qualitativas nos ambientes de trabalho e da implementação de políticas públicas de controle e vigilância deste problema, mas sim, da não notificação dos agravos, e da mudança na estrutura de empregos no país. “Nos 25 anos contemplados por este estudo [1970-1975], mais de 29 milhões de acidentes e mais de cem mil mortes relacionadas ao trabalho foram registrados no Brasil”, mas é preciso considerar que parcela considerável dos trabalhadores que compõe o setor informal da economia não foi considerada, Wunsch Filho (1999, *on line*).

Melo (2010, p.45-46) ao analisar o aumento das notificações em 2007 propiciadas pelo nexu epidemiológico, discutido adiante, destaca que “[...] em 2007 ocorreu cerca de uma morte a cada três horas, motivadas pelos riscos decorrentes dos fatores ambientais do trabalho e ainda cerca de 19 acidentes ocorreram a cada 15 minutos na jornada diária”.

Nesta discussão, é importante também dar um enfoque aos acidentes de trajeto (Tabela III) e as doenças relacionadas ao trabalho (Tabelas IV e V), que têm se configurado como dois importantes problemas de saúde pública.

**Tabela III: Acidentes de Trajeto Registrados pela Previdência Social brasileira, de 1970 à 2009**

Ano	Total geral de agravos registrados	Acidentes de Trajeto	% Acidente de Trajeto em relação ao total de agravos registrados
1970	1.222.343	14.502	1,19
1975	1.920.188	44.307	2,31
1980	1.469.035	55.967	3,81
1985	1.082.245	63.515	5,87
1990	698.927	56.343	8,06
1995	428.104	28.791	6,73
2000	366.962	39.300	10,71
2005	502.446	67.971	13,53
2009	725.948	89.445	12,32

Fonte: Tabela construída a partir dos dados disponibilizados pelo DIESAT (2011, *on line*).

Em 1970, o total de registros de agravos estava em 1.222.343 e os de trajeto totalizaram 14.502 casos, perfazendo 1,19% do total, Binder e Almeida (2005) indicam o índice de 199 considerando a incidência por 100.000. Dez anos mais tarde, ou seja, em 1980, os acidentes de trajeto representavam quase 4% do total de acidentes, pois dos 1.469.035 casos de agravos notificados pelo sistema previdenciário, 55.967, ou 3,81% ocorreram no trajeto e esses dados vão crescendo até que, cinco anos após, ou seja, em 1985, o total de acidentes de trajeto atingiu 5,87% do total dos agravos notificados, ou 63.515 casos. No quinquênio subsequente, como exposto na Tabela III, o problema continua em ascensão, representando a cifra de 8,06% do total das notificações, ou seja, em 1990, ocorreram 698.927 agravos e desses 56.343 ocorreram no trajeto casa-trabalho-casa. Essa década, finaliza com queda, pois em 1999, os acidentes de trajeto somaram 37.513. Nos anos 2000, ao estabelecer o percentual entre o total de agravos registrados, 366.962 casos, com os de trajeto, 39.300, observa-se que o problema está em ascensão, pois, o índice é de 10,71%, contra 5,87% , em 1985; 8,06% em 1990, em 1995, 6,73%. Em 2005,

os números continuam em ascensão, pois do total de 502.446 agravos 67.971, ou 14%, ocorreram no trajeto de casa-trabalho-casa. Este problema se mantém no final do período analisado, quando foram registrados 725.948 agravos e desses 89.445 ocorreram no trajeto, ou 12,32%.

Os mais apressados poderiam afirmar que considerando o longo período, o aumento não seria substancial. Porém, um olhar mais vagaroso pode constatar o crescimento dos registros deste tipo de problema, apesar de haver uma oscilação dos dados, um ano sobe, no outro cai.

Dessa maneira, é preciso questionar o que contribui para esta oscilação? Nos períodos de queda na notificação do acidente de trajeto teria ocorrido algum investimento do governo na área de transporte público, oferecendo segurança e qualidade na locomoção da classe trabalhadora? Ou seria o caso da falta de notificação deste tipo de acidente como do trabalho ou, ainda, a informalidade que estaria ocultando esta problemática?

Ao que parece, mais uma vez, é a falta da notificação que esta em jogo relacionada às mudanças estruturais da economia e do emprego, haja vista o aumento dos serviços feito na rua, a necessidade de fluxo rápido da entrega dos produtos (inclusive a criação da função de moto taxi), o aumento do número de carros particulares por habitantes, entre outros. Almeida (2011) defende que as ações de saúde do trabalhador devem ser articuladas entre as áreas da Saúde, Previdência e Trabalho, mas também com os setores responsáveis pelo trânsito/transporte e segurança pública.

Além das mortes e dos acidentes de trajeto ainda há de se destacar as doenças relacionadas ao trabalho, como demonstra a Tabela IV.

**Tabela IV: Doenças Relacionadas ao trabalho Registradas pela Previdência Social brasileira, de 1970 à 2009**

Ano	Total geral de agravos registrados	Doenças	Doenças do Trabalho sem CAT	Total de Doenças	% Doenças em relação ao total de agravos registrados
1970	1.222.343	5.937	-	-	0,49
1975	1.920.188	2.191	-	-	0,11
1980	1.469.035	3.713	-	-	0,25
1985	1.082.245	4.006	-	-	0,37
1990	698.927	5.217	-	-	0,75
1995	428.104	20.646	-	-	4,82
2000	366.962	19.605	-	-	5,34
2005	502.446	33.096	-	-	6,59
2009	725.948	17.693	195.173	212.866	29,32

Fonte: Tabela construída a partir dos dados disponibilizados pelo DIESAT (2011, *on line*).

A Tabela IV indica o aumento dos registros das doenças relacionadas ao trabalho. Observa-se que no início do período analisado (1970) o percentual das doenças estava baixíssimo, ou apenas 0,49% do total. Em 1971 (como exposto na Tabela I) os números aumentam para 4.050, mas o percentual em relação ao total geral 1.333,110 caiu se comparado com o ano anterior, pois representou 0,30% do total. Os números caem ainda mais, quando, em 1973, o total de acidentes registrados foi de 1.635,969, mas o de doenças restringiu-se a 1.784 casos ou 0,10% do total.

A notificação mantém-se baixa em 1975, quando foram registradas 2.191 doenças relacionadas ao trabalho ou 0,11% em relação ao total (1.920.188). Já em 1980, o total geral foi de 1.469.035 e desses 3.713 situações ou 0,25% referem-se às doenças.

Em 1995, as doenças relacionadas ao trabalho ganham uma nova dimensão, pois, atingiram 4,82% em relação ao total dos agravos registrados, 428.104.

Mesmo havendo no contexto brasileiro um sério problema de notificação, observa-se o aumento das doenças relacionadas ao trabalho. Mas, é preciso observar as oscilações das notificações, por exemplo, em 1992, o total de doenças era 8.229 ou 1,54% em relação ao total dos registros, que, neste ano, foi de 536.148, já em 1995, o total de doenças do trabalho notificadas saltou para 20.646, ou 4,82% em relação ao total dos registros. Muito provavelmente, este aumento abrupto em um curto espaço temporal – de 1992 para 1995 –, se deve ao fato de neste período ter ocorrido a ampliação do entendimento das patologias do trabalho para relacionadas ao trabalho pela Previdência Social (BRASIL, 1991, *on line*).

A partir de 1991, o conceito previdenciário de doença do trabalho amplia para as doenças relacionadas ao trabalho. Até então, as doenças profissionais típicas eram aquelas em que o vínculo entre o problema de saúde e a atividade profissional era presumida, ou seja, apresentavam um agente específico, por exemplo, um produto químico e em decorrência uma intoxicação, o caso do contato com o chumbo e o saturnismo pode ser

uma representação. Atualmente, as doenças não se enquadram mais apenas como do trabalho e não têm mais apenas um agente causador. Portanto, o sistema previdenciário teve que ampliar o seu entendimento das doenças do trabalho para contemplar também as doenças relacionadas ao trabalho.

As doenças relacionadas ao trabalho são consideradas atípicas, pois apesar de terem origem na/ou pela atividade profissional não estão vinculadas necessariamente a esta ou aquela profissão e podem ter mais de um agente causador. As Lesões Por Esforço Repetitivo (LER) e as Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT) são doenças relacionadas ao trabalho e apesar de no início do seu reconhecimento, por volta dos anos de 1980, terem tido o vínculo com determinada ocupação, atualmente, não se pode dizer que estas doenças sejam específicas desta ou daquela profissão, pois estão disseminadas nas várias atividades funcionais. Embora as estatísticas previdenciárias, sobretudo, a partir da implantação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP), em 2007, indicam que as LER/DORT são mais expressivas no setor econômico de serviços (TODESCHINI, LINO, 2010).

Destaca-se o papel da organização e das relações sociais de trabalho para o processo saúde-doença, inclusive o sofrimento advindo da precarização do trabalho e as perdas dos direitos trabalhistas acompanhados da redução dos direitos sociais (principal premissa do neoliberalismo), bem como a perda do trabalho e, em consequência, do estatuto salarial, que afetam as várias dimensões da vida dentro e fora do trabalho (FRANCO, DRUCK e SELIGMANN-SILVA, 2010, *on line*). O processo de desgaste psíquico decorrente das imposições no trabalho limita as possibilidades de resistências, sobretudo, em um contexto extremamente competitivo. As relações sociais marcadas por ganhos e perdas (acentuadas) incidem sobre a subjetividade do trabalhador e a perda da razão social do trabalho - decorrente das relações de poder e das instancias administrativas do trabalho - provoca o desgaste mental e conduz a depressões e ao *burnout*, além de outros tipos de transtornos psíquicos e psicossomáticos (FRANCO, DRUCK, SELIGMANN-SILVA, 2010, *on line*).

As LER/DORT e a doença mental relacionada ao trabalho têm causas mais difusas, que se inter-relacionam as várias situações e circunstâncias vivenciadas no trabalho. Esta compreensão amplia o entendimento do que o trabalho, no modo como está organizado, pode causar à saúde, mas o registro do problema depende do reconhecimento por parte do profissional médico que faz o diagnóstico, uma vez que essas doenças não têm o nexo causal presumido, assim a comprovação de que a patologia desenvolveu-se em

razão do trabalho é sempre muito complicada e, em geral, não conta com o apoio dos profissionais, que não se envolvem em decorrência do medo em se expor ou por descompromisso com o trabalhador. Assim, tratam a patologia independente da sua possível relação com o trabalho.

As doenças relacionadas ao trabalho encontram mais dificuldades para serem reconhecidas como vinculadas ao trabalho, sobretudo, na atualidade, considerando a globalização da produção e da troca e a financeirização da economia, que têm refletido nas perdas dos direitos do trabalho e na degradação do trabalho e da saúde (FRANCO, DRUCK, SELIGMANN-SILVA, 2010, *on line*). Quando se trata de doença profissional tem-se a idéia clara e legalmente reconhecida que “as condições excepcionais ou especiais” do trabalho determinaram a quebra da resistência do organismo levando-o a adoecer. Já na doença relacionada ao trabalho, as condições excepcionais ou especiais da atividade funcional fazem parte do dia-a-dia do trabalho e estão naturalizadas.

Embora ocorra a dificuldade do vínculo da doença com o trabalho, existem alguns avanços em defesa da saúde do trabalhador e que tem corroborado para o aumento das notificações. A estruturação da Atenção à Saúde do Trabalhador pelo SUS tem criado uma nova cultura de assistência e proteção à saúde, além disso, a Previdência Social também tem propiciado o aumento dos registros dos agravos.

Em 1999, a Previdência Social ampliou a lista das doenças ocupacionais, a partir daí, inclusive passou a considerar o polemico grupo “transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho” (BRASIL, 1999, *on line*). Neste momento, as causas migraram dos componentes químicos causadores de doenças para os fatores mais sutis e fluidos, mas não menos graves.

O Ministério da Saúde, em uma publicação de 2001, explicitou o reconhecimento das doenças relacionadas ao trabalho a partir da classificação de Schilling, a qual foi adotada no Brasil. Este método expõe que as doenças do trabalho podem ser divididas em três grupos. No primeiro grupo, o trabalho aparece como causa necessária e compreende as doenças legalmente reconhecidas. No grupo II, o trabalho aparece como fator contributivo, mas não necessário e, no grupo III, o trabalho é considerado um provocador de um distúrbio latente ou agravador de doença já estabelecida (DIAS, 2001BRASIL). Nos grupos II e III estão aquelas doenças não definidas a priori como resultantes do trabalho, mas que podem ser causadas por este. Nesses casos, impõe-se a necessidade de perícia médica para comprovar a existência do nexo entre as funções desempenhadas pelo trabalhador e a enfermidade desenvolvida.

Mais recentemente, as doenças relacionadas ao trabalho passaram a ser reconhecidas pela Previdência Social sem a necessidade de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), fato que tem aumentado substancialmente as estatísticas. Observa-se que a Tabela I indica a presença de dados de doenças relacionadas ao trabalho sem CAT no período de 2007 a 2009. Portanto, apenas em relação a estes anos, os dados das doenças relacionadas ao trabalho contam com duas fontes de informações: as CAT e o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP).

O NTEP foi criado em resposta a subnotificação promovida pelo sistema CAT, a qual informa dados importantes a respeito do acidente, local, horário, afastamento etc. e gera também informações sobre os ambientes de trabalho, mas como a sua emissão significa o reconhecimento de o ambiente e processo de trabalho causar danos à saúde, as empresas acabam negando o seu preenchimento e os trabalhadores ora por desconhecimento deste direito ora por medo de perder o emprego acabam não exigindo a CAT. Então como resposta a subnotificação dos agravos à saúde do trabalhador e também da necessidade de rever as alíquotas de contribuição das empresas em decorrência dos agravos, foi criado o NTEP (TODESCHINI; LINO, 2010),

Assim, até a implementação do NTEP o reconhecimento das doenças relacionadas ao trabalho dependia da emissão da CAT, com o NTEP, a fonte de dados primários é feita a partir da relação com a CID-10 e a CNAE, mas o NTEP não exclui a CAT, essa continua sendo uma fonte importante para o conhecimento do problema, contudo, no caso de a empresa não notificar e o trabalhador buscar por um afastamento médico na Previdência Social é possível que o perito faça o nexo técnico epidemiológico do problema de saúde com o trabalho, sem a necessidade de CAT (MELO, 2010). O autor indica que para a “[...] metodologia do NTEP foram analisadas as causas de cerca de 10 milhões de benefícios por incapacidades concedidos pelo INSS, o que equivale a uma base extremamente ampla, incluindo os segurados empregados, especiais, e trabalhadores avulsos no período de jan./00 a dez./04” (MELO, 2010, p. 41). O autor do NTEP, Paulo Rogério Albuquerque, expõe que para a estruturação do nexo epidemiológico foram utilizadas bases de dados do sistema previdenciário, INSS e DATAPREV, especificamente o Sistema Único de Benefícios (SUB) e o Cadastro Nacional de Informações Sociais (Cnis) e a População Economicamente Ativa (PEA) (OLIVEIRA, 2010). Assim, foi possível construir uma base de dados que possibilita estabelecer o nexo causal entre o problema de saúde que o trabalhador enfrenta com a sua ocupação, sem que ele tenha que provar esse nexo. Dessa maneira, o NTEP vem sendo associado a inversão de ônus, ou seja, é a

empresa tem que provar que desempenha programas de saúde e segurança e que o trabalhador não adquiriu o eventual problema em determinado trabalho. Além disso, o NTEP modifica a lógica de contribuição das empresas ao SAT que até então estava vinculada ao grau de risco da atividade com alíquotas de 1 a 3%, considerados respectivamente leve, médio e grave, com o NTEP, a contribuição passa a estar associada aos índices de agravos. O NTEP prevê ainda, com essa mudança, a premiação daquelas empresas com menores índices de agravos, por meio da redução das alíquotas e passa a cobrar mais daquelas empresas que apresentam maiores índices (MELO, 2010; OLIVEIRA, 2010).

Enquanto as estatísticas anteriores ao NTEP apresentaram baixa notificação das doenças relacionadas ao trabalho, inclusive, em 2007, os dados das doenças com CAT registradas indicam decréscimo, uma vez que dos 659.523 agravos, 22.374 foram de doenças relacionadas ao trabalho, perfazendo 3,39%, como abordado nas Tabelas I e IV. Contudo, na Tabela V, ao contabilizar as doenças relacionadas ao trabalho sem CAT, possibilitado por meio do nexa epidemiológico (NTEP), comparando os benefícios-acidentários da Previdência Social nos anos: 2006, 2007 e 2008, Melo (2010) indica o aumento dos registros, com variação de 138%, como se pode verificar na Tabela V.

**Tabela V Comparativo de Concessão de auxílios-doença previdenciários e acidentários no período anterior (abr./06 a mar./07) e a partir da implementação (abr. /07 a mar. 08) do Nexa Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP)**

<b>CID-10- Capítulo</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
<b>Total</b>	<b>40.998</b>	<b>74.946</b>	<b>356.336</b>
Capítulo I algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	67	1.864	2.286
Capítulo II Neoplasias [Tumores] C00-D48	35	635	884
Capítulo III: Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89)	17	81	126
Capítulo IV: Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90)	15	40	149
Capítulo V: Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)	612	7.690	12.818
Capítulo VI: Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	1.835	7.487	9.306
Capítulo VII: Doenças do olho e anexos (H00-H59)	843	1.472	1.739
Capítulo VIII: Doenças do ouvido e da apófise mastoide (H60-H95)	168	339	315
Capítulo IX: Doenças do Aparelho Circulatório (I00-I99)	223	2.549	4.179
Capítulo X: Doenças do Aparelho Respiratório (J00-J99)	237	1.575	2.082
Capítulo XI Doenças do Aparelho Digestivo (K00-K93)	248	494	3.490
Capítulo XII: Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99)	409	907	1.400
Capítulo XIII: Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	19.956	95.473	117.353
Capítulo XIV: Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)	101	283	346
Capítulo XV: Gravidez, parto e puerpério (O00-O99)	20	32	63



Capítulo XVII: Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99)	2	6	3
Capítulo XIX: lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas (S00-T98)	99490	141.790	199.112
Capítulo XXI: Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99)	103	136	231
Não classificados	16.617	12.093	454

Fonte: INSS. Suíbe e DATAPREV. Síntese apud Melo, 2010, p. 52-53.

Ao retirar a obrigatoriedade da CAT para fins de vinculação da doença com o trabalho a Previdência Social propiciou um avanço considerável na notificação. A Tabela V indica que alguns grupos de doenças subiram absurdamente, por exemplo, os Transtornos Mentais, que em 2006, contabilizavam 612 casos, em 2007 subiu para 7.690 e, em 2008, para 12.818. As Ler/Dort também representaram um acréscimo vertiginosos, pois antes da implantação do NTEP, em 2006, o total foi de 19.956; em 2007, com o NTEP, passou para 95.473; e em 2008 (pós NTEP) atingiu 117.353.

Os dados, como já enfatizado, referem-se aos trabalhadores segurados pela Previdência Social, abrangidos pelo SAT, portanto, apesar dos avanços nas informações das doenças relacionadas ao trabalho é preciso ter em mente que os desafios ainda são muitos, sobretudo, diante da informalidade das relações sociais de trabalho.

### **FINALIZANDO: ALGUNS NÓS CRÍTICOS PARA AVANÇAR A POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR**

Em geral, o que se verifica, cotidianamente, é que o modo de produção tem produzido uma infinidade de mercadorias, muitas inclusive supérfluas, e junto com esses produtos, produz-se também um modo de vida capaz de receber e de consumir o que foi produzido. O pressuposto básico neste modo de produção (para se fazer mais dinheiro) é a extração da mais valia, seja absoluta ou relativa, o que implica no uso, de cada vez mais, de modos de gerir o trabalho com economia do trabalho vivo e o aprofundamento da intensificação dos que permanecem trabalhando, além da introdução de máquinas que revolucionam os meios de produção (MARX; ENGELS, 2000), capazes de produzirem em menor tempo, de modo homogêneo e numa quantidade assustadora. Produz mais com menos trabalhadores. Gera desemprego, empobrece o conteúdo de muitas tarefas, e espalha o medo. Medo da demissão. Medo de não dar conta de cumprir as tarefas e as metas. Medo. Muito medo. O medo reflete em vários sintomas no organismo, mas nem sempre se materializa em alguma doença propriamente dita. Assim, uma legião de

adoecidos mentalmente pelo trabalho perambula pelos serviços de saúde, previdência e assistência social sem conseguir que seja estabelecida a relação do adoecimento com o trabalho e suas respectivas relações e tampouco sem conseguir resolver o seu problema, apenas medica-se. O mal aparece como inerente ao interior da pessoa, no caso, a vítima do trabalho é vista como portadora de uma determinada pré-disposição para determinado adoecimento, daí que a análise da situação é feita de modo individual, centrada na vítima como se a causa estivesse nela e não nas relações sociais de trabalho. Assim as ações seguem a via da medicalização, mantendo as relações sociais de trabalho intocáveis.

Na realidade, mesmo quando se trata de acidentes de trabalho de grandes proporções e de graves consequências sociais e políticas a tendência é de analisar a ocorrência a partir dos comportamentos individuais como enfatizado por Almeida (2011, p. 211). “Como regra geral, o que se evidencia é o reforço da cultura, da ocultação das origens estruturais, latentes ou incubadas desses acidentes, substituídas na imprensa, cotidianamente, por avaliações superficiais...”, soma-se a superficialidade das análises a imputação das “responsabilidades civis individualizadas, traduzidas pelas palavras ‘negligencia’, ‘imperícia’, ‘imprudência’...” aos trabalhadores que não têm controle, autonomia e poder de decisão para alterar o processo de trabalho ou se negar a fazer determinadas atividades (ALMEIDA, 2011).

Se mesmo o acidente de trabalho de grande proporção ou de graves consequências encontra serias dificuldades para ter o seu devido reconhecimento como um evento conectado às questões estruturais, imagine as doenças relacionadas ao trabalho, como as LER\DORT e os adoecimentos mental relacionado ao trabalho, as quais não estão a mostra, o seu reconhecimento é sempre muito difícil.

O adoecimento mental relacionado ao trabalho, como explica Seligmann-Silva (2005), é a manifestação da repercussão da organização, gestão e processo de trabalho sobre a saúde mental dos trabalhadores expostos a inúmeros fatores e situações que contemplam desde a exposição a agentes tóxicos, ruídos, risco de acidente e a integridade física (como no caso de profissões que estão mais expostas a assaltos e também a contaminações e explosões) até a imposição de ritmos de trabalho incompatíveis com a condição humana, além do desgaste psíquico em decorrência da anulação da subjetividade da pessoa no trabalho. O adoecimento mental relacionado ao trabalho encontra-se disseminado entre todas as categorias profissionais, aliás, essa é uma característica das doenças relacionadas ao trabalho, como as (LER\DORT - resultante da combinação de sobrecarga neuromusculoesquelético com falta de tempo para o repouso e recuperação -

para uma infinidade de ocupações (FRANCO, DRUCK, SELIGMANN-SILVA, 2010, *on line*).

Neste sentido, os fatos que servem de base e ponto de partida para o agravamento à saúde, são deixados de lado, por outro lado, os especialistas buscam exacerbar as questões mais pessoais e que giram em torno dos indivíduos e de sua subjetividade, situando-a como fonte originária da dor e da doença. É como se tentassem substituir as condições estruturantes e determinantes das condições e organização do trabalho pelas de ordem subjetiva. Obviamente que a subjetividade tem um forte potencial para o desenvolvimento ou aniquilamento da pessoa, mas o que não pode deixar de ser considerado é que a subjetividade se constitui pela conexão íntima do ser com o meio social ou a representação (íntima) do modo como o indivíduo percebe, vive e reage frente a sua realidade e experiências. Lembrando que o trabalho ocupa a centralidade na vida humana e, portanto, o modo como está organizado e como é realizado pode afetar a saúde (física e mental). Assim, a saúde é biológica, mas não se pode perder de vista a influência do social e de determinada realidade para o processo saúde-doença.

Situar as doenças como originárias unicamente da subjetividade humana, ou até mesmo o acidente, como causado pela vontade própria (como se o indivíduo – mercadoria – buscasse a sua automutilação) é uma análise simplista que desconsidera as relações sociais de produção e como elas se dão (RIBIERO, 1999). Desconsidera o seu pressuposto básico: a exploração do trabalho e a mais valia.

Não se pode perder de vista que a notificação dos agravos à saúde relaciona-se a estrutura dos empregos, Wunsch Filho (1999, *on line*), mas também às dificuldades enfrentadas pelo trabalhador para conseguir notificar o seu agravo, em especial, quando se trata de doença, o acidente também, embora o que é visível ou está a mostra é mais fácil de ser registrado ou mais difícil de ser negado. Na realidade, o reconhecimento do problema como originário do/pelo trabalho, o nexo causal, tem se constituído em um verdadeiro calvário para os trabalhadores que vão e vem em busca de diagnóstico e do vínculo do seu problema de saúde com o seu trabalho.

A atenção ofertada à problemática - agravos à saúde dos trabalhadores - pelo Estado ainda é pouco resolutiva, uma vez que não se conseguiu mexer, de fato, na estrutura geradora do sofrimento e dos agravos: as relações sociais de trabalho. As respostas aos agravos à saúde parecem que estão muito dependentes da perícia médica do INSS. As consequências decorrentes do trabalho para a saúde são vistas de modo parcial e individual, por exemplo, no caso de um adoecimento relacionado ao trabalho, a pessoa/vítima, os

profissionais da saúde e até mesmo os sindicatos acabam reforçando a sua ação apenas no sentido de garantir que a pessoa possa se afastar do trabalho com direito a remuneração. Assim, enquanto um se afasta, outra pessoa passa a desempenhar a função que o afastado exercia, na maioria das vezes, na mesma condição, gerando, portanto, novos adoecimentos. Ou seja, o afastamento remunerado do trabalho é importante e necessário para a reabilitação, contudo, isso não é suficiente, pois não resolve o problema, que é coletivo.

Os sindicatos que podem e devem atuar de modo mais incisivo sobre as relações sociais de trabalho, acabam diante do contexto de desemprego, não desempenhando um papel mais contundente na defesa dos direitos do trabalho e, no caso, das doenças relacionadas ao trabalho, o empenho ainda tem sido de atuar de modo mais individualizado, sobretudo, por meio de ações judiciais. Além do enfoque mais individualizado aos problemas ainda há o destaque acentuado para os afastamentos médicos do INSS. Há trinta anos, a luta pela defesa da saúde pelo movimento sindical se alicerçou nos pedidos de insalubridade, que indicavam que ao trabalhador era possível perder a vida trabalhando desde que remunerado, caracterizando a morte lenta no trabalho (DIESAT, 1989), no contexto atual, já não se observa um debate grande em torno da insalubridade, mas também não se verifica o envolvimento e compromisso com a interrupção dos problemas de saúde do/pelo trabalho, quando muito, o que se verifica é a atuação dos sindicatos em prol de ações judiciais e/ou do afastamento remunerado do trabalhador pela Previdência Social.

Muitos trabalhadores quando adoecidos são demitidos. Esta tem sido a solução mais comum dada pelo capital. Ou seja, aquele que não serve mais para as exigências médias do capital acaba sendo descartado. São múltiplas exclusões, que as vítimas do trabalho estão sujeitas, perdem a sua capacidade para o trabalho ou a sua redução, em consequência sofrem uma quebra, uma arranhura na sua identidade enquanto trabalhador; perdem a sua autonomia financeira, lembrando que o afastamento não representa o valor real percebido quando inserido no sistema produtivo, ou seja, quando afastado, não se incorporam as horas extras, e ou gratificações variadas. Isso, quando se tem o amparo previdenciário. Mas diante da informalidade, ocorre de o trabalhador, apesar de doente, nem o afastamento conseguir, o que tem refletido no aumento da demanda da política de assistência social.

Para os trabalhadores que conseguem o afastamento, é bom lembrar que o dia da pericia é, quase sempre, uma tortura, tamanha a angústia de quem depende do afastamento para continuar comer, beber, entre outros, ou seja, quem está doente e já não tem

condições de continuar produzindo, além de enfrentar um amplo percurso para ter o seu problema reconhecido como vinculado ao trabalho, passa a conviver com a possibilidade de corte do afastamento previdenciário, que diante do Estado neoliberal, o tempo reduzido para o tratamento médico tem sido uma constante. A classe trabalhadora convive, então, com o medo. Medo de perder o benefício. Medo de retornar ao ambiente de trabalho que lhe é hostil. Medo, de retornar e ser demitido. Medo, muito medo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Ildelberto Muniz de. Acidentes do Trabalho e a Repolitização da Agenda de Saúde do Trabalhador. In: MINAYO-GOMEZ, Carlos; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane Lopes. **Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011, p.203-226.

BINDER, Maria Cecília Pereira; ALMEIDA, Ildelberto Muniz de. Acidentes do Trabalho: Acaso ou descaso? In: MENDES, Renê (Org.). **Patologia do Trabalho: atualizada e ampliada**. São Paulo: Atthneu, 2005, p.769-808.

\_\_\_\_\_.LEI Nº 8.213, DE 24 DE JULHO DE 1991. **Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências**. Disponível em: <<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm)>>. Acesso em: 15, mai. 2011.

\_\_\_\_\_.Decreto n. 3.048 - de 06 de maio de 1999 - DOU DE 7/05/1999 - Republicado em 12/05/1999. Atualização: outubro/2010. **Regulamento da Previdência Social** Disponível em:<<<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1999/3048.htm>>>. Acesso em: 13, abr. 2011.

DIAS, Elizabeth Costa. (Org). **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: MS/OPAS, 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

DIESAT. Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho. **Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho**. Disponível em: <<[http://www.diesat.org.br/arquivos/anuario\\_2009.pdf](http://www.diesat.org.br/arquivos/anuario_2009.pdf)>>. Acesso em: out. 2011.

\_\_\_\_\_. **Insalubridade**: morte lenta no trabalho. São Paulo: Oboré, 1989.

FALEIROS, V. P. **O trabalho da política**: saúde e segurança dos trabalhadores. São Paulo: Cortez, 1992.

FRANCO, Tania; DRUCK, Graça SELIGMANN-SILVA, Edith. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. In: Revista Brasileira de Saúde Ocupacional (RBSO). **Dossiê temático: O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador I**. São Paulo: Fundacentro, n.122, vol.35, 2010. Disponível em: <<<http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20122%20Novas%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20trabalho.pdf>>>. Acesso em: 13. Ago. 2011.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: desafios e dificuldades. In: LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza et al. (Org.). **O avesso ao trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador**. São Paulo: Expressão Popular, 2010, p.199-230.

\_\_\_\_\_. **Saúde do trabalhador**: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. 1996. 414 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; BERTANI, Iris Fenner. Invisibilidade social das doenças relacionadas ao trabalho: desafios para a reabilitação profissional. In: LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza et al. (Org.). **Trabalho, Saúde e Serviço Social**: textos apresentados no VII Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca e V Seminário o Trabalho em Debate. Curitiba: CRV; UNESP-Franca, 2010, p.187-203.

\_\_\_\_\_. **Na trilha da Saúde do Trabalhador**: a experiência de Franca. Franca: Ed. UNESP, 2009.

MAENO, Maria; CARMO, José Carlos. **Saúde do Trabalhador no SUS**: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro. São Paulo: HUCITEC, 2005.

MARX, Karl. ENGELS, Friedrich. **O Manifesto Comunista**. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra, 2000.

MELO, Luiz Eduardo Alcântara de. Precedentes do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário. In: MACHADO, Jorge; SORRATTO, Lucia; CODO, Wanderley. **Saúde e Trabalho no Brasil**: uma revolução silenciosa. O NTEP e a Previdência Social. Petropolis: Rio de Janeiro. Vozes, 2010, p.36-54.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane Lopes. **Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

MENDES, R.; WAISSANN, W.. Aspectos Históricos da Patologia do Trabalho. In **Patologia do trabalho**: atualizada e ampliada. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005, p. 3-45.

OLIVEIRA, Paulo Rogerio Albuquerque. Nexo Técnico Epidemiológico previdenciário-Netp E Fator Acidentário de Prevenção – FAP: o desenvolvimento de um método. In: MACHADO, Jorge; SORRATTO, Lucia; CODO, Wanderley. **Saúde e Trabalho no Brasil**: uma revolução silenciosa. O NTEP e a Previdência Social. Petropolis: Rio de Janeiro. Vozes, 2010, p.76-103.

RIBEIRO, Herval Pina. **A violência oculta do trabalho**: as lesões por esforços repetitivos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

SELIGMANN-SILVA, Edith. A Interface Desemprego Prolongado e Saúde Psicossocial. In: FILHO, João Ferreira da Silva; JARDIM, Sílvia Rodrigues (Org.). **A Danação do Trabalho**: organização do trabalho e sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Te Corá, 1997, p. 19-63.

TODESCHINI, Remigio; LINO, Domingos. A importância social do Nept e a busca de integração das políticas públicas de segurança e saúde do trabalhador. In: MACHADO, Jorge; SORRATTO, Lucia; CODO, Wanderley. **Saúde e Trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa. O NTEP e a Previdência Social.** Petropolis: Rio de Janeiro. Vozes, 2010, p.23-35.

TODESCHINI, Remigio (Org). **Saúde, meio ambiente e condições de trabalho: conteúdos básicos para uma ação sindical.** São Paulo. CUT, Fundacentro, 1995.

WALDVOGEL, Bernadete Cunha. Quantos Acidentes do Trabalho Ocorrem no Brasil? Proposta de integração de registros administrativos. In: MINAYO-GOMEZ, Carlos; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane Lopes. **Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011, p. 226 – 244.

WÜNSCH FILHO, Victor .Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil: estrutura e tendências. In: **Cadernos de Saúde Pública**, vol.15 n.1. Rio de Janeiro: Jan./Mar.,1999. Disponível em: <<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000100005&lng=en&nrm=iso)>>. Acesso em: 03, ago. 2011.