

SAÚDE DO TRABALHADOR: RESPONSABILIDADE DA SOCIEDADE BRASILEIRA

*Maria Maeno Settimi**

*Katia Santos Dias de Castro***

*José Carlos do Carmo****



Foto: Pedrão

Considerações Gerais

O conhecimento da relação entre trabalho e saúde data da antiguidade, se considerarmos as observações realizadas pelos "cientistas" ou "sábios" da época. Eram observações que percebiam que determinados tipos de trabalho causavam certas doenças, embora não soubessem explicar com detalhes os mecanismos de produção da doença. Era assim "natural", por exemplo, que homens que trabalhavam em pedreiras morressem por falta de ar após anos de trabalho.

Com o passar dos séculos, os "cientistas" das diversas épocas realizaram investigações, desenvolveram metodologias de análise e, hoje podemos afirmar que a humanidade acumulou conhecimentos relativamente aprofundados sobre a relação saúde-trabalho. No caso acima, sabe-se perfeitamente que o agente causador da lesão pulmonar que resulta em falta de ar é a sílica, e muito se sabe de seu modo de ação no organismo.

No entanto, esse conhecimento acumulado não tem contribuído automática e **proporcionalmente** para o bem-estar do trabalhador, notadamente nos países periféricos da economia mundial, como o Brasil. Assim, o fato de se saber que a exposição à sílica leva à silicose, não é suficiente para que não haja mais trabalhadores silicóticos, doença pulmonar incurável, que frequentemente leva à morte lenta e sofrida; o fato de se saber até a exaustão que os fumos de chumbo intoxicam, não é suficiente para que se interrompa o processo de produção de trabalhadores intoxicados por chumbo. Para citar casos mais dramáticos, o fato de se saber que prensas sem proteção de sua zona de operação oferecem grandes riscos, e fazem parte das

máquinas que mais amputam dedos e mãos, não impede que as fábricas continuem produzindo mutilados e até mortos. E o que dizer dos trabalhadores da construção civil que caem dos prédios em construção? É a crônica da morte anunciada.

E a razão da continuidade de produção desses doentes, acidentados e mortos por causa do trabalho? **Não é certamente a falta de conhecimento e tecnologia** para se evitar ou controlar os riscos, muitos deles, aqui citados, velhos conhecidos. A razão principal é que a sociedade brasileira não assume para si ainda a condição de cidadania plena, e muito menos para seus trabalhadores. Clama-se por desenvolvimento econômico, ignorando-se o custo em termos de saúde daqueles que são os motores desse desenvolvimento, ou seja, os trabalhadores. Não se trata aqui de se contrapor ao desenvolvimento econômico do país; é bom termos geladeiras de boa qualidade à vontade nas lojas, carros mais seguros e mais confortáveis, eletrodomésticos cada vez mais automatizados para que auxiliem principalmente as mulheres a se libertar da cozinha, se assim o desejarem. Mas também seria bom se as pessoas pudessem comprá-los. E que os trabalhadores que os produzem não fossem sacrificados como o são, sendo obrigados a trabalhar em condições precaríssimas, mesmo com a modernização tecnológica e dos processos de produção de setores de "ponta". Continua sendo muito comum que o trabalhador que sai de sua casa para o trabalho não saiba em que condições voltará. Mesmo em setores dos mais avançados tecnologicamente, coisas incríveis acontecem; nos bancos, por exemplo, aquelas funcionárias frequentemente bem arrumadas, que mexem com computadores e sistemas que parecem sofisticados a uma boa parte da população que é atendida, submetem-se a rotinas vergonhosas, como revistas durante as quais são obrigadas a tirar a roupa, quando somem alguns centavos do caixa. Além é claro, de frequentemente serem portadoras de sintomas relacionados à saúde mental, sistema osteomuscular e gastrointestinal.

E a pergunta que nos vem à mente é: o que faz o trabalhador brasileiro a suportar humilhações, condições perigosas e arriscadas de trabalho? Essa discussão poderia

levar algumas páginas deste capítulo, mas apenas para dar uma idéia, podemos citar algumas das razões que fazem com que o trabalhador continue enfrentando situações que seriam inaceitáveis em sociedades que valorizassem o homem e seu bem estar:

- a grande instabilidade econômica em que vive o país, com planos "milagrosos" e sucessões de períodos recessivos, penaliza a população como um todo, e os trabalhadores em particular, que acabam aceitando trabalhar em quaisquer condições para garantir sua sobrevivência;

- uma mentalidade predatória da elite, do empresariado brasileiro e estrangeiro instalado no Brasil, que sistematicamente se recusa a abrir mão de uma margem de lucro muito grande, com o "consentimento" do governo e da própria sociedade, insensível às evidências da necessidade de se investir na segurança e saúde dos trabalhadores;

- o conhecimento produzido nas universidades e nos meios científicos **não chega ao trabalhador**, ou se chega é de uma maneira incipiente e insuficiente, sendo utilizado para o benefício de quem conta na sociedade;

- o trabalhador e o movimento sindical não conseguiram ainda ocupar o palco dos acontecimentos como **protagonistas**, e não conquistaram ainda a opinião pública para as suas causas referentes à saúde. A sociedade, hoje, aceita tranquilamente e aplaude o fechamento pela Saúde Pública de restaurantes e bares que operam em condições precárias de higiene. Mas, a interdição de uma empresa que mutila trabalhadores ainda não conta com a aprovação incondicional dessa mesma sociedade, que frequentemente é convencida de que acidentes são fatalidades, e se sensibiliza diante do empresário que insiste em declarar que infelizmente não tem condições de investir numa época dura como essa, sob pena de falir. E nem mesmo a maioria dos próprios trabalhadores aprova medidas consideradas mais drásticas, temendo o desemprego.

Falando em números

Qual é o número de acidentados do trabalho no Brasil? E o número de pessoas

com maiores possibilidades de vir a se acidentar ou ficar doente por causa do trabalho?

Não se sabe. Sabe-se que são muitos, mas muitos mesmo. As únicas estatísticas oficiais existentes em nível nacional são as do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), do Ministério da Previdência Social, que representam apenas uma pequena amostra do verdadeiro problema.

Segundo essa amostra, em 1990, houve 745.575 acidentes de trabalho registrados no país, e desses, 5.355 foram fatais. Ora, o número de mortos por acidentes de trabalho nesse ano no Brasil foi aproximadamente o mesmo de americanos mortos em 1 ano na guerra do Vietnã. Outros 7.009, foram aposentados por sequelas decorrentes de acidentes de trabalho.

E esses números refletem a realidade? Certamente não. Podemos dizer que a situação é ainda pior e que esses são apenas os acidentes de trabalho registrados no INSS. E nem todos os acidentes ocorridos são registrados no INSS. Quais são e quais não o são? Quem fica fora das estatísticas? Eis alguns:

- trabalhadores do mercado informal;
- trabalhadores autônomos e empregados domésticos;
- muitos trabalhadores que sofrem acidentes leves e que não necessitam de afastamento por mais de 15 dias, embora pela lei todos os acidentes de trabalho devam ser registrados;
- trabalhadores com vínculo empregatício regidos por outro sistema que não seja o da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), como por exemplo, funcionários públicos;
- trabalhadores cujas doenças não são percebidas pelos médicos como sendo relacionadas ao trabalho.

Pela nossa experiência e pelos dados do IBGE, que mostram um grande número de trabalhadores no mercado informal, esse contingente excluído das estatísticas oficiais dos acidentes e doenças do trabalho é enorme.

É necessário lembrar que o INSS é uma seguradora estatal, responsável financeiramente pela concessão, aos seus segurados, dos benefícios previstos na Lei 8213, de 24 de julho de 1991, entre os quais:

- aposentadoria por invalidez, às pes-



Foto: Suzuki

soas que forem incapazes para o trabalho e sem possibilidade de reabilitação;

- aposentadoria por idade, aos homens com mais de 65 anos de idade e às mulheres de 60 anos de idade;

- aposentadoria por tempo de serviço, aos homens com 30 anos de serviço e às mulheres com 25 anos de serviço;

- aposentadoria especial, às pessoas que tenham trabalhado durante 15, 20 ou 25 anos, conforme o caso, em atividade profissional especial;

- auxílio-doença, às pessoas que tenham necessidade de afastamento do trabalho por mais de 15 dias consecutivos, seja por acidente ou doença relacionados ou não ao trabalho ("seguro", no primeiro caso, de valor maior e "caixa", no segundo caso, de valor menor);

- pensão por morte, aos dependentes

das pessoas que faleceram;

- auxílio-acidente, às pessoas que após a consolidação das lesões decorrentes de acidente ou doença relacionados ao trabalho, continuarem com sequelas.

Como é possível observar pela amostra de benefícios que o INSS concede aos seus segurados, é presumível que a quantia de dinheiro gasta seja muito grande e que o INSS tente manter o controle dos gastos. Esperar-se-ia controle rigoroso das estatísticas e ênfase na prevenção de acidentes e doenças, cujo afastamento para tratamento e reabilitação ficam por conta do INSS. No entanto, não é o que acontece.

Considerando a discussão acima, os dados disponíveis coletados e consolidados pelo INSS e o conhecimento da realidade das condições de trabalho na esmagadora maioria das empresas, inferimos com

segurança que o subdiagnóstico e sub-registro de acidentes e doenças do trabalho são gritantes.

Para que os números reflitam de fato a realidade, é fundamental que os órgãos encarregados pela prevenção desses eventos criem instrumentos de notificação de infortúnios decorrentes do trabalho, independentemente da gravidade e do vínculo empregatício do trabalhador. Essas informações devem ser a base de definição de política de prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. A participação ativa dos trabalhadores e seus sindicatos como fiscais e controladores cotidianos desse processo também é fundamental para que ele se desenvolva.

O que mudou nos últimos anos?

Esse quadro bastante insatisfatório no país pode levar alguns a pensarem que nada mudou, que não valeu a pena lutar tanto.

Nós nos arriscaríamos a dizer que muita coisa mudou, apesar das condições de trabalho continuarem bastante precárias, como já citamos anteriormente.

1º) Em decorrência da difusão do conhecimento adquirido no país e no exterior sobre as relações entre a saúde e trabalho, criou-se uma corrente, um movimento de profissionais da saúde, que juntamente com o movimento sindical, foram protagonistas de ações, principalmente no final da década de 70, que resultaram na criação de comissões, fóruns tanto em âmbito sindical, de instituições públicas ou interinstitucionais, programas de saúde do trabalhador. A expressão mais duradoura dessa fase é o DIESAT (Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisa em Saúde e Ambientes de Trabalho) de âmbito nacional. Na década de 80, a criação dos núcleos de saúde do trabalhador, nos órgãos públicos e sindicatos continuou ocorrendo com maior intensidade.

2º) Sob o ponto de vista institucional brasileiro, o advento da reforma na estrutura pública de saúde, com a criação dos Escritórios Regionais de Saúde (ERSA), ligados à Secretaria de Estado da Saúde, e posterior processo de municipalização dos serviços e ações de saúde, que, diga-se de

passagem não ocorreu formalmente em algumas cidades, trouxe a possibilidade de se criar núcleos ou centros que começaram a atuar especificamente na área de saúde do trabalhador. Em nível da Secretaria de Estado da Saúde, podemos dizer que **não houve incorporação real das questões de saúde do trabalhador**. Nas condições precárias em que se encontram os serviços de saúde, a omissão já é um claro fator dificultador do desenvolvimento de ações na área. Nesse panorama, a experiência do Programa de Saúde dos Trabalhadores da Zona Norte/ERSA-6 (PST-ZN), serviço regional, que surgiu em 1985/1986, tem sido duradoura, pois tem avançado, apesar das inúmeras dificuldades. Teve a "sorte" de pertencer a um ERSA, que tinha uma direção que facilitava e permitia que pudéssemos construir um serviço regional de Saúde do Trabalhador. Não havia boicote, mas por outro lado tínhamos que disputar recursos materiais com outras áreas da saúde, como programas da mulher, da criança, de igual importância. No entanto, facilitava-se no que era possível, e esse favorecimento geralmente não era em questões de vulto. Muitas vezes, tratava-se de liberação de recursos de pequeníssima monta, com os quais "fazíamos a festa". Possuíamos uma equipe e espaço físico muito reduzidos, mas aguerridos, com determinação de desafiar tradições que **julgávamos retrógradas**. Muitas dessas tradições passavam pela "cultura" até dos médicos sanitaristas da rede pública de saúde, aliados em potencial, mas que muitas vezes atuavam de maneira exclusivamente administrativa e pouco audaciosa. Não havia um entendimento de que o setor público de saúde deveria competir com os serviços conveniados, em eficácia, polidez, limpeza e beleza. O serviço público necessariamente não precisa ser feio. Apenas como exemplo, ainda hoje vários dos centros de saúde coletam sangue só uma ou duas vezes por semana. Isso obriga o trabalhador a faltar mais dias no seu trabalho e até há pouco tempo atrás, esses centros de saúde não forneciam atestados de comparecimento, o que naturalmente afastava o trabalhador. Mesmo o uso de telefone para marcações de consultas, de forma alguma é generalizado na rede pública de saúde, obrigando o usuário a fazer filas

longuíssimas apenas para marcar uma consulta, em geral para 2 ou 3 meses depois. Evidentemente, há várias deficiências, cujas soluções não dependem dos dirigentes dos serviços ou dos funcionários, e sim da estrutura. Mas não podemos de forma alguma, usar a estrutura precária e os baixos salários para desculpar todas as deficiências e problemas da rede pública de saúde. A inércia, a falta de coragem, a falta de empenho em querer mudar acabam aprofundando as dificuldades já existentes. Esse processo de mudança passa necessariamente pelo entendimento entre os próprios funcionários públicos, de que a luta por melhores salários tem que ser concomitante à melhoria da qualidade do serviço oferecido à população, que aí então terá muitos motivos para apoiá-los.

No meio do funcionalismo público há um ditado que diz: "o governo finge que paga e o funcionário finge que trabalha". Infelizmente esta é uma realidade em muitos locais. De nossa parte, não podemos mais "fingir que trabalhamos", da parte da população e do movimento sindical deve haver cobrança de eficácia e bom atendimento, já que o sistema público de saúde é por eles sustentado. Essa luta conjunta e comunhão de interesses são fundamentais para a sobrevivência da rede pública de saúde e das ações de saúde do trabalhador.

Por ocasião do início da municipalização ou da maior atuação dos municípios mesmo sem a municipalização, por volta de 1990, tivemos experiências na área de saúde do trabalhador extremamente positivas, algumas já findas, mas outras sobreviventes. Podemos citar como exemplos, a criação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador nos municípios de Santo André, São Bernardo do Campo, Campinas, Bauru, Santos e São Paulo. No município de São Paulo foram criados 6 centros de referência e se investiu em grande número de profissionais, principalmente sob o ponto de vista de formação. É claro que existem problemas em qualquer dos casos, mas o saldo é extremamente positivo.

3º) Concomitantemente a esse processo institucional, há um aumento crescente da participação do movimento sindical e dos movimentos populares nas gestões dos

serviços de saúde, com criação de canais formais para tal. Necessitando é claro de aprimoramento, essa prática de controle social é fundamental para a manutenção e fortalecimento do sistema de saúde. Também dentro das estruturas sindicais criaram-se departamentos de saúde do trabalhador, destacando-se o INST-CUT e mais recentemente o Departamento de Saúde do Trabalhador da Força Sindical. Materiais sindicais nesta área têm proliferado.

Evidentemente há necessidade dos sindicatos realmente entenderem que a luta pela saúde dos trabalhadores é estratégica e não trampolim para as aspirações político-partidárias de alguns.

4º) As fiscalizações das empresas que eram atribuição exclusiva do Ministério do Trabalho e SERT, **são hoje atribuição também do sistema de saúde**, garantida pela Constituição e Lei Orgânica 8080. O ambiente e processo de trabalho deixaram de ser "tabu", pelo menos na lei. A idéia é que a Saúde deve intervir nas condições que determinam doenças na população, sejam elas de fora ou de dentro do trabalho. Aqui também queremos ressaltar que mesmo antes da Constituição Brasileira e Lei Orgânica da Saúde, alguns serviços de saúde, entre os quais, o PST-ZN teve desde o início de suas atividades, o firme objetivo de romper a barreira entre o interior das empresas e os órgãos da Saúde. Assim, desde 1985/1986 realizamos ações de vigilância em saúde, utilizando inclusive o Código Sanitário do Estado de São Paulo, elaborado em 1978. Obviamente esse Código deixa muito a desejar, principalmente no que diz respeito à proteção do trabalhador em seu trabalho. No entanto, tivemos e temos ainda experiências extremamente positivas com a utilização desse Código, como outro instrumento de persuasão, inclusive com casos de interdições de empresas e manutenção dessas interdições por condições inadequadas de trabalho. Acreditamos que tenhamos sido um dos primeiros, se não os primeiros no Estado de São Paulo a utilizar rotineiramente o Código na área de Saúde do Trabalhador.

Por outro lado, sabemos das dificuldades e resistências que o Sistema Único de Saúde como um todo tem para cumprir essa nova atribuição da saúde.

No entanto, vários desses núcleos e

centros de referência têm atuado de forma muito positiva, quebrando a inércia da rede pública, agravada pelo seu sucateamento. Em nossa opinião deve-se ousar mais.

5º) Quanto à atribuição do sistema de saúde relacionada à assistência integral ao trabalhador, obviamente este sofre as mazelas dos efeitos do sucateamento da rede pública. No entanto, para diagnósticos de doenças relacionadas ao trabalho, sem dúvida os Centros, Programas e Núcleos de Saúde do Trabalhador constituem-se em referência hoje, em fase de aprimoramento técnico-científico. Quanto ao atendimento ao acidentado do trabalho, era considerado heresia em 1985/1986 dizer-se que a rede pública deveria incorporar esse atendimento, que era exclusividade da rede credenciada pelo antigo INAMPS. Hoje, a idéia de que a rede pública deve atender os acidentados do trabalho já é consensual, embora na prática isto não ocorra. As resoluções legais neste sentido já existem, e também aqui é preciso que a população e o movimento sindical pressionem no sentido de se fazer cumprir a lei.

6º) Quanto à Previdência Social, INSS, velha conhecida dos trabalhadores, é preciso uma reformulação geral. Desde o fim das filas intermináveis que se formam ao relento das agências desde às 3 ou 4 horas da madrugada, até o atendimento por parte dos funcionários de forma geral e médicos peritos. Grande estardalhaço se fez e se faz a respeito das fraudes, como se ocorressem em grande quantidade e por todos. No entanto, a verdade é que as fraudes ocorrem sim, porém são planejadas por alguns poucos que acabam ganhando ilicitamente muito. A grande maioria da população e dos trabalhadores recebe tratamento indigno por parte do INSS. Além das filas infundáveis, citadas acima, o atraso nos pagamentos aos doentes e acidentados afastados do trabalho e aposentados é regra. E finalmente, em relação aos critérios da Previdência Social de reconhecimento das doenças relacionadas ao trabalho, embora a situação continue insatisfatória, é diferente de anos atrás. Esses critérios obedecem a fatores de ordem política, de correlação de forças na sociedade e muito menos a fatores de ordem técnico-científica. Por que, por exemplo, uma determinada do-

ença não é considerada como "decorrente do trabalho" numa época, e em outra época o é? Não é necessariamente pelo maior nível de conhecimento da doença, e sim pela força política que pressiona o órgão segurador a reconhecer a doença como relacionada ao trabalho. Esse ato, de certa forma, responsabiliza as condições de trabalho pelo aparecimento e/ou agravamento de determinadas doenças, dá ao trabalhador direito aos chamados benefícios previdenciários menos irrisórios e a condições trabalhistas diferenciadas. Exemplo, as Lesões por Esforços Repetitivos (L.E.R.), síndrome dolorosa que acomete o sistema ósteo-muscular, que hoje tem atingido trabalhadores das mais variadas categorias que trabalham sob certas condições, entre as quais movimentos repetitivos e posições estáticas prolongadas, em ritmo intenso. Antes de 1987, não eram consideradas do trabalho. Em 1987, a Previdência Social passa a considerá-las do trabalho, mas as chama de "tenossinovite do digitador" por ter sido esta a categoria que liderou a pressão social para obter o reconhecimento como doença relacionada ao trabalho. Em 1991 a própria Previdência Social amplia o conceito: passa a chamá-las de L.E.R. e amplia as categorias sujeitas a tê-las. Em 1992, em São Paulo, sob a articulação com várias instituições e sindicatos, a Secretaria de Estado da Saúde publica resolução que tenta sistematizar critérios de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença. Em março de 1993, a Previdência Social publica uma revisão de suas normas técnicas, baseadas na resolução da Secretaria de Estado da Saúde. O que mudou de 1987 para cá? O número de artigos científicos sobre o assunto antes de 1987 já era enorme, o conhecimento sobre a doença já amplamente divulgado; portanto, não foi o maior conhecimento sobre a questão, o determinante para que a Previdência Social mudasse seus critérios, foi a pressão social.

Uma tendência observada é a tentativa cada vez maior das ações conjuntas de várias instituições, que de alguma maneira estejam envolvidas na defesa da saúde do trabalhador. Assim, órgãos da Saúde, Previdência Social, Ministério Público, Ministério do Trabalho, Universidades, Sin-

dicatos e Movimentos Populares têm tido uma participação mais ativa na área. Nessa linha, temos a constituição do Fórum Interinstitucional de Saúde e Trabalho, que tem se reunido mensalmente, aberto a todos que queiram participar, para debate e encaminhamento de atividades de interesse na luta pela proteção de Saúde do Trabalhador, sejam no campo da prevenção de agravos à saúde do trabalhador, ou na assistência, formação e aprimoramento de recursos humanos e legislação. Outros espaços legalmente constituídos, como o Conselho Estadual e Municipais de Saúde também são importantes conquistas da população.

Conclusão

Gostáramos, finalmente, de dizer que se parecemos muito otimistas, de fato estamos, porque assim como alguns enxergam um copo com a metade vazia, outros enxergam o mesmo copo com a metade cheia.

Isto não quer dizer que não tenhamos dificuldades. Temos e muitas. O próprio SUS corre grande perigo. O sistema público de saúde nunca esteve tão precário. Mas acreditamos que será possível construir um sistema único de saúde, se lutarmos em vários níveis, assumindo nossos papéis, como técnicos, sindicalistas, usuários e cidadãos. Isto implica em atitudes gerais, como participar ativamente das eleições, apoiando candidatos que se comprometam com as causas populares e dos trabalhadores, até em atitudes específicas, como participar ativamente dos conselhos gestores, conselhos de saúde, sindicatos, associações, dentro das fábricas e empresas em geral. Temos que exercer realmente o controle social, lutarmos pela cidadania em todos os níveis. E isso é trabalhoso. Todavia, estamos convencidos de que temos todas as condições de avançar na conquista de uma sociedade saudável e mais equilibrada, se tivermos paixão pelas idéias, ousadia e seriedade nas ações, tolerância e generosidade com os aliados e firmeza e sobriedade contra os adversários.

**Maria Maeno Settimi é médica*

***Katia Santos Dias de Castro é enfermeira*

****José Carlos do Carmo é médico*