

Informalidade e precarização do trabalho e saúde do trabalhador no Brasil: o papel estratégico do Sistema Único de Saúde

March, Claudia¹

Scheydegger, Lídia²

Moraes, Ludmila³

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo refletir sobre o papel estratégico do Sistema Único de Saúde na atenção à saúde do trabalhador em uma realidade onde cresce o trabalho informal e precário. Para tanto, apresenta uma reflexão sobre informalidade e precariedade no trabalho na contemporaneidade e na realidade brasileira. Com base nos marcos jurídicos e legais do direito à saúde e, em especial, à saúde no trabalho inaugurados na Constituição de 1988, destacamos o papel estratégico do Sistema Único de Saúde na atenção à saúde do trabalhador frente a um mundo do trabalho cada vez mais fragmentado e fragilizado.

¹ Nutricionista, Mestre em Saúde Comunitária (ISC-UFBA), Doutoranda em Serviço Social (ESS-UFRJ), Professora Adjunta do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense.

² Odontóloga, Especialista em Odontologia do Trabalho (ABO).

³ Odontóloga, Especialista em Saúde da Família (ENSP), Especialista em Odontologia do Trabalho (ABO), Odontóloga da Prefeitura Municipal de Nova Friburgo – Rio de Janeiro.

Informalidade e Precarização do Trabalho

O conceito de setor informal foi formulado na década de 70, pelos estudos da Organização Internacional do Trabalho - OIT. Para a OIT o segmento formal se caracterizava por unidades produtivas organizadas e o segmento informal tinha como característica uma forma de organização de produção com pouco capital, em mercados não regulamentados, pouco competitivos e não subordinados às legislações trabalhistas. (ALVES E TAVARES, 2006)

Na atualidade, o mundo do trabalho vem passando por transformações diversas, as quais têm dificultado uma conceituação precisa do setor informal e demandado uma ampliação das caracterizações até então utilizadas frente à abrangência do seu real significado. Um conceito mais amplo - o de *informalidade* – tem sido utilizado, por englobar o setor informal nas diversas situações existentes nas sociedades contemporâneas. Nesse sentido, Alves e Tavares (2006) propõem a seguinte classificação: trabalhadores informais tradicionais, trabalhadores assalariados sem registro e os trabalhadores autônomos ou por conta própria.

Os **trabalhadores informais tradicionais** vivem de sua força de trabalho e, em alguns casos, da força de trabalho de seus familiares. Não contratam trabalhadores assalariados e exercem atividades de baixa remuneração, utilizada para garantir o consumo individual e familiar. Na totalidade das velhas ou tradicionais formas de trabalho, há basicamente três subcategorias - os “menos instáveis”, “instáveis” ou “ocasionais/temporários”.

Para as autoras, há ainda os **trabalhadores assalariados sem registro**, contratados à margem dos marcos jurídicos e regulatórios da relação capital-trabalho e da organização sindical e que não usufruem, conseqüentemente, os resultados dos acordos coletivos conquistados pela sua categoria e dos demais direitos trabalhistas.

Há ainda os **trabalhadores autônomos** ou **trabalhadores que trabalham por conta própria**, que, em geral, pertencem a um segmento da mão de obra mais qualificada, com meios de trabalho próprios e que utilizam força de trabalho familiar e, em alguns casos, força de trabalho assalariada.

Para Vasapollo (2006), o processo de reestruturação produtiva do capital tem como base a precarização, a desregulamentação e a flexibilização, essa última entendida como liberdade para despedir parte dos empregados quando a produção e as vendas diminuem, para pagar salários reais mais baixos, para alterar a jornada de trabalho repetidamente e sem aviso prévio e para destinar parte de suas atividades para empresas externas e trabalho em domicílio, dentre outras prerrogativas.

O autor questiona ainda o argumento utilizado de que a flexibilização se constituiria em uma solução para aumentar os índices de ocupação, afirmando que, ao contrário, trata-se de uma imposição à força de trabalho para que sejam aceitos salários reais mais baixos e piores condições de trabalho.

Segundo o autor *“nestes últimos anos, a ocupação e a estabilidade da relação de trabalho continuam a ser o problema principal da Itália, convertida no país mais flexível da Europa”* (Vasapollo, 2006, p.51). O trabalhador atípico fica exposto a um risco muito maior de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, dado que está excluído das ações de segurança e saúde no trabalho. Em toda a União Européia avançam os processos de reforma dos sistemas de proteção social e das relações de trabalho que incluem a privatização da saúde, da previdência e da assistência.

MÉSZÁROS (2006) ressalta que o problema da precarização não se restringe aos trabalhadores não qualificados, mas atinge também vastas quantidades de trabalhadores altamente qualificados que estão desempregados em função dos escassos empregos disponíveis: “a amputação “racionalizante” já não está mais confinada aos “ramos periféricos da indústria envelhecida”, mas abrange alguns dos mais desenvolvidos e mais modernizados setores da produção — desde estaleiros navais e aviação eletrônica e do “engineering” à tecnologia do espaço”.

Para Antunes (1999) a classe trabalhadora no século XXI, em plena era da globalização, sofreu mudanças: é mais fragmentada, mais heterogênea e ainda mais diversificada. Compreende a totalidade dos assalariados, homens e

mulheres que vivem da venda da sua força de trabalho e que são despossuídos dos meios de produção.

Houve uma retração do binômio taylorismo/fordismo, do proletariado industrial, fabril, tradicional, manual, estável e especializado da indústria verticalizada, desvalorizado e substituídos pelo trabalhador "polivalente e multifuncional" da era toyotista, que convive com uma outra tendência muito significativa que se caracteriza pelo aumento do novo proletariado fabril e de serviços, em escala mundial, presente nas diversas modalidades de trabalho precarizado - terceirizados, subcontratados, *part-time*, e tantas outras formas assemelhadas.

Constata-se também a expansão do trabalho em domicílio e a nova divisão sexual do trabalho com um aumento significativo do trabalho feminino, com níveis de remuneração inferiores aos recebidos pelos homens, assim como a compressão da faixa etária com "empregabilidade", expressa na exclusão dos jovens com idade de ingresso no mercado de trabalho e dos trabalhadores considerados "idosos" para maior parte dos empregos, com idade próxima de 40 anos e que, uma vez excluídos do trabalho, dificilmente reingressam neste. Ocorre também a inclusão precoce e criminosa de crianças no mercado de trabalho, nas mais diversas atividades produtivas.

Há ainda um processo de deslocalização da produção. Novas regiões industriais emergem e muitas desaparecem, de acordo com a "flexibilidade" das formas de contratação e dos níveis salariais da força de trabalho. Mercadorias mundiais ou transnacionais praticamente substituem a mercadoria nacional, cujo exemplo mais claro é a indústria automobilística. Na América esses processos são bem conhecidos, nas relações estabelecidas entre empresas do Canadá, Estados Unidos e México, assim como o resultado para a força de trabalho. Esse processo também tem sido vivenciado no Brasil com a transferência de empresas de um estado para outro em busca de mão de obra com menor remuneração e de isenções fiscais.

No Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – em 2002, revela que, de uma População Economicamente Ativa (PEA) de aproximadamente 78 milhões (não incluída a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Pará e Amapá), 32,2 milhões estão na informalidade, e 17,4

milhões trabalham “por conta própria”, seis milhões como domésticos, 5,8 milhões com trabalho não remunerado e 3,1 com próprio consumo. (Mendes e Campos, 2009, p. 210)

No Brasil, estudos setoriais têm constatado a redução de empregos formais e o avanço da informalidade e precarização do trabalho como resultado do processo de reestruturação produtiva da capital.

Jinkings e Amorim (2006) analisam a reestruturação do setor têxtil e de confecções e seu impacto na força de trabalho a partir de um conjunto de estudos nas regiões sul e sudeste do Brasil.

Para as autoras, as medidas de liberalização comercial e financeira iniciadas no Governo Collor de Melo aliadas à política econômica de estabilização monetária dos governos Fernando Henrique Cardoso, baseada na sobrevalorização cambial e nas altas taxas de juros, resultaram em um aumento das importações, impactando vários setores da economia, dentre eles a indústria têxtil e de confecção.

A reestruturação produtiva do setor se baseou na introdução de tecnologias poupadoras de mão de obra em parte do processo produtivo, na adoção de novas estratégias de gestão do trabalho e na terceirização de parte do processo produtivo, sobretudo a que demanda mais trabalho humano. Esse processo resultou em plantas produtivas mais enxutas, que concentram a parte do processo produtivo capital intensivo – fiação, tecelagem e acabamento -, onde foram introduzidas novas estratégias de gestão do trabalho e do processo produtivo – programa de qualidade total, sistema *just in time*, círculos de controle de qualidade - e a expansão do trabalho terceirizado - micro, pequenas e médias empresas - e até mesmo da compra de peças produzidas no trabalho informal realizado em domicílio. Esse processo ampliou a precarização, a informalidade e a desproteção social do trabalho, assim como resultou na intensificação e ampliação da jornada de trabalho. (Jinkings e Amorim, 2006)

Navarro (2006) analisando o trabalho na indústria de calçados em um município do estado de São Paulo destaca que o processo de reestruturação do setor de produção de calçados na década de 1990 envolveu mudanças no processo produtivo no interior das fábricas, sobretudo nas de grande porte, com a introdução de características do modelo japonês – trabalho polivalente,

trabalho em grupo e em células de produção, dentre outras características -, assim como a transferência de parte do processo produtivo para terceiras – “bancas” – ou para trabalhadoras em domicílio, que produzem e são remuneradas por produção. Como decorrência, ampliou-se o trabalho infantil e a intensificação da jornada de trabalho sem direitos e sem fiscalização das condições de segurança e saúde no trabalho.

Segundo Navarro, *“as mudanças ocorridas nesse setor produtivo não dependeram da incorporação de recursos tecnológicos avançados, mas fundam-se no uso intensivo do trabalho informal nas ‘bancas’ e em domicílio”* (2006, p. 424).

Estratégias para enfrentar a invisibilidade das relações entre informalidade, precarização e saúde do trabalhador

O campo da saúde enquanto um campo de saberes e práticas ainda não consolidou sua ação frente aos nexos (in)visíveis da relação entre trabalho informal e precarizado e saúde do trabalhador.

Em estudo recente Scheydegger (2009), analisando artigos publicados em periódicos científicos selecionados nos últimos cinco anos e que tinham como tema a “saúde do trabalhador”, destaca a invisibilidade da temática “saúde do trabalhador e situação de informalidade e precarização”, sobretudo nas pesquisas empíricas.

Ainda que algumas características do trabalho informal possam dificultar as pesquisas sobre as relações entre trabalho informal e precário e saúde do trabalhador, tais como, *“ausência de limites físicos ou territoriais, grande amplitude, desorganização ou mobilidade dos espaços de trabalho”* (Mendes e Campos, 2004, p. 215), contingentes consideráveis de trabalhadores exercem atividades em ambientes domiciliares, de “cooperativas”, dentre outras, em espaços bem delimitados.

Mendes e Campos (2004) defendem como estratégia a adoção da responsabilidade social, legal e ética nas empresas que incorpore toda a cadeia produtiva, incluindo o trabalho informal, precarizado e “cooperativado” que é contratado pela empresa. Nosso foco, entretanto, é na garantia dos

direitos dos trabalhadores à segurança e saúde no trabalho mediante políticas públicas.

No Brasil as competências legais em relação à saúde do trabalhador são compartilhadas por várias instituições públicas ligadas à Saúde, ao Trabalho e à Previdência Social. Particularmente no que se refere ao Sistema Único de Saúde, a Constituição de 1988 alterou significativamente o papel do Estado ao conferir o direito universal à saúde, com integralidade das ações e controle social. Na área de saúde do trabalhador trata-se de uma diferença substancial em relação ao sistema vigente anteriormente a 1988 e também em relação ao papel das demais instituições públicas como a Previdência e o Trabalho. No que se refere à Previdência, permanece a lógica do direito vinculado à contribuição, ou seja, somente os trabalhadores contribuintes têm os agravos à saúde notificados, o direito ao Seguro Acidente de Trabalho e as ações de reabilitação. O Ministério do Trabalho e Emprego se responsabiliza pelas ações de fiscalização dos ambientes de trabalho com base nas Normas Regulamentadoras que fazem parte da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT -, as quais se aplicam aos trabalhadores que possuem vínculo formal de trabalho.

Por outro lado, alguns entraves permanecem e o Sistema Único de Saúde não assumiu plenamente suas tarefas. Parte dessa dificuldade deve-se aos conflitos de competências estabelecidos entre os setores públicos que tradicionalmente realizavam a fiscalização dos ambientes de trabalho e o novo papel conferido ao SUS nessa área. (Ribeiro, 2008)

A notificação de agravos à saúde relacionados ao trabalho permanece insuficiente, seja pelo fato da Previdência e do Trabalho trabalharem com registros referentes aos contribuintes e ao setor formal, seja pela ausência de tradição do Sistema Único de Saúde em registrar tais agravos. Também as ações de prevenção e promoção da saúde do trabalhador não foram incorporadas pelo sistema público de saúde, sobretudo se comparamos e consideramos os avanços alcançados em outras áreas como as doenças transmissíveis, por exemplo.

As ações de saúde do trabalhador no SUS permanecem fragmentadas e pontuais.

Moraes (2009) em pesquisa com profissionais do Programa Saúde da Família de um município do Rio de Janeiro – Brasil - concluiu que a atenção à saúde do trabalhador ainda não foi incorporada às práticas desenvolvidas no PSF. O desenvolvimento de ações nos diferentes níveis de complexidade da rede pública de saúde faz parte da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e tem na Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador uma formulação bem acabada da proposta de integralidade da atenção e de intersetorialidade.

Conforme apontamos anteriormente, houve um avanço da precarização e da informalidade, assim como das taxas de desemprego. A predominância da cobertura das ações na área de segurança e saúde no trabalho para aqueles que se encontram no setor formal e ou contribuem com a previdência coloca um desafio para o campo da Saúde do Trabalhador, que é o de atingir os trabalhadores informais nos diversos espaços produtivos – no domicílio, na rua, no campo, nos lixões e em outros locais.

Ressaltamos que, considerando a universalidade da atenção à saúde do Sistema Único de Saúde brasileiro, a incorporação da atenção à saúde do trabalhador nas competências e atribuições das instâncias do SUS e as mudanças no modelo assistencial operadas nos últimos anos, em particular a implantação da Estratégia de Saúde da Família, com adscrição de clientela e responsabilização sanitária a partir do conceito de território, o sistema público de saúde pode assumir um papel estratégico frente à ampliação do trabalho precário, informal e domiciliar. (Scheydegger e March, 2009; Moraes e March, 2009)

Há que se desenvolver estratégias para tornar visível a relação saúde-trabalho nas diversas portas de entrada do trabalhador no SUS – emergências e urgências, atenção básica, média e alta complexidade. A atenção básica, a partir da Estratégia de Saúde da Família, pode incorporar na sua prática a história ocupacional dos usuários de forma a captar as situações precárias e perversas de trabalho da atualidade que expõem crianças, homens e mulheres aos riscos ocupacionais sem nenhuma ação de promoção e prevenção ou de fiscalização, com destaque para o trabalho informal que é realizado em domicílio. (Brasil, 2002)

BIBLIOGRAFIA:

ALVES, MARIA APARECIDA; TAVARES, MARIA AUGUSTA. A dupla face da informalidade do trabalho “autonomia” ou “precarização”. In: ANTUNES, Ricardo. (org.) *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2006. 527 p. pp. 425-444.

ANTUNES, Ricardo. Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e negação do trabalho. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.

ANTUNES, Ricardo. A era da informalização na época da informatização: Riqueza e miséria do trabalho no Brasil. In: ANTUNES, Ricardo. (org.) *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2006. 527 p. pp. 15-25

JINKINGS, Isabella; AMORIM, Elaine Regina Aguiar. Produção e desregulamentação na indústria têxtil e de confecção. In: ANTUNES, Ricardo. (org) *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2006. 527 p. pp. 337-385.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; BERTANI, Íris Fenner. Saúde do Trabalhador no SUS; desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 32, n. 115, p. 121-134, 2007.

MENDES, René; CAMPOS, Ana Cristina Castro. Saúde e segurança no trabalho informal: desafios e oportunidades para a indústria brasileira. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v. 2, n. 3, p. 209-223, 2004.

MÉSZÁROS, István. Desemprego e precarização: Um grande desafio para a esquerda. In: ANTUNES, Ricardo. (org) *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2006. 527 p. pp. 27-44.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR. Cadernos de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. Caderno 5: Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MORAES, Ludmila Roberto. Análise da Percepção da Atenção à Saúde do Trabalhador pelos profissionais do Programa de Saúde da Família de Nova Friburgo – Rio de Janeiro. Monografia. Curso de Especialização em Odontologia do Trabalho. Associação Brasileira de Odontologia – Regional Niterói. Niterói: ABO-Niterói, 2009.

NAVARRO, VERA. A indústria de calçados no turbilhão da reestruturação. In: ANTUNES, Ricardo. (org) *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2006. 527 p. pp. 387-424.

RIBEIRO, Fátima Sueli Neto. Situación em Brasil. In: ALAMES – Red de Salud y Trabajo. Informe Continental sobre la Situación del Derecho a la Salud en el Trabajo, 2008. 174 p. pp. 58-86

SCHEYDEGGER, Lídia. Informalidade e precarização do trabalho: o SUS como espaço estratégico de atenção básica. Monografia. Curso de Especialização em Odontologia do Trabalho. Associação Brasileira de Odontologia – Regional Niterói. Niterói: ABO-Niterói, 2009.

TOVAR, Mauricio Torres. Defender, proteger e exigir el derecho a la salud em el trabajo em el continente. In: In: ALAMES – Red de Salud y Trabajo. Informe Continental sobre la Situación del Derecho a la Salud en el Trabajo, 2008. 174 p. pp.3-5.

VASAPOLLO, LUCIANO. O trabalho atípico e a precariedade: elemento estratégico determinante do capital pós-fordista In: ANTUNES, Ricardo (org) *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2006. 527 p. pp.45-57.