

SITUACIÓN EN BRASIL



Cortador de Caña, Brasil

Por: Fátima Sueli Neto Ribeiro, PhD
Profesora de la Universidad del Estado do Rio de Janeiro/Brasil

Brasil, derecho a la salud en el trabajo

1. Contexto económico, político y social

O Brasil possui 8,5 milhões de quilômetros quadrados de território, 188 milhões de habitantes no ano de 2006, distribuídos em 26 estados e um Distrito Federal subdividido em 5.564 municípios. Apresenta uma baixa densidade populacional (21,63 habitantes/km²), com uma distribuição muito diferenciada entre os estados. A concentração nas áreas urbanas é de mais de 80% da população e o crescimento demográfico de 1,6% ao ano pelo Censo do ano de 2000.

A população economicamente ativa (PEA) é de 96,03 milhões de pessoas. É a 11^a economia mundial e a renda per capita em 2005 ficou em R\$10.520 (aproximadamente 5.000 dólares). O Brasil ocupa a 63^a posição no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

A balança comercial apresentou um superávit de 44,7 bilhões de dólares em 2005 e o Produto Interno Bruto (PIB) de 1,7 trilhão de reais com taxa de crescimento real de 2,3% no ano, segundo o Ministério da Fazenda. A taxa média de desemprego foi de 10,1% em 2006 e o salário mínimo par ao ano de 2007 no Brasil é de R\$ 360,00 (aproximadamente 180 dólares).

A taxa de fecundidade é de 2,0 filhos por mulher, a expectativa de vida ao nascer de 72 e a mortalidade infantil é de 25,8 por mil nascidos vivos, em 2005. A redução da taxa de natalidade e de mortalidade enquadra o Brasil como país de rápido envelhecimento populacional. A taxa de analfabetismo entre pessoas com 15 anos de idade ou mais foi de 11% em 2005. A rede geral de esgotamento sanitário é de 69,9% dos domicílios em 2004, segundo o Ministério da Saúde (MS, 2006). O sistema de saúde brasileiro, desde a constituição de 1988, tem cobertura universal.

O sistema político brasileiro é presidencialista. Com três poderes: o Executivo, o Legislativo e o Judiciário, exercidos, respectivamente, pelo presidente da República, pelo Congresso Nacional - dividido entre Câmara dos Deputados e Senado Federal - e pelo Supremo Tribunal Federal. A Constituição Federal determina que o número total de Deputados, bem como a representação por Estado e pelo Distrito Federal, deve ser estabelecido proporcionalmente à população. O Senado é composto por 81 membros e a Câmara dos Deputados de 513 deputados. Todos são eleitos por voto direto, para mandatos de oito e quatro anos, respectivamente.

2. Descripción del marco jurídico y constitucional del derecho a la salud en el trabajo.

A Constituição Federal de 1988, promulgada em 1990, incorporou o caráter de direito social à saúde quando estabeleceu no artigo 196 que o direito à saúde será "*garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*" tanto as ações quanto os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, descentralizado, com direção única em cada esfera de governo (Brasil, 1988).

A mesma Magna Carta garante ao trabalhador o direito à redução dos riscos ao trabalho, por meios de normas de saúde, higiene e segurança (art. 7^o). O artigo 225 do mesmo diploma legal prevê o direito de todos ao meio ambiente ecologicamente

equilibrado, essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e as futuras gerações.

A Constituição prevê a Saúde do Trabalhador com funções de prevenção em 3 campos: Saúde, Trabalho e Previdência Social. As relações de trabalho, o meio ambiente de trabalho e os limites de exposição ocupacional estão a cargo do Ministério do Trabalho e Emprego. A Previdência Social ou Seguridade Social possui a função de regulamentar a seguridade social como a recuperação e reparação de doenças e acidentes de trabalho. Ao Ministério da Saúde cabe a promoção da saúde dentro e fora do ambiente de trabalho, “*como direito de todos e dever do estado*” operacionalizado através do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste campo, a Constituição mudou profundamente a forma de atenção que o Estado deve destinar à população incorporando os princípios de universalização, integralidade e controle social, assegurando a todos os cidadãos o direito a atenção integral às suas necessidades respeitando as diferenças individuais e sociais de acesso. O SUS definiu uma política de saúde voltada ao direito de cidadania como dever do Estado. A Saúde do Trabalhador faz parte do direito universal à saúde e o Sistema Único de Saúde é o responsável pelo cumprimento dessas ações, expressas entre as suas atribuições no artigo 200 e definidas na Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080 de 1990).

No campo da atenção jurídica, a Constituição constituiu o Ministério Público como uma instância de defesa da cidadania e dos direitos no trabalho, que se consubstanciou com a criação do Ministério Público Federal do Trabalho e o Ministério Público Estadual de Meio Ambiente, legitimados para defender interesses coletivos, quando desrespeitados os direitos sociais e as leis trabalhistas constitucionalmente garantidas. No mesmo diploma legal, foi conferida aos sindicatos a legitimação para defender os direitos e interesses individuais e coletivos das categorias que representam.

3. Descripción del sistema de salud en el trabajo y las políticas públicas en esta área.

A delimitação da Saúde do Trabalhador se dá diretamente no âmbito do direito à saúde, consagrado na Constituição como competência do Sistema Único de Saúde (SUS) (Constituição Federal, artigo 200). Possui uma larga abrangência de seu campo de ação, apresenta caráter intra-setorial (envolvendo todos os níveis de atenção e esferas de governo do SUS) e inter-setorial (envolvendo a Previdência Social, Trabalho, Meio Ambiente, Justiça, educação e demais setores relacionados com as políticas de desenvolvimento), exigindo uma abordagem interdisciplinar e com a gestão participativa dos trabalhadores.

Historicamente, as ações em Saúde do Trabalhador, no âmbito do SUS, têm se desenvolvido de forma isolada e fragmentada das demais ações de saúde. Estas ações são desenvolvidas de modo desigual nos estados e municípios, o que torna evidente a necessidade de incorporar um conjunto de decisões e ações coerentes, que contemplem os aspectos sanitários, ambientais, éticos, econômicos e sociais, incluindo questões étnicas e de gênero na Saúde do Trabalhador, contribuindo assim para o aperfeiçoamento do processo de construção do SUS (Brasil, 2004).

A partir da década de 1940 o Ministério do Trabalho assume as questões ligadas à saúde nos ambientes de trabalho. No período da ditadura militar brasileira, em especial no ano de 1978, inseriu o capítulo V na regulamentação das relações de trabalho brasileira, a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) (MTE, 2007) Atualmente este capítulo consiste em 33 Normas Regulamentadoras que disciplinam as condições e o ambiente de trabalho. A norma nº15 funciona como parâmetro técnico para os limites

de exposição ocupacional e o pagamento de insalubridades. As normas nº 4 e 7 disciplinam os Serviços Especializados de Engenharia e Segurança no Trabalho, onde estão situados os médicos, engenheiros, enfermeiros e técnicos de segurança responsáveis pelos exames admissionais e demissionais, as avaliações ambientais e os serviços de emergência na empresa. A existência deste serviço é prevista para empresas com alto risco e grande número de trabalhadores. Na norma nº 4 está prevista a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA), responsável pelo acompanhamento das condições de trabalho e composto de uma comissão paritária cujo presidente é nomeada pelo empregador. Além destes, as Normas disciplinam equipamentos de proteção, estatísticas de acidentes, condições de trabalho a céu aberto, em grandes profundidades e na área rural, além de muitos outros.

Um avanço importante para o Brasil está prevista na Lei Orgânica de Saúde que regulamenta a Constituição Federal (Brasil, 1991). No campo da Saúde do Trabalhador esta lei considera Saúde do Trabalhador uma atividade que transversal às vigilâncias, destaca o papel dos trabalhadores nas ações de fiscalização, pesquisa e controle das condições de trabalho e garante ao sindicato dos trabalhadores requererem a interdição do setor ou de todo ambiente de trabalho, quando risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (Brasil, 2004), em vigor desde 2004, visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde. Suas diretrizes compreendem a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial, a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) (MS, 2007), o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos e a participação da comunidade na gestão dessas ações. A RENAST é composta por cerca de 150 Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador com financiamento direto do através de repasses mensais do Fundo Nacional de Saúde. Os estados e municípios possuem atribuições em Saúde do Trabalhador definidas através de diretrizes pactuadas no âmbito do Estado.

Uma característica ainda marcante na política de Saúde do Trabalhador é a fragmentação das responsabilidades, percebida claramente na existência de inúmeras instituições com atribuições de intervenção na área. As ações de reabilitação não foram incorporadas ao SUS, mantendo-se sob a responsabilidade do Ministério do Trabalho e Previdência Social — MTPS —, dentro da estrutura do Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS. As ações de fiscalização dos ambientes de trabalho continuam sendo executadas pelo Ministério do trabalho e Emprego, pelas Coordenações de Relações do Trabalho. Entende-se que a fiscalização dos ambientes de trabalho é parte essencial na execução das ações de vigilância sanitária. Estas ações devem ser realizadas numa perspectiva da prevenção, a partir do mapeamento de riscos, mecanismos de vigilância epidemiológica, programas de controle e outras formas de abordagem. Cabe ressaltar que as ações de vigilância sanitária são da alçada do SUS, não seguindo a lógica do modelo tradicional do Ministério do Trabalho, em que o exercício das fiscalizações se dá através de denúncias e demandas pontuais (Oliveira & Vasconcellos, 1992).

4. Descripción estadística y analítica de la garantía del derecho salud en el trabajo.

4.1. Salud y Trabajo

O perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no Brasil caracteriza-se pela coexistência de agravos relacionados diretamente com as condições de trabalho

específicas, como os acidentes de trabalho típicos e as “doenças profissionais” além das “doenças relacionados ao trabalho” e doenças comuns que também impactam a saúde dos trabalhadores. Aliam-me a estas morbidades um conjunto de sintomas e expressões nosológicas que estão ligadas as novas formas de relação que o homem vêm estabelecendo com o trabalho e rompendo as barreiras da jornada, do tempo e do local de exercício das atividades laborais. Exemplificam bem estas novas situações do processo de trabalho as atividades ligadas a programação, suporte de computadores e desenvolvimento de projetos ligados à tecnologia de informação. Nestas situações, o tempo de trabalho é o de finalização do projeto, a jornada é indefinida e o local pode ser o espaço doméstico. As conseqüências estão se expressando em distúrbios psíquicos, desagregação familiar e sintomas inespecíficos ligados a psicossomática. Expressões da violência e das conflituosas relações de trabalho conflituosas estão se expressando no “stress pós-trauma” e nos assédios. Por outro lado, também convivem no cenário epidemiológico brasileiro a tuberculose e a hepatite decorrente da contaminação no trabalho e a exaustão orgânica por esforço físico intenso como o “karoshi” ou a sua tradução para o português “birôla”.

A dimensão destes agravos possui registros inadequados nos sistemas de informação do Brasil, sejam ligados à saúde ou à seguridade social. Para fins de estatística oficial apenas as informações de trabalhadores contribuintes do seguro social se configuram em registro de acidentes e um conjunto de doenças. Cabe lembrar que apenas 35% da PEA brasileira está coberta pelo seguro social e freqüentemente são divulgados casos de acidentes ou de doenças cujo nexos não foi estabelecido por dificuldades relacionadas com as informações, o registro ou a capacidade técnica do perito do perito.

No SUS, os agravos relacionados ao trabalho não possuem tradição de registro nacional, apenas alguns sistemas estaduais o fazem, o que não permite sua projeção para a esfera nacional. Espera-se a mudança desta situação com a implementação da Portaria GM777 de 2004 que estabelece a notificação compulsória nacional a uma lista de doenças relacionada ao trabalho.

Mesmo com esta restrição, no período de 1970 a 2005 a Previdência Social registrou uma média de 950.421 acidentes de trabalho ao ano, com uma tendência decrescente, mas ainda gerando uma taxa anual de 6% de acidentes no mercado formal contribuintes da previdência social, conforme quadro 1 a seguir. A tendência decrescente tem sido discutida à luz das mudanças no processo de trabalho, da subnotificação do sistema de informação e da tendência de privatização do seguro social que no Brasil ainda é público (MPS,2005).

A tendência destes indicadores para cada década tem demonstrado que a freqüência de acidente está reduzindo. Na década de 1970 a taxa média foi de 13,67 acidentes por 1.000 trabalhadores, na década de 1980 foi de 5,39, na de 1990 foi de 1,96 e se estabiliza nos primeiros cinco anos da década de 2.000. Segundo vários autores este comportamento é esperado pela introdução de maquinários e mudança nas condições de trabalho, especialmente com a legislação de saúde e segurança e a mobilização do movimento sindical. Todavia não se pode deixar de considerar a intensa terceirização na força de trabalho especialmente em áreas de maior risco, associado a campanhas subliminares pela redução do registro dos acidentes de trabalhos voltados para a privatização do seguro acidentes de trabalho e aumento do mercado informal associado com a redução do trabalho formal. Mudanças no perfil produtivo, em especial o aumento do setor de serviços do que uma efetiva redução dos riscos ocupacionais ou

da melhoria da segurança das condições de trabalho são discutidas por Wunsch-Filho (1999) e Loomis *et al.*(2004).

Quadro 1. Trabalhador coberto pelo seguro Social, acidentes de trabalho e doença ocupacional , freqüência absoluta e taxas de incidência, mortalidade e letalidade-Brasil- 1970 a 2005.

Ano	Frequência absoluta						Taxas		
	Trabalhador segurado	Acidente Típico	Acidente de Trajeto	Doença	Total de acidentes	Óbitos*	Inci- dência acidente (%)	Morta- lidade* por 100.00 0	Letali- dade* por 10.00 0
1970	7.284.022	1.199.672	14.502	5.937	1.214.174	2232	16,67	30,64	18,29
1971	7.553.472	1.308.335	18.138	4.050	1.326.473	2587	17,56	34,25	19,44
1972	8.148.987	1.479.318	23.389	2.016	1.502.707	2854	18,44	35,02	18,97
1973	10.956.956	1.602.517	28.395	1.784	1.630.912	3173	14,88	28,96	19,43
1974	11.537.024	1.756.649	38.273	1.839	1.794.922	3833	15,56	33,22	21,33
1975	12.996.796	1.869.689	44.307	2.191	1.913.996	4001	14,73	30,78	20,88
1976	14.945.489	1.692.833	48.394	2.598	1.741.227	3900	11,65	26,09	22,36
1977	16.589.605	1.562.957	48.780	3.013	1.611.737	4445	9,72	26,79	27,53
1978	16.638.799	1.497.934	48.511	5.016	1.546.445	4342	9,29	26,10	27,99
1979	17.637.127	1.388.525	52.279	3.823	1.440.804	4673	8,17	26,50	32,35
1980	18.686.355	1.404.531	55.967	3.713	1.460.498	4824	7,82	25,82	32,95
1981	19.188.536	1.215.539	51.722	3.204	1.267.261	4808	6,60	25,06	37,84
1982	19.476.362	1.117.832	57.874	2.766	1.175.706	4496	6,04	23,08	38,15
1983	19.671.128	943.110	56.989	3.016	1.000.099	4214	5,08	21,42	42,01
1984	19.673.915	901.238	57.054	3.233	958.292	4508	4,87	22,91	46,88
1985	21.151.994	1.010.340	63.515	4.006	1.073.855	4384	5,08	20,73	40,67
1986	22.163.827	1.129.152	72.693	6.014	1.201.845	4578	5,42	20,66	37,90
1987	22.617.787	1.065.912	64.830	6.382	1.130.742	5738	5,00	25,37	50,46
1988	23.661.579	926.354	60.202	5.025	986.556	4616	4,17	19,51	46,55
1989	24.486.553	825.081	58.524	4.838	883.605	4554	3,61	18,60	51,26
1990	23.198.656	632.012	56.343	5.217	688.355	5355	2,97	23,08	77,21
1991	23.004.264	579.362	46.679	6.281	626.041	4527	2,72	19,68	71,59
1992	22.272.843	490.916	33.299	8.299	524.215	3516	2,35	15,79	65,66
1993	23.165.027	374.167	22.709	15.417	396.876	3110	1,71	13,43	75,43
1994	23.667.241	350.210	22.824	15.270	373.034	3129	1,58	13,22	80,58
1995	23.755.736	374.700	28.791	20.646	403.491	3967	1,70	16,70	93,53
1996	23.830.312	325.870	34.696	34.889	360.566	4488	1,51	18,83	113,49
1997	24.104.428	347.482	37.213	36.648	384.695	3469	1,60	14,39	82,33
1998	24.491.635	347.738	36.114	30.489	383.852	3793	1,57	15,49	91,54
1999	24.993.265	326.404	37.513	23.903	363.917	3896	1,46	15,59	100,46
2000	26.228.629	304.963	39.300	19.605	344.263	3094	1,31	11,80	85,03
2001	26.966.897	282.965	38.799	18.487	321.764	2753	1,19	10,21	80,91
2002	28.683.913	320.398	46.621	22.311	367.019	2898	1,28	10,10	74,71
2003	39.850.452	325.577	49.642	23.858	399.077	2.674	1,00	6,71	67,00
2004	42.084.323	375.171	60.335	30.194	465.700	2.839	1,11	6,75	60,96
2005	44.170.396	393.921	67.456	30.334	491.711	2.708	1,11	6,13	55,07

* Inclui as doenças ocupacionais - Fonte: Anuário Estatístico da Previdência Social - http://www.previdenciasocial.gov.br/anuarios/aeat-2005/14_08_01_02.asp

Associado a este fato, a redução dos trabalhadores no mercado formal é significativo e decorreu, principalmente, do aumento das transições do setor formal para o informal e ocorreu, principalmente, entre os mais escolarizados (Curi, 2006).

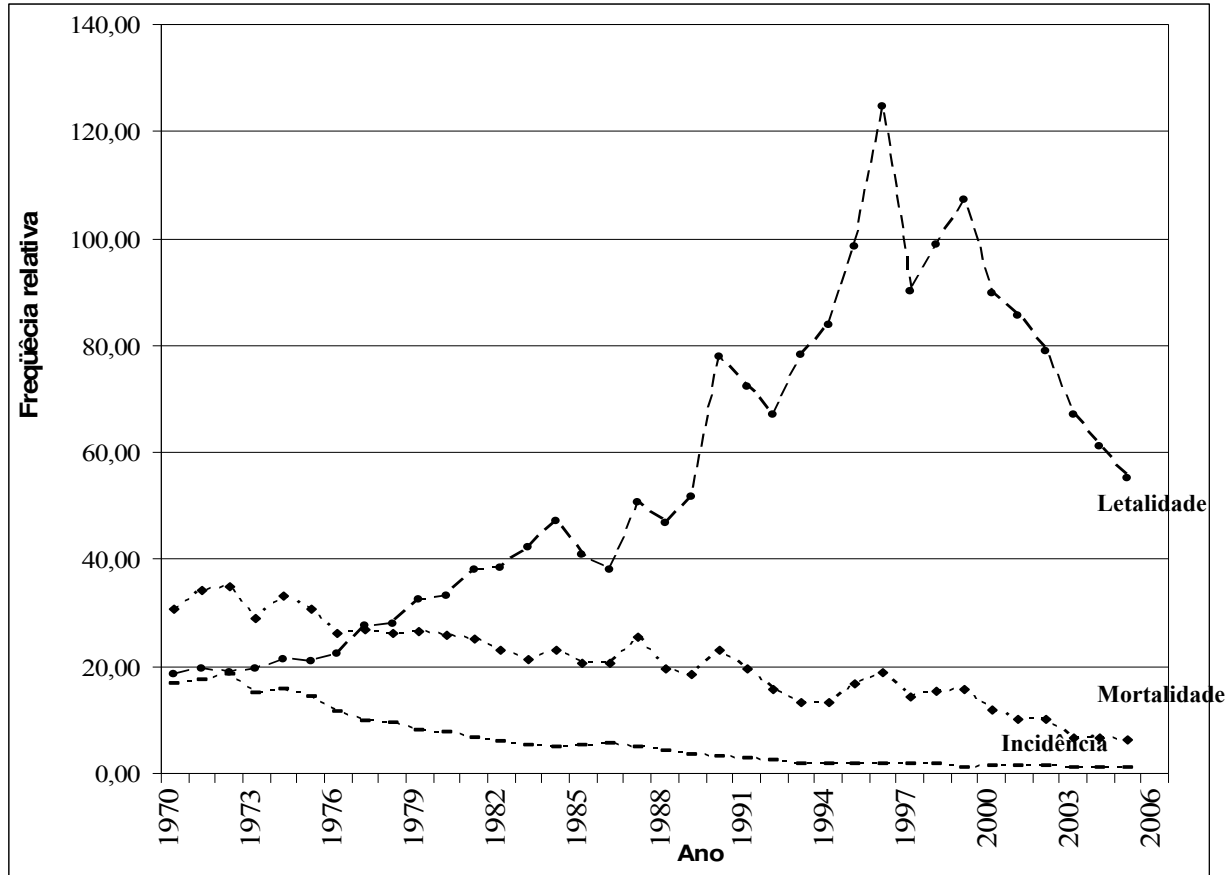
Uma limitação evidente para estas estatísticas é a ausência do número de horas homens trabalhadas no denominador. O que na verdade não deve implicar em alteração significativa nos resultados, pois nenhuma mudança relevante ocorreu na jornada de trabalho nos últimos anos. Alguns autores referem o aumento das horas-extras na década de 1990, o que poderia aumentar a situação de gravidade da exposição do trabalhador ao risco de acidentes e de óbito.

Apesar de elevados esses números ainda não refletem a realidade completamente. Um Inquérito domiciliar realizado por Cordeiro (2005) em um município do Estado de São Paulo, verificou que a subnotificação de acidentes em relação aos dados oficiais era de 79,5%. Da mesma forma, estudo de Binder (2003) identificou que apenas 22,4% dos acidentes tiveram registro previdenciário. No que tange aos óbitos por acidentes de trabalho, estudos em várias regiões brasileiras foram sumarizados no estudo de Santana (2005) e apontam que o nível de sub-registro varia de 81,9% em Porto Alegre, 76% no Paraná, entre 39% e 45% em São Paulo e 90,4% no Rio de Janeiro.

A mortalidade, embora também apresente tendência decrescente ainda é importante e segue ocorrendo em aproximadamente 10 em cada 100 mil contribuintes. O comportamento da tendência das taxas de incidência, mortalidade e letalidade demonstram a gravidade que os acidentes de trabalho registrados vêm assumindo, conforme gráfico 1, a seguir.

A mortalidade segue uma tendência semelhante a incidência, variando de 29,84 por 100 mil trabalhadores na década de 1970 para 22,31 na década de 1980. Reduz para 16,62 na década de 1990 e 10,34 nos primeiros anos da década de 2000. Santana (2004) observa na análise da mortalidade diferenças significativas com maiores riscos para os homens. O mesmo foi encontrado por Waldvogel (2002) que discute a elevação da mortalidade em homens com idade até 30 anos.

Gráfico 1. Tendência dos acidentes de trabalho - incidência*, mortalidade e letalidade***Brasil. 1970 a 2005**



Fonte: http://www.fundacentro.gov.br/CTN/acid_trabalho_doenca.asp

* Incidência: acidentes ocorridos no ano pelo número de trabalhadores cobertos pelo seguro social. Taxa por 1.000 trabalhadores

** Mortalidade: óbitos por acidentes de trabalho ocorridos no ano pelo número de trabalhadores cobertos pelo seguro social. Taxa por 100.000 trabalhadores

*** Letalidade: óbitos por acidentes de trabalho ocorridos no ano pelo número de acidentes de trabalho. Taxa por 10.000 trabalhadores

A letalidade que define a gravidade dos acidentes apresenta um comportamento crescente e importante, pois inicia com a média de 22,7 por 10mil acidentes na década de 1970 e segue aumentando para 42,64 na década de 1980, 89,83 na década de 1990 e 87,49 nos primeiros anos da década de 2000.

A alta taxa de mortalidade, a letalidade e a incidência de acidentes de trabalho no país expressam a precariedade das condições de trabalho e a baixa efetividade da regulamentação dos ambientes laborais, em que pesem os avanços da organização das classes trabalhadoras, após o regime militar. Isso também denota um descompasso da saúde pública nas ações específicas da área da saúde do trabalhador, desde que é considerável o impacto das suas estratégias no controle de doenças transmissíveis, como a Aids, e de fatores de risco como o tabagismo em no Brasil (Santana, 2005).

Os estudos da Fundacentro para o ano de 2003 revelam um panorama pontual, mas que é emblemático da situação dos acidentes e doenças segundo o setor econômico, conforme descrito no quadro 2, a seguir.

Quadro 2. Estatísticas de acidentes e doenças ocupacionais por setor econômico em trabalhadores formais - Brasil - 2003

Setor Econômico	Incidência de Doença (por 10.000)	Incidência de acidentes (por 1.000)	Mortalidade (por 100.000)	Letalidade (por 10.000)
Agricultura, Exploração Florestal e similares	3,97	2,58	20,81	7,65
Extrativa Mineral	15,02	3,20	21,75	6,41
Indústria da Transformação	20,39	3,07	10,70	3,33
Eletricidade, Gás e Água	12,21	2,68	9,00	3,53
Indústria da Construção	7,05	2,34	25,25	9,92
Comércio e Veículos	6,16	1,02	8,74	7,97
Alojamento e Alimentação	7,14	0,99	4,11	3,96
Transporte, Armazenagem e Comunicação	13,33	2,17	23,77	10,43
Intermediações Financeiras	52,65	1,20	3,41	2,54
Atividades Imobiliárias e Serviços Prestados	8,36	1,02	8,57	7,76
Administração Pública	6,67	1,65	7,43	4,31
Ensino	3,84	0,53	1,47	2,72
Saúde	10,20	3,03	2,05	0,66
Outros Serviços	7,07	1,44	5,48	3,61
Serviços Domésticos	12,51	1,99	9,62	5,65

Fonte: Ministério da Previdência Social. MPS, 2004

http://www.previdenciasocial.gov.br/anuarios/aeat-2005/14_08_01_02.asp -

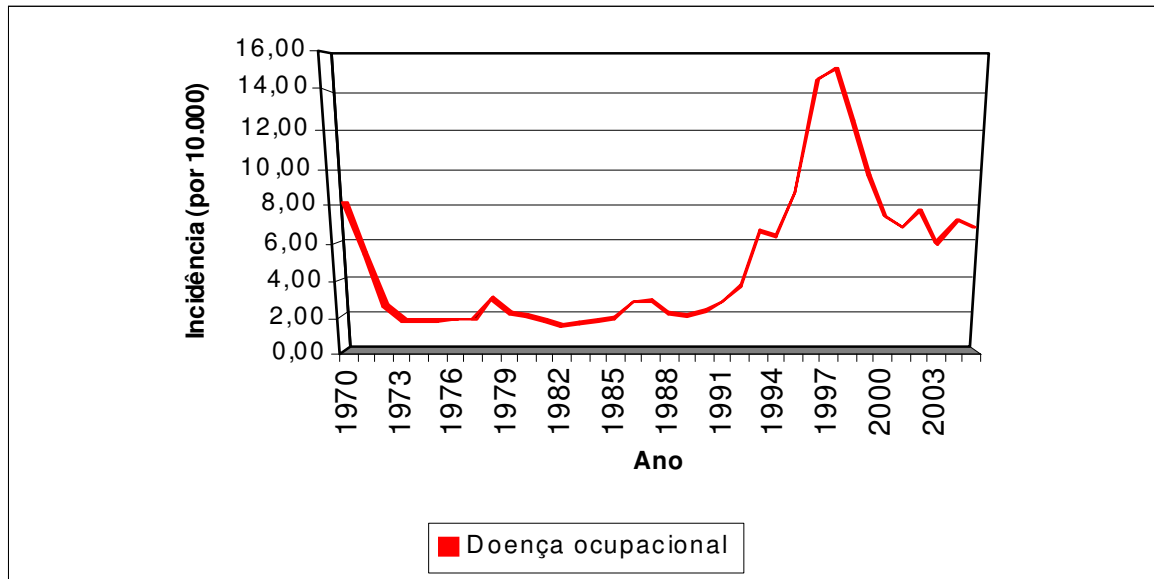
Os setores econômicos que apresentam maior incidência de acidentes são os classicamente reconhecidos pelos seus riscos: a extração mineral, a indústria de transformação e setor de saúde que começa a revelar os acidentes nos profissionais de saúde. No setor de extração mineral (minas e pedreiras) encontra-se a maior frequência de casos de doença e acidentes e também os mais graves, dada a alta mortalidade registrada neste setor. No setor de Construção os acidentes registrados são os de maior gravidade, dada a alta mortalidade e a letalidade observada. O Setor de Transportes reflete bem a expressão de violência do acidente de trabalho extra-muros, embora apresente subregistro de casos evidencia alta mortalidade e letalidade (quadro 2).

As Doenças

A dimensão das doenças ocupacionais no Brasil apresenta tendência de crescimento, situando-se atualmente em 30.000 casos reconhecidos ao ano (quadro 1). O aumento do número de doenças, especialmente a partir de 1993, está fortemente relacionado com o incremento de diagnóstico que a rede de Saúde do Trabalhador do SUS

implementou no Brasil e emerge com as lesões por esforços repetitivos (LER) a partir do setor de intermediações financeiras (Bancos) como descrito no quadro 2. O gráfico 3, a seguir, demonstra o comportamento da incidência de doenças ocupacionais registradas e reconhecidas pela Previdência Social .

Gráfico 3. Incidência de Doenças Ocupacionais (por 10.000) registradas no seguro Social entre 1970 e 2005 – Brasil



Fonte: Ministério da Previdência Social

http://www.fundacentro.gov.br/CTN/acid_trabalho_doenca.asp

Na década de 1970 foram registrados em média 3.227 casos de doenças perfazendo uma taxa de incidência média na década de 2,96 por 10.000 trabalhadores. Estes valores aumentam em número absoluto na década de 1980 para 4.220 casos em média e reduzem a incidência para 1,98. Na década de 1990 o número de casos de doenças, fortemente influenciado pelo registro das lesões por esforços repetitivos, aumenta em número absoluto para 19.706 em média e a incidência aumenta para 8,24 para 10.000 trabalhadores (MPS, 2005).

As informações disponíveis mostram que a incorporação de novas tecnologias e de métodos gerenciais, nos processos de trabalho modifica o perfil de saúde, adoecimento e sofrimento dos trabalhadores. Essas mudanças se expressam, entre outros, no aumento da prevalência de doenças relacionadas ao trabalho, como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER), também denominadas de Distúrbios Ósteo-Musculares Relacionados ao Trabalho (DORT); os cânceres; formas de adoecimento mal caracterizadas, como o estresse, a fadiga física e mental e outras expressões de sofrimento relacionadas ao trabalho. Essas “novas” formas de adoecimento convivem com as já conhecidas doenças profissionais, como a silicose, as intoxicações por metais pesados, por agrotóxicos, entre outras.

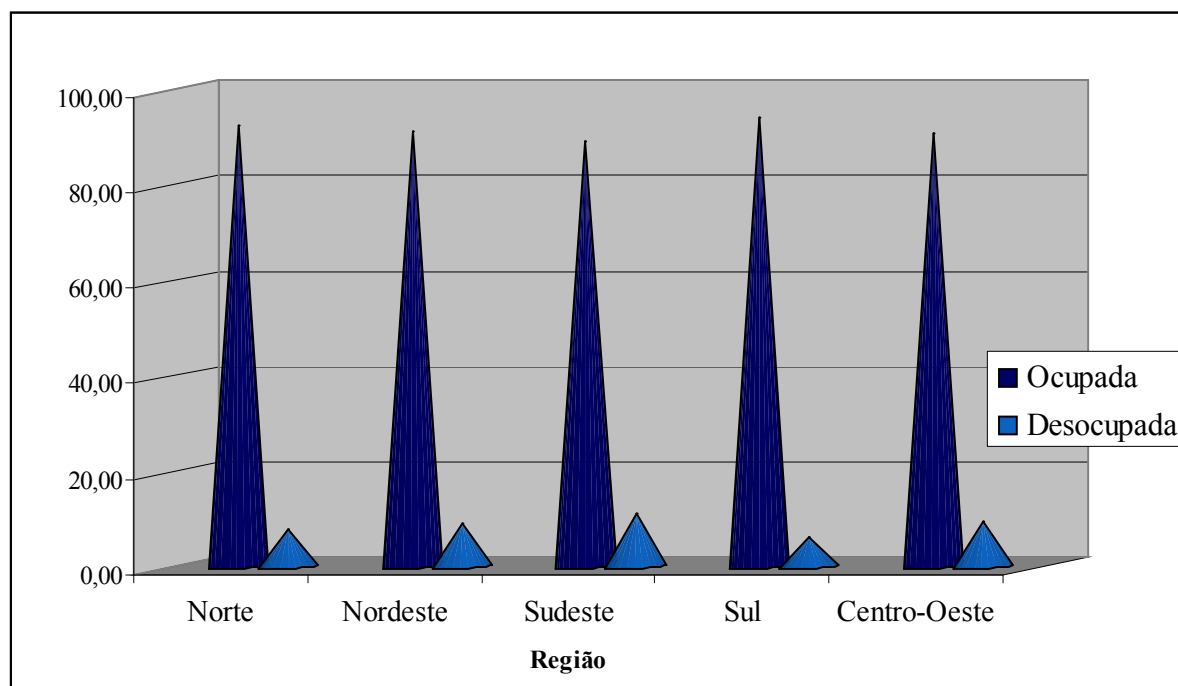
4.2. Coberturas de atención en salud en el trabajo

A população brasileira em 2005 era de 152.740.402 habitantes. Destes, a População Economicamente Ativa (PEA), segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2005), era de 96.031.971, distribuídas em 56% homens e 44% mulheres. Encontravam-se ocupadas neste ano, 87.089.976 (90% da PEA). A desocupação, aqui entendida como desemprego, ocorria em 3.854.599 homens e 5.087.396 mulheres, respectivamente 7% dos homens e 12% das mulheres.

O conceito “ocupação” para fins deste trabalho representa a população que desenvolveu atividade econômica, seja no mercado formal ou no informal e pode ser entendido como população empregada.

As diferenças na proporção de emprego/ocupação e desemprego/desocupação por região geográfica podem ser vistas no gráfico 4 a seguir. A região sudeste possui a maior PEA, 41.364.821, e a menor proporção de ocupação 89% e a maior de desocupação 11%. As demais regiões possuem proporção desocupação acima de 90% e a desocupação mais importante está localizada na região centro oeste, 10%.

Gráfico 4. Percentual de população ocupada e desocupada em relação a PEA por região - Brasil 2005



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2005.

A ocupação dos trabalhadores brasileiros, independente da formalização, no ano de 2005 se distribuiu de forma desigual entre os setores econômicos. A agricultura concentra a maior parte dos trabalhadores brasileiros, aproximadamente 21%, seguido pelo comércio 18%, o setor industrial 15%, setor de educação e serviço social 9% e a construção civil 7%, conforme descrito no quadro 3 a seguir. As diferenças regionais são marcantes, as regiões norte, nordeste e sul são as que concentram grande

proporção de seus trabalhadores na agricultura. O comércio se configura num importante setor econômico em todas as regiões e a indústria se expressa mais fortemente na região sul e sudeste.

Quando se analisa o caráter dessas ocupações, percebe-se que apenas 39,57% das pessoas ocupadas têm contrato de trabalho formal, o que assume vários significados simbólicos. Em 1991, os empregados com carteira representavam 55,0% da força de trabalho, quase 20,0% eram autônomos registrados e 4,5% empregadores. Os empregados "informais" representavam 20%. Desde essa época a informalidade não tem deixado de crescer.

Quadro 3 - Pessoas de 10 anos ou mais de idade (PEA) ocupada, por grandes regiões, segundo o setor econômico do trabalho principal - Brasil - 2005

	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	87 089 976	100	6 585 422	100	23 182 157	100	36 863 614	100	14 213 774	100	6 245 009	100
Agrícola	17 813 802	20,45	1 540 836	23,40	8 358 008	36,05	3 676 550	9,97	3 136 880	22,07	1 101 528	17,64
Indústria	12 998 419	14,93	979 775	14,88	2 260 009	9,75	6 466 145	17,54	2 630 959	18,51	661 531	10,59
Construção	5 635 753	6,47	442 812	6,72	1 240 497	5,35	2 657 665	7,21	857 349	6,03	437 430	7,00
Comércio e reparação	15 484 670	17,78	1 193 932	18,13	3 672 694	15,84	6 917 869	18,77	2 482 446	17,47	1 217 729	19,50
Alojamento e alimentação	3 183 527	3,66	258 655	3,93	758 602	3,27	1 500 409	4,07	413 581	2,91	252 280	4,04
Transporte e comunicação	3 962 153	4,55	244 416	3,71	800 743	3,45	1 998 900	5,42	634 576	4,46	283 518	4,54
Administração pública	4 262 366	4,89	417 722	6,34	1 089 087	4,70	1 683 111	4,57	600 325	4,22	472 121	7,56
Educação, saúde e serviços	7 651 694	8,79	526 098	7,99	1 796 577	7,75	3 634 578	9,86	1 176 990	8,28	517 451	8,29
Serviços domésticos	6 658 627	7,65	490 237	7,44	1 491 386	6,43	3 198 606	8,68	901 458	6,34	576 940	9,24
Outros serviços coletivos	3 297 403	3,79	198 653	3,02	721 080	3,11	1 668 587	4,53	453 846	3,19	255 237	4,09
Outras atividades	5 943 416	6,82	249 543	3,79	930 883	4,02	3 392 062	9,20	902 360	6,35	468 568	7,50
Atividades maldefinidas	198 146	0,23	42 743	0,65	62 591	0,27	69 132	0,19	23 004	0,16	676	0,01

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004-2005.

A formalização do trabalho é bastante diferenciada entre os setores econômicos. Na agricultura, estima-se que 68% dos trabalhadores não possuem carteira de trabalho assinada (IBGE, 2005). Nos demais setores não agrícolas, a formalização da situação ocupacional situa-se em 53% no ano de 2005, variando por cada região, 38% na região Norte e 40% na região nordeste, 61% no Sudeste, 63% no Sul e 48 % no Centro Oeste. As diferenças de gênero são importantes, entre os homens ocupados, 57% possuem registro na carteira de trabalho e 47% das mulheres (IBGE 2005).

O trabalho formal significa proteção social, assegura a garantia de salário, direito a férias, a licença maternidade, a seguridade social, a aposentadoria e a indenização em caso de demissão. O trabalho formal como componente dos trabalhadores ocupados apresenta tendência de redução e aumento dos informais. Além deste, observa-se uma expansão de diversos níveis de precarização: terceirizados, temporários, em tempo parcial, por tarefas e trabalho familiar.

O sistema de Seguridade Social brasileiro teve uma significativa ampliação de sua cobertura a partir da Constituição de 1988, graças à ampliação dos direitos e garantias fundamentais em algumas iniciativas como as aposentadorias rurais.

Paradoxalmente, dependendo do nível de escolaridade, a remuneração do setor informal supera a do setor formal, indicando que a proteção legal gozada pelos trabalhadores do setor formal não lhes garante um maior nível salarial. Embora o setor formal garanta vantagens como férias, fundo de garantia, certa estabilidade no emprego e contribuição previdenciária patronal, tais vantagens parecem ser compensadas, no setor informal, por uma remuneração adicional. O diferencial de salários observados entre formais e informais decorre, na verdade, da melhor qualidade da força de trabalho empregada no setor formal. Isso significa que uma política eficiente de elevação dos salários reais passa mais pela melhor qualificação dos trabalhadores do que pela criação de leis que garantam benefícios trabalhistas (Menezes Filho et al, 2004).

Considerando a população acima de 10 anos de idade (PEA) ocupada, a cobertura da seguridade social do Brasil se situa em aproximadamente 47% dos homens e 46% das mulheres no ano de 2005. Na composição por sexo entre os trabalhadores que contribuem e os que não contribuem para a seguridade social, observa-se uma tendência maior de mulheres entre os não contribuintes (quadro 4 a seguir). Cabe destacar que esta cobertura não é igualitária, pois existem muitas categorias de contribuição, como assalariado, autônomo e empregador.

Quadro 4 – População Economicamente Ativa (PEA) ocupada segundo a contribuição para a Previdência Social por sexo - Brasil 2005

Gênero	PEA Ocupada	Contribuintes		Não Contribuintes	
		N	%	N	%
Total	87 089 976	41 087 832	100	46 002 144	100
Homens	50 436 228	24 153 335	58,78	26 282 893	57,13
Mulheres	36 653 748	16 934 497	41,22	19 719 251	42,87

Fonte: Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2005.

As diferenças da cobertura previdenciária por região geográfica podem ser visto no quadro 5 a seguir. A media brasileira de trabalhadores cobertos pela previdência social, reduz no nordeste para 29% e no sudeste sobe para 59%. A situação dos associados a algum sindicato é mais crítica, pois no Brasil apenas 18% da população ocupada refere

estar sindicalizada, estes valores são mais altos no Sul (23%) e no Sudeste (17%) brasileiro e muito mais baixos no Norte e no Centro-oeste (15%).

Segundo estimativa da OIT, cerca de 60 milhões de trabalhadores brasileiros estão inseridos no mercado de trabalho informal e/ou “precarizado”, descobertos da proteção da legislação trabalhista e do SAT - Seguro Acidente de Trabalho do Ministério da Previdência Social ([fonte de oit](#)). Cumpre ainda assinalar a existência de 5,7 milhões de crianças e adolescentes entre 5 a 17 anos inseridos em atividades produtivas. A economia informal não minimiza ou reduz a exploração, mas tem combinado flexibilidade e exploração, produtividade e abuso, empresários agressivos e trabalhadores desprotegidos (Ramalho, 2000).

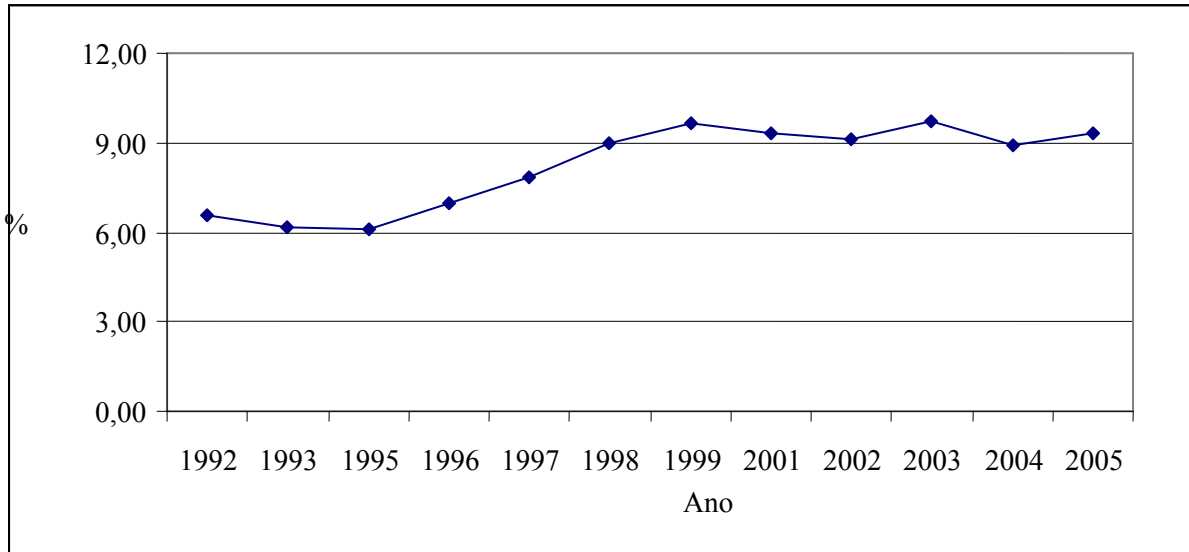
Quadro 5. População Ocupada, por grandes regiões, segundo a contribuição para Instituto de Previdência em qualquer trabalho e associação a sindicatos – Brasil, 2005.

	Grandes Regiões											
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	87.089.976	100	6.585.422	100	23.182.157	100	36.863.614	100	14.213.774	100	6.245.009	100
Contribuintes	41 287 747	47,4	2 212 263	33,6	6 646 967	28,7	21 662 646	58,8	7 671 481	54,0	3 094 390	49,5
Não-contribuintes	45 802 229	52,6	4 373 159	66,4	16 535 190	71,3	15 200 968	41,2	6 542 293	46,0	3 150 619	50,5
Associação a sindicato a												
Associados	15 983 590	18,4	971 544	14,8	4 351 869	18,8	6 427 066	17,4	3 263 774	23,0	969 337	15,5
Não-associados	71 106 386	81,6	5 613 878	85,2	18 830 288	81,2	30 436 548	82,6	10 950 000	77,0	5 275 672	84,5

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004-2005.

A tendência da situação do desemprego no Brasil apresenta um comportamento crescente a partir de 1995 e uma tendência de estabilização a partir do ano 2000, situando-se em torno de 9% a partir do ano de 1998 (IBGE, 2005), conforme gráfico 5 a seguir.

Gráfico 5. Taxa de desemprego (%) no Brasil por ano entre 1992 e 2005



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2005.

Para os trabalhadores sem vínculo formal de trabalho, e que representam mais da metade da força de trabalho brasileira, as estatísticas oficiais não se aplicam. Pode-se estimar em cerca de 19 milhões as pessoas que trabalham por conta própria ou pessoas que não têm remuneração (Pastore, 2003). Este mercado informal é formado, em sua metade, por pessoas que têm insuficiência de renda para se filiar à Previdência Social e a outra metade por menores de 16 anos, maiores de 60 anos e trabalhadores nas de empresas de pequeno porte. Segundo os dados do SEBRAE, das 4.124.343 empresas formais e informais, 4.082.122 (98%) são micro e pequenas. É nesses segmentos que o emprego informal e formal floresce conforme tendência observada no final da década de 90, em que 55% dos novos postos de trabalho surgiram nas micro e pequenas empresas (Pastore, 2003).

O Brasil não conta com sistema de informação que identifique os riscos dos trabalhadores por conta própria, domésticos, servidores públicos, rurais e autônomos. Um inquérito de base comunitária conduzido em Salvador/Bahia, identificou a incidência anual de acidentes de 5,80%, discretamente maior entre trabalhadores sem contrato de trabalho e em mulheres que foi de 5,92% (Santana, 2003; Santana & Loomis, 2004). Estes trabalhadores normalmente estão inseridos nas atividades com maior *perigo* e não contam com proteção de seguridade social.

Os custos dos acidentes de trabalho raramente são contabilizados. O estudo do custo do acidente de trabalho no Brasil de Pastore (2001) tomou por base os registro e a arrecadação da Previdência social e estimou este custo em R\$ 20 bilhões (10 bilhões de dólares) por ano. Santana (2006) descreve que as compensações salariais por afastamento temporário do trabalho representaram 71,4% dos custos previdenciários, o

pagamento de aposentadorias por incapacidade permanente foi de 15% , pensões por morte 10,6% e indenizações por acidentes 3,0%. Refletem a baixa efetividade das políticas e programas de prevenção de agravos à saúde no trabalho. Tais valores limitam-se aos custos econômicos e não incluem aqueles decorrentes dos impactos emocionais e familiares, dificilmente mensuráveis.

5. Conflictividad social en torno al derecho a la salud en el trabajo

O Brasil conta com 4.250 sindicatos de empregadores e 8.466 sindicatos de trabalhadores, destes 3.443 (41%) estão registrados no Ministério do Trabalho até o ano de 2007 em 20 centrais sindicais. A Central Única dos Trabalhadores (CUT) concentra 51% dos sindicatos cadastrados (MTE,2007b).

A sindicalização no Brasil se dá, prioritariamente, no setor agrícola e industrial para os homens, embora com grande abrangência nacional o setor de comércio ainda se situa em quarto lugar na proporção de trabalhadores sindicalizados. Enquanto entre as mulheres o setor agrícola é acompanhado do setor de educação e saúde e seguido pelo setor industrial, conforme quadro 6, a seguir.

Quadro 6. Trabalhadores sindicalizados por setor da economia e sexo- Brasil, 2004.

Setor	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Agricultura	2.616.983	27,51	1.550.320	25,28	4.167.331	26,64
Indústria	2.124.658	22,33	726.972	11,86	2.851.652	18,23
Construção	387.006	4,07	17.895	0,29	404.905	2,59
Comércio	961.094	10,10	697.335	11,37	1.658.439	10,60
Alojamento e Alimentação	150.386	1,58	134.552	2,19	284.940	1,82
Transporte e comunicação	870.973	9,16	122.671	2,00	993.653	6,35
Administração pública	683.640	7,19	435.958	7,11	1.119.605	7,16
Educação, saúde	544.747	5,73	1.716.423	27,99	2.261.176	14,45
Serviços domésticos	15.290	0,16	98.244	1,60	113.534	0,73
Outros serviços coletivos	210.764	2,22	150.269	2,45	361.035	2,31
Outras atividades	936.031	9,84	476.008	7,76	1.412.049	9,03
Atividades mal definidas	11.900	0,13	5.133	0,08	17.033	0,11
TOTAL	9.513.472	100	6.131.780	100	15.645.352	100

Fonte: IBGE, PNAD - Elaboração: DIEESE, 2005

OBS. Pessoas de 18 anos ou mais de idade, ocupadas no período de referência de 365 dias.

O conteúdo a seguir transcreve integralmente o documento de Ramalho (2000), que discute a pressão da reestruturação industrial sobre o modelo sindical adotado no Brasil. “A avaliação é que a introdução de novas formas de gestão da força de trabalho, sobretudo nas empresas associadas a cadeias produtivas globais, em conjunto com transformações na organização da produção e na estrutura de emprego, colocam novas questões, exigindo novas posturas e pondo em xeque a força de barganha acumulada anteriormente. Nos municípios de Santo André, São Bernardo e São Caetano no Estado de São Paulo, observa-se que a experiência acumulada do sindicato dos metalúrgicos e seu poder de representação no chão-de-fábrica lhes confere um considerável poder de

negociação. A experiência das Câmaras Setoriais é, provavelmente, o exemplo mais importante da capacidade propositiva de negociação nos anos 90 e protagonizada pelo sindicalismo ligado ao setor automobilístico. Identificam uma mudança no interior da CUT, de uma atuação mais de confronto para um comportamento de "cooperação conflitiva", em que o conflito é explicitado, mas há também uma preocupação com a dimensão da cooperação. A crise do modelo de sindicato criado pelo "fordismo", sobre sua quase incapacidade de reagir ao desmonte dos direitos sociais em escala global e enfatiza a discussão de temas como: novas formas de contrato de trabalho, manutenção dos direitos trabalhistas e sociais e a capacidade de os sindicatos se associarem a outros movimentos sociais. No que diz respeito ao Brasil, considerando a realidade de um país dependente e fortemente vinculado à lógica de funcionamento do capitalismo global, a discussão sobre trabalho e sindicato deve estar referida à questão social em uma problemática que associa a reestruturação produtiva a um contexto de graves problemas de desigualdade e redução de postos de trabalho (Ramalho, 2000).

Premido pela crise de desemprego aberto, pela diminuição do número de associados, pela reestruturação produtiva que se acompanha da desregulamentação de direitos trabalhistas e previdenciários; o movimento sindical brasileiro adota estratégias ligadas à terceirização de assessorias jurídicas e de medicina e segurança do trabalho, desmonta valiosas experiências historicamente acumuladas e avança pouco na proposição de cláusulas em saúde e trabalho, a ponto de tornarem-se bastante repetitivas e de na prática ser muito discutível sua efetividade (Lacaz e Campos, 1994). De certa forma estas posições são reflexos da mudança de estratégia do movimento sindical que ressurgira no final dos anos 70, o qual passou da posição de confrontação com o capital para a postura de uma certa conciliação, ou "cooperação conflitiva" (Rodrigues, 1995), resultado da própria modificação da formação sócio-cultural e dos hábitos de consumo das novas gerações de associados dos sindicatos representativos dos trabalhadores das indústrias automobilísticas, por exemplo (Rodrigues, 1995). Representam também a falta de raízes dos sindicatos dentro das empresas, na medida em que a possibilidade de organização por locais de trabalho (OLT) é ainda um horizonte longínquo, seja porque negado pelo patronato, seja porque não enfrentado cabalmente pelo movimento. (Lacaz, 2000)

6. Experiencias desde los propios trabajadores/as.

As dimensões geográficas e populacionais do Brasil favorecem iniciativas de inúmeras organizações em defesa da Saúde do Trabalhador. Cabe destacar as de caráter nacional e as que encerram atividades concretas, para além de participação em movimentos, congressos e conselhos, sem desmerecer a relevância deste tipo de atividade.

Em sua quase totalidade as associações e movimentos organizaram-se a partir da luta pela proteção à saúde a partir de doenças específicas. Assim ocorreu com a Associação dos Portadores de LER/DORT dos Estados da Bahia e de São Paulo, Associação dos Portadores de Benzenismo, em Volta Redonda- estado do Rio de Janeiro e Associação dos Portadores de Doenças Ocupacionais de Brasília. Suscitado pelo SUS, no Estado do Rio de Janeiro foi criado do Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador (CONSEST) em 1991 e no município de São Paulo a Plenária Municipal de Saúde do Trabalhador de São Paulo, originada em 1993 na luta contra o desmonte do Programa de Saúde do Trabalhador do município, tornou-se um marco desta luta e um protagonista de vanguarda dos mais diferentes fóruns de discussão e de ações em defesa da saúde dos trabalhadores além de assumir o verdadeiro sentido de controle social no SUS a despeito de sua institucionalização.

Seguramente muitos outros movimentos e associações existem. Para ilustrar a dimensão e o esforço das muitas organizações no Brasil, será descrito as atividades da

Associação dos Expostos ao Amianto – ABREA. As informações aqui descritas foram retiradas do site (www.abrea.org.br).

A ABREA foi fundada em 1995 por alguns ex-funcionários da empresa Eternit, em Osasco/ São Paulo com principal objetivo de esclarecer a todos sobre os problemas causados pelo amianto, além de conscientizar a população em geral, a associação também cadastra e encaminha as pessoas expostas ao amianto para exames médicos. Através da ABREA hoje se reconhece no país a existência de, no mínimo, 2.500 vítimas com processos de indenização judiciais e extrajudiciais, somente nas empresas multinacionais de cimento-amianto e da mineração. A ABREA possui atualmente cerca de 1.000 associados que se encontram em estágio avançado de doenças relacionadas com o amianto. Além da sede de São Paulo, possui representações e associados no Rio de Janeiro (onde estavam localizadas as fábricas de artefatos de amianto Eternit e Asberit) e na Bahia (mineração e produção). Formalmente a ABREA tem como propósitos assegurar a confirmação diagnóstica, revisão de acordos extrajudiciais, criação de um banco de dados e intensificar o intercâmbio com entidades internacionais de defesa do meio-ambiente, da saúde pública e dos trabalhadores. No caso brasileiro, até o momento, temos a proibição aprovada e mantida em apenas dois Estados, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, já que as leis de São Paulo e Mato Grosso do Sul foram derrubadas por decisão do Supremo Tribunal Federal em 8/5/2003, em mais de 50 municípios brasileiros, especialmente os das regiões Sudeste e Sul, tramitam ou já há leis aprovadas proibindo os usos do amianto. Desde 2006 as empresas são obrigadas a informar anualmente a listagem de trabalhadores expostos ao SUS (www.abrea.org.br).

7. Estudos de caso

Existe uma grande dificuldade em eleger casos que ilustrem a violação do direito a saúde no trabalho. Cada um dos milhares de casos de acidentes ou doenças podem ser descritos neste tópico. Elegeu-se dois casos que abarcam o problema sob duas vertentes: a falta de reconhecimento do adoecimento pela previdência social e os óbitos por exaustão no trabalho, que ilustra a contradição tecnológica e as condições de trabalho degradantes.

1. Falta de reconhecimento do nexa entre a doença e a exposição

Caso 1. Ex-funcionário de Empresa química apresenta contaminação por produtos químicos (Carvalho, 2005).

Desde 1996 afastado da função de encarregado de almoxarifado da empresa Vedacit do Nordeste S/A, fabricante de tintas e vernizes, O.V.B, 48 anos, atribui os sérios problemas de saúde que o tem vitimado contaminação por produtos químicos. Depois da retirada de seis tipos de câncer: de pele, da vesícula, reóide e de ter descoberto, mais recentemente, o comprometimento do funcionamento do fígado, O.V.B ta há um ano para que a empresa reconheça a contaminação e passe a lhe dedicar os direitos de um abalhador acometido por doença ocupacional. O diagnóstico se deu por oito biópsias atestaram a ontaminação por agentes químicos. A empresa se nega a reconhecer e informa que o trabalhador foi astado do trabalho em função de problemas psicológicos e não em consequência de contaminação. Além do mais, ele não tinha contato algum com produto químico. Recebia tudo embalado em tambores e ombonas". O.V.B move dois processos que move na Justiça contra a empresa. Na Justiça do Trabalho, luta é por assistência adequada à saúde, enquanto que um outro processo civil pleiteia indenização or danos morais. A esposa relata que enquanto trabalhava na Vedacit o marido sofria desmaios onstantes e que trabalhava exposto ao cheiro dos produtos químicos que eram armazenados em nques em frente à sua sala. "Ele é quem fazia o engate e medição das matérias-primas como asfalto, catrão bruto de hulha, benzoato de sódio, carbonato de cálcio, xileno, creosoto e inúmeros outros. Na poca, até pó da china era utilizado na empresa. Antigamente não existia segurança no trabalho como iste hoje. O funcionário manipulava qualquer produto usando só uma máscara". Há um ano a família assou a atribuir problemas de saúde à contaminação química por ter sido alertado por um médico que entou para isso porque teve lesões cancerígenas em áreas fotoprotegidas, como na base do pênis, o ue é raríssimo e com base em exames, relatórios e parecer de várias especialidades médicas. O exame

pesquisa de mutação de gens descarta a possibilidade da doença ter caráter hereditário" acrescentou esposa. A família reclama do descaso com a saúde e relata "a piora a cada dia, sem qualquer apoio da empresa". O filho refere que embora mal, a maior dor dele é que a empresa tem consciência de que ele foi contaminado na empresa e que esta, não reconhece. Os Processos são lentos apesar da Lei de acidente de Trabalho, nº 6.367/76, reconhecer as doenças ocupacionais como lesões decorrentes do exercício do trabalho, o amparo legal é difícil, principalmente nos casos de doenças cujos sintomas podem aparecer anos depois do profissional ter se afastado do posto de trabalho. Como estes, outros casos como o de D. O. com leucopenia atribuída a contaminação por benzeno depois de 26 anos de trabalho no Poló Petroquímico foi aposentado por tempo de serviço. O médico perito do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS) explica que há dificuldade de atestar uma doença ocupacional "Se não houver provas in contesti de que a doença foi mesmo causada em função da atividade desempenhada na empresa, nenhum médico perito pode criar este julgamento se o caso for ainda discutível". O mais fácil de ser reconhecido é o acidente típico, cujo evento é provado no tempo e no espaço. Já a doença do trabalhador (aquela que tem nexos presumido com a atividade exercida) e a doença profissional (a qual, mesmo não tendo função diretamente associada ao fator de risco, pode ser desenvolvida em função da permanência e exposição ao ambiente de trabalho) dependem de uma perícia mais apurada por parte dos técnicos do INSS - únicos profissionais legalmente aptos a caracterizar uma doença ocupacional. Justifica que muitas das ações são constantemente questionadas, seja pela empresa ou pelo trabalhador. "A emissão de um diagnóstico pelo Serviço de Saúde do trabalhador do SUS não dá um parecer final. Para ter valor legal ela precisa ser caracterizada tecnicamente pela perícia médica do INSS". Nos casos que sejam ainda discutíveis, resta ao trabalhador buscar a Justiça do Trabalho, que pode designar um perito de confiança para emitir um novo parecer.

Caso 2. Morte de Trabalhadores por Exaustão em Plantação de Cana de Açúcar

A descrição sumária e inicial do problema consta do artigo de Toledo (2005).

Na década de 1990 a região de Ribeirão Preto em São Paulo/Brasil produzia 65 milhões de toneladas de cana e passou para cerca de 90 milhões na safra de 2006. Este aumento não se deveu a incorporação de tecnologia, mas ao aumento do esforço humano. No mesmo período, os trabalhadores passaram a cortar, em média, 12 toneladas diárias de cana, comparados com as 8 toneladas colhidas na década de 1980. Para cortar 10 toneladas de cana por dia, um trabalhador precisa desferir 9.700 golpes de podão -instrumento usado no corte.

Homens e mulheres possuem uma difícil rotina desde 1982, acordam às 4 horas, viajam quase uma hora por rodovias vicinais esburacadas e estradas de terra, começa a trabalhar três horas depois, almoço é às 10h, de forma improvisada, sentado em um cantil no meio do canavial. O salário de um dos homens é R\$550 (280 dólares) e vive longe da família pra quem envia R\$ 300 (150 dólares), o salário da mulher chega a R\$400 (duzentos dólares). Cada tonelada de cana-de-açúcar queimada cortada rende em média R\$ 2,20 (1,10 dólar) ao bóia-fria. Um cortador eficiente ganha cerca de R\$ 600 (300 dólares) brutos por mês. Na região de Ribeirão Preto (SP) são estimados a existência de 40 mil trabalhadores no corte de cana-de-açúcar. A UNICA, entidade que representa o setor empresarial produtor de cana, açúcar e álcool no Estado de São Paulo, informou, por meio de nota enviada ao Jornal Folha de São Paulo, que defende e orienta todos os associados para que cumpram rigorosamente a legislação em vigor. No Estado de São Paulo existem cerca de 11 mil proprietários de pequenas e médias propriedades que empregam aproximadamente 250 mil trabalhadores.

Para melhor compreensão do problema, o texto a seguir transcreve a discussão realizada por Alves (2006). O processo de trabalho dos cortadores de cana passou por mudanças significativas da década de 1980 até a presente década. Na década de 1980 o setor sucro-alcóoleiro vivia o seu período áureo incentivava a produção de álcool hidratado e anidro. Em decorrência cresceu a produção de cana-de-açúcar, destilarias e usinas. Naquele período cresceu também a produtividade da cultura agrícola,

medida em quantidade de cana por hectare ocupado, que saiu de 50 toneladas por hectare e atingiu mais de 80 toneladas, entre as décadas de 1950 e 1980. Cresceu também a produtividade do trabalho no corte de cana, medida em toneladas de cana cortadas por dia por homem ocupado. Se na década de 1960 a produtividade do trabalho era, em média, de 3 toneladas de cana por dia de trabalho, na década de 1980 a produtividade média passa para 6 toneladas de cana por dia por homem ocupado e no final da década de 1990 e início da presente década, atinge 12 toneladas de cana por dia. O desgaste físico desta atividade é comparado por Alves (2006) a um corredor fundista, porque os trabalhadores com maior produtividade não são necessariamente os que têm maior massa muscular, são os que têm maior resistência física para a realização de uma atividade repetitiva e exaustiva, realizada a céu aberto, com vestimentas pesadas e quentes, sob o sol, na presença de fuligem, poeira e fumaça, em alguns casos, e por um período que varia entre 8 a 12 horas de trabalho diário.

Um trabalhador que corte 6 toneladas de cana, caminha uma distância de aproximadamente 4.400 metros, despende aproximadamente 50 golpes com o podão para cortar um feixe de cana, o que equivale a 183.150 golpes no dia (considerando uma cana em pé, não caída e não enrolada e que tenha uma densidade de 5 a 10 canas a cada 30cm). Além disso, ele anda 4.400 metros por dia, mas transporta, em seus braços, 6 toneladas de cana, com um peso equivalente a 15 Kg, a uma distância que varia de 1,5 a 3 metros. Este dispêndio de energia sob o sol, com roupas pesadas e grossas, leva a que os trabalhadores suem abundantemente, cerca de 8 litros de água e percam água e sais minerais que leva a desidratação e a freqüente ocorrência de câimbras. As câimbras começam, em geral, pelas mãos e pés, avançam pelas pernas e chegam no tórax, o que provoca fortes dores e convulsões, que fazem pensar que o trabalhador esteja tendo um ataque nervoso. Para conter as câimbras e a desidratação, algumas usinas já levam para o campo e ministram aos trabalhadores soro fisiológico e, em alguns casos suplementos energéticos, para reposição de sais minerais.

A partir da década de 1990 houve um grande aumento da produtividade do trabalho demanda-se dos trabalhadores cortar no mínimo 10 toneladas de cana por dia, com média de 12 toneladas/dia.

Como desdobramentos destas mortes, três audiências públicas ocorreram no município de Ribeirão Preto, sede das maiores usinas de açúcar e álcool do país. Esta discussão foi publicado por Silva (2006). A pujança do agronegócio do setor sucroalcooleiro e a ideologia desenvolvimentista, ancorada no progresso econômico esteve embutida nos discursos em vários momentos. É necessário inaugurar uma nova linguagem que rompa com paradigmas estruturais da ideologia do desenvolvimento, que se arrastam no discurso político desde a década de 1950, ecoando no imaginário social oficial. O debate das questões levantadas visa o rompimento do processo de aniquilamento físico e social instaurado pelos representantes de grandes empresas nacionais e internacionais com a convivência do Estado. Desmistificar a ideologia do progresso, do moderno, traduzida pelas grandes máquinas e pela informatização, é uma maneira de revelar o escondido, de trazer à tona o submundo deste trabalho e a banalização da injustiça social imposta. É o primeiro passo para a redescoberta da ação, do fazer política, da recriação da condição humana do trabalho e dos trabalhadores e do fim da banalização da morte e da vida (Silva, 2006).

8. Cambios en el mundo del trabajo, globalización y salud en el trabajo

A globalização, reestruturação produtiva e as políticas neoliberais conformam uma conjunção de forças políticas e sócio-econômicas que instaura uma inusitada tendência no modelo capitalista tradicional, o crescimento econômico sem a proporcional geração de empregos, assumindo o desemprego, a exclusão social como uma tendência inevitável (Druck & Franco, 1998). Os reflexos da conjuntura deste novo “mundo do

trabalho” se expressam na saúde, pela degradação das condições de trabalho associada à inserção de novas tecnologias implementando o convívio de situações “antigas” e “novas” e associando à exposição dos clássicos fatores de risco, “novos” riscos e cargas introduzidos pelas inovações organizacionais (Ribeiro, 1999).

As conseqüências para a saúde dos processos de trabalho degradados encontram balizamento nas análises de Wisner (1994) que se expressam com perfeição na realidade Brasileira, que destaca a questão da transferência tecnológica, como um problema de dimensões ampliadas que apresenta repercussões negativas na área da saúde e da economia. Na área da saúde: 1) uma elevada freqüência de acidente de trabalho, incluído o efeito da degradação viária nos acidentes de trajeto e na letalidade; 2) uma ampliação notável das doenças profissionais, além de toda gama de afecções ligadas ao trabalho ainda não respaldadas pelas instituições médicas e trabalhistas e 3) o aparecimento de problemas ligados às doenças do desenvolvimento industrial e urbano.

É neste cenário que a significação do trabalho se complexifica, determinando fatores agressores à saúde dos trabalhadores, onde a clássica relação exposição/efeitos, acumula “antigas” e “novas” variáveis decorrentes das inovações do mundo do trabalho, numa dinâmica que supera os cortes tecnológico, organizacional e acrescenta os aspectos subjetivos do trabalhador, a ameaça permanente do desemprego, as dificuldades de organização, a descrença nos valores tradicionais e a inércia do Estado no trato deste novo cenário.

Subjacente a essa trajetória, deve-se considerar que foram colocados em marcha no Brasil, nas últimas décadas, os mecanismos de precarização do trabalho. Assim, no âmbito do movimento mundial de reestruturação produtiva, a adoção de práticas de gestão 'modernas' - tal como a terceirização disseminada e extensiva mesmo à operação e manutenção de setores industriais de alto risco - tem resultado, por um lado, na precarização das condições de trabalho, na fragilização das ações coletivas e de resistência individual, em condições de segurança industrial mais vulneráveis e em sujeição aos agravos à saúde, pelo menos em alguns contextos. Por outro lado, práticas de gestão desta natureza têm projetado um manto de invisibilidade política e social sobre o mundo real do trabalho, ocultando os seus problemas, contradições e alternativas de solução, diluindo e fragmentando os sujeitos sociais. (Druck & Franco, 1998)

Lacaz (2000) localiza a situação brasileira com a discussão apresentada a seguir. A gestão da força-de-trabalho, a desregulamentação/precarização das relações de trabalho sob o neoliberalismo globalizado interfere na constituição das identidades coletivas e no reconhecimento que constrói as subjetividades. Diante desse quadro, a intensificação do trabalho, a polivalência e a submissão impõem-se de forma gritante, o que origina situação propícia a mudanças do perfil patológico das populações trabalhadoras. Assim, no Brasil enquanto se anuncia “fim do trabalho”, observa-se o surgimento de patologias decorrentes da cada vez maior sobrecarga, isto é: o *bun out*, as LER, as alterações cognitivas, as tentativas de suicídio no locais de trabalho, os indicadores de estresse no trabalho. Um novo perfil patológico configura-se com maior prevalência doenças crônicas, cujo nexos de causalidade com o trabalho não é mais evidente, proliferam as doenças cárdio-circulatórias, gastro-cólicas, psicossomáticas, os cânceres, a morbidade músculo-esquelética expressa nas lesões por esforços repetitivos (LERs), às quais somam-se o desgaste mental e físico patológicos e mesmo as mortes por excesso de trabalho (“karosh”) e as doenças psico-afetivas, neurológicas ligadas ao estresse (Gorender, 1997 e Lacaz, 2000) um mal estar difuso (Seligmann-Silva, 1997) e por doenças que ocorrem na população geral, mas que entre os trabalhadores passam a

ocorrer em faixa etária mais precoce quando comparada com a população geral (Lacaz, 2000). Dados de mortalidade da região do ABCD paulista para a década de 1980 demonstram esta tendência de maneira clara (Lacaz, 2000). São mortes por doenças cardíaco-vasculares que podem relacionar-se à baixa autonomia de decisões no trabalho, às atividades pouco criativas e ao pequeno apoio social (Marmot & Theorell, 1988). A isto se somam as mortes por causas externas, relacionadas à violência dos centros urbanos, muitas delas como resultado dos acidentes de trajeto ou do trabalho (de trânsito) dos condutores de ônibus e veículos de carga (de Lucca & Mendes, 1993) e pelos cânceres relacionados ao uso de substâncias químicas cada vez mais tóxicas (Mendes, 1988).

Um dos aspectos mais violentos da precariedade do trabalho reside na persistência da exploração do trabalho de crianças e adolescentes. No Brasil, 3,5 milhões de trabalhadores tem menos de 16 anos e apenas alguns poucos trabalham legalmente na condição de aprendiz. Trabalho infantil e trabalho escravo expressam uma dimensão quantitativa de problemas identificados, porém os aspectos essenciais relativos à economia, aos impactos sociais e, sobretudo à saúde continuam em grande parte invisíveis nas estatísticas e nos estudos epidemiológicos. Entre os trabalhadores infantis 65,1% são homens, 33,5% trabalha 40 horas ou mais por semana, 48,6% não tem remuneração, mais da metade utiliza produtos químicos, máquinas, ferramentas ou instrumentos no trabalho e 80% combina o trabalho com a frequência à escola. A maior parte trabalha em atividade agrícola (43,4%), porém este percentual é mais elevado nas faixas etárias mais jovens, alcançando 75,9%, no grupo de 5 a 9 anos, e 56% no grupo de 10 a 14 anos. Sabe-se também que mais de 80% dos trabalhadores infantis estão no setor informal e que o serviço doméstico é uma das principais atividades produtivas urbanas. (Brasil, 2004). A questão do trabalho infantil, acompanha a própria trajetória do país enquanto colônia, quando crianças descendentes de negros e índios eram obrigadas a incrementar a mão-de-obra das fazendas. De lá para cá, expandiram-se as frentes de trabalho até chegar, inclusive, aos soldados e aos “aviões” na venda de drogas.

O trabalho escravo ainda existe em quase todos os estados do Brasil. Envolve produtores e empresas dos mais variados tipos. As vítimas da escravidão têm todas as idades e dois, em cada três delas, são do nordeste. Esta prática perdura, sobretudo, nas áreas onde ainda acontece um desmatamento mais intenso de vegetação nativa, visando à expansão do agronegócio exportador em grandes latifúndios monocultores. Segundo dados divulgados pela Secretaria de Inspeção do Trabalho, até 2005, foram fiscalizadas 1.310 fazendas e liberados 14.569 trabalhadores, com pagamento de indenizações. A pecuária foi a principal atividade das fazendas onde foi encontrado trabalho escravo (80%). Também foi criado nesse Ministério, em 2004, o Cadastro de Empregadores (“Lista Suja”), referente àqueles que foram flagrados pela fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego explorando mão-de-obra escrava e, entre outras sanções, ficam impedidos de obter empréstimos com recursos públicos. Nesse mesmo ano, o Ministério do Trabalho já divulgou três listas que integram o Cadastro e incluem 163 nomes, entre fazendeiros e empresas autuados (Brasil, 2004).

9. Escenario futuro

A história social e econômica do Brasil ilustra bem o processo de concentração de renda e de desigualdade social que o modelo neoliberal pode impor a uma sociedade numa economia rica.

As mudanças presentes no mundo do trabalho no Brasil acompanham o movimento mundial de reestruturação produtiva e a globalização dos mercados, evidenciando um novo perfil da força de trabalho. Embora permaneçam formas

tradicionais e arcaicas de produção, a rápida incorporação de inovações tecnológicas na produção de bens e serviços, aliado aos problemas estruturais históricos, trazem profundas conseqüências para a vida e a saúde dos trabalhadores. Nas últimas décadas, vêm-se constatando grandes alterações na dinâmica de emprego e na composição da força de trabalho urbana e rural: redução do trabalho industrial, crescimento do setor de serviços, terceirização, redução do grau de formalização dos vínculos trabalhista nas empresas e instituições (informalidade, cooperativas), desemprego, aumento acelerado de diferentes formas de precarização do trabalho no amplo leque de ocupações do setor informal (incluídas as ocupações à margem da legalidade) e exclusão social. (Brasil, 2004)

É nas micro e pequenas que o emprego, sobretudo o informal, mais cresce. A gravidade da precarização e do desemprego, quando instalados, está na tendência a se perpetuarem, dada a ausência de alternativas previsíveis. Passam a fazer parte da dinâmica de erosão de uma modernidade que aponta para a desagregação da sociedade do trabalho e do modelo do Estado do bem-estar social, cujas bases de sustentação pressupunham o pleno emprego, a estabilidade e a seguridade social. Não cabe esperar que a lógica do livre jogo das regras do mercado possibilite reabsorver essa população deslocada, à margem de qualquer sistema previdenciário. Competividade e rentabilidade não combinam bem com solidariedade e coesão social (Brasil, 2004).

Diante deste quadro, é preciso considerar como desafios não apenas a crescente exclusão social, mas também a geração de escassez/penúria social pela destruição ambiental dos atuais padrões civilizatórios. O desafio político, social e científico consiste na construção histórica de sociedades com desenvolvimento socioambiental, que são hoje as duas faces da mesma moeda. Equidade social e inserção humana consciente no meio ambiente (Druck & Franco, 1998).

Por todos esses aspectos e pela complexidade dos desafios criados, importa considerar que a redefinição dos padrões de produção e consumo - no sentido de um desenvolvimento sustentável com equidade social - depende da existência e atuação de sujeitos sociais com visibilidade social, não podendo advir das leis cegas de mercado nem de formulações pseudocientíficas que justifiquem seja a política de degradação do meio ambiente - que gera mais escassez social a médio e longo prazo, sobretudo nos países periféricos - seja a política de exclusão e apartação social que tem prevalecido, até então, nos países nucleares e periféricos. (Druck & Franco, 1998)

O Brasil situa-se entre um dos países com maiores desigualdades sociais do mundo. Segundo dados do IBGE, os 10% mais ricos da população detinham 50% do total da renda nacional, enquanto os 10% mais pobres ficaram com apenas 1%. Os negros são 47,3% da população brasileira, mas correspondiam a 66% do total de pobres. O rendimento das mulheres representava 60% do rendimento dos homens no mesmo posto de trabalho. No ano de 2004, cerca de um terço da população brasileira foi considerada pobre, definidos os indivíduos cuja renda familiar *per capita* é inferior ao valor necessário para atender a todas as necessidades básicas (alimentação, habitação, transporte, saúde, lazer, educação, etc.). Os considerados indigentes, aqueles cuja renda familiar *per capita* é inferior ao valor necessário para atender tão-somente às necessidades básicas de alimentação, somaram 8% e encontram-se sobretudo na área rural brasileira (13,3%) (Rocha, 2006).

A violência, sobretudo nas grandes metrópoles, expressa em formas e espaços distintos, vem agravar o conjunto de contradições da vida contemporânea, constituindo-se em mais um efeito nefasto das atuais transformações. As repercussões para a saúde, de natureza diversa, situam-se no cerne dessa problemática que afeta os trabalhadores ainda inseridos no mercado formal, sobretudo os terceirizados, mas

reflete-se, particularmente, no grande contingente de excluídos e em segmentos mais vulneráveis do mercado informal, em contínua expansão. Dentre estes, os que exercem atividades com expressivo impacto nas taxas de morbi-mortalidade, não contempladas nos estudos sobre o trabalho informal, por razões que vão desde a falta de reconhecimento social a seu caráter de ocupação à margem da legalidade.

O desafio, na conjuntura atual, está em avançar na meta de universalização do seguro previdenciário. Para isso, o sistema de Seguridade Social necessitaria de uma readequação. O setor informal em sua composição traz três componentes fundamentais para sua consideração: o número de trabalhadores envolvidos, a capilaridade de sua dispersão espacial e a disparidade de formas de organização e de produção que constituem o setor. Portanto, para que seja possível uma política de seguridade social para o setor informal é necessário a adequação a estas características (Brasil, 2004).

Pochmann (2007) na situação brasileira atual, *de certa forma o trabalho vem sendo secundarizado*; ele não é o eixo, por exemplo, das políticas de inclusão, e há uma visão mais assistencialista o substituindo, quando todos nós sabemos que o trabalho é o principal elemento de inclusão social, é ele que estrutura na verdade uma sociedade. Nesse sentido, eu não tenho dúvidas que nós precisamos reconstituir uma agenda pública na questão do trabalho. O mercado de trabalho atual, no caso brasileiro, vive um movimento de desestruturação, porque entre 1930 e 1980 o Brasil estruturou seu mercado de trabalho em função do ciclo da industrialização, do crescimento econômico de 6 a 7% ao ano durante 50 anos. Essa estruturação significou o fortalecimento dos trabalhadores urbanos e da classe média, e a produção do desemprego e da informalidade. Dos anos 1980 para cá, o Brasil vem vivendo um quadro de semi-estagnação da sua economia, e o resultado disso, no mercado de trabalho, é a perda de participação do emprego assalariado, aumento do trabalho precário e aumento do próprio desemprego. Uma característica é um mercado de trabalho desestruturado e flexibilizado num ambiente de ausência de representantes de trabalhadores e a construção no País do padrão de emprego asiático, que é um emprego de baixa remuneração, com alta rotatividade – basicamente 40% dos trabalhadores no Brasil têm rompido seu contrato de trabalho a cada ano, em geral trabalhadores com salário mais alto são trocados por trabalhadores com salários menores – e alta jornada de trabalho.

A visão de agentes multilaterais, como o Banco Mundial, é a de que o sindicato está em fase de extinção. Eles propõem inclusive a constituição de ONG's preocupadas com temáticas vinculadas à pessoas que trabalham e não trabalham. Estamos também vivendo uma transição do ponto de vista da organização sindical, comparável ao que ocorreu no final do século XIX, início do século XX, quando transitamos do sindicato de ofício para os sindicatos industriais (Pochmann, 2007).

No que tange a situação socioeconômica, a concentração de renda ainda é gigantesca e não apresenta sinais de mudança. No Brasil 30% da população ocupada situa-se na faixa dos 40% mais pobres e 8% na faixa dos 10% mais ricos em 2005. O rendimento médio mensal dos mais pobres é de R\$ 226,32 reais ou aproximadamente 114 dólares. Entre os mais ricos, o rendimento mensal é de R\$ 3.579,82 ou aproximadamente 1.800 dólares, a relação entre os rendimentos é de 15 vezes (IBGE 2004).

Políticas assistencialista de garantia de subsídios mínimos aos mais pobres não apresentação se inserem no modelo de crescimento econômico que por sua vez pouco tem refletido as discussões ambientais e não inclui a garantia da saúde e da vida humana.

Uma avaliação política do governo brasileiro, entretanto, não é uma tarefa fácil. Esperanças e frustrações estão mutuamente imbricadas. A crítica no interior da esquerda brasileira e internacional vem se intensificando e isso não é por acaso: muitas ações do governo estão em contradição com o programa de governo apresentado pelo PT nas eleições e contrariam a tradição programática deste que é o maior partido de esquerda na América Latina. A política econômica restritiva, como consequência direta da continuidade do pagamento da dívida, perpetua a dependência econômica do país e reduz a margem de manobra política e social do governo, impedindo importantes mudanças de interesse da maioria da população. O governo está composto por uma ampla aliança de diversos partidos, que representam interesses contrários no interior da sociedade brasileira (Andrioli & Schmalz, 2006).

10 . Bibliografia Consultada

- Alves F. **Por que morrem os cortadores de cana?** [texto on line].2006. Disponível em <URL:<http://www.pastoraldomigrante.org.br>>.[01 junho 2007].
- Andrioli AI & Schmalz S. O governo Lula: continuidade da política neoliberal no Brasil. **Revista espaço acadêmico**. 2006; 62. Disponível em <URL:<http://www.espacoacademico.com.br/062/62andrioli.htm>>.[01 junho 2007].
- Binder, Maria Cecília Pereira e CORDEIRO, Ricardo. Sub-registro de acidentes do trabalho em localidade do Estado de São Paulo, 1997. **Rev. Saúde Pública**. 2003, 37(4): 409-416.
- Brasil, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. [texto on line].Disponível em <URL:<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>> .[14 maio 2006].
- Brasil, 1991. **Lei Orgânica da Saúde**- Lei 8080. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <URL:<http://www.soleis.adv.br/leiorganicadasaude.htm>> . [01 junho 2007].
- Brasil. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. [texto on line].2004. Disponível em <URL:http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/insumos_portaria_interministerial_800.pdf> . [01 junho 2007].
- Carvalho F. Ex-funcionário da Vedacit diz ter sido contaminado por produtos químicos.Aqui Salvador em 23/02/2005. **Jornal Correio da Bahia**. 2005 fev 23. Disponível em <URL:http://www.correiodabahia.com.br/aquisalvador/noticia_impresao.asp?codigo=33884> . [01 junho 2007].
- CORDEIRO R, SAKATE M, CLEMENTE, AP G. et al. Underreporting of non-fatal work-related injuries in Brazil. **Rev. Saúde Pública**, 2005, 39(2):254-260.
- CURI, A Z & MENEZES-FILHO, NA. O mercado de trabalho brasileiro é segmentado? Alterações no perfil da informalidade e nos diferenciais de salários nas décadas de 1980 e 1990. **Estud. Econ**. 2006,36(4): 867-899.
- De Lucca, S. R. & Mendes, R. Epidemiologia dos acidentes de trabalho fatais em área metropolitana da região sudeste do Brasil, 1979-1989. **Revista de Saúde Pública**.1993, 27(3):168-76, 1993.
- DIEESE. **Anuário dos Trabalhadores**: 2006. 7ed. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. São Paulo, 2005. Disponível em <URL:<http://www.dieese.org.br/anu/anuario2006.pdf>
http://click.uol.com.br/?rf=lp_wmuol&u=http://linkspatrocinados.uol.com.br> . [01 junho 2007].
- Druck G & Franco T. Padrões de industrialização, riscos e meio ambiente. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 1998, 3(2):61-72.
- Gorender J. Globalização, tecnologia e relações de trabalho. **Estudos Avançados**. 1977 29(11):311-61, 1997.
- IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios, PNAD - Síntese de Indicadores, 2005**. Disponível em <URL:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2005/tabsintese.shtm>> . [01 junho 2007].

- Lacaz FA & Campos WCR. Demandas sindicais em saúde e trabalho. **Resumos. IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, Recife: Abrasco, 1994.
- Lacaz, FAC. Saúde do Trabalhador: cenários e perspectivas numa conjuntura privatista. Texto produzido para Seminário realizado com a Diretoria do Sintratel de São Paulo em 2000: **UITA - Secretaría Regional Latinoamericana - Montevideo – Uruguay**. Disponível em <URL:http://www.rel-uita.org/old/home/ler/informes/saude_do_trabalhador.htm>. [01 junho 2007].
- Loomis D, Richardson DB, Bena JF, Bailer AJ Deindustrialisation and the long term decline in fatal occupational injuries. **Occup Environ Med**.2004; 61(7):616-621.
- Marmot M. & Theorell T. Social class and cardiovascular disease: the contribution of work. **International Journal of Health Services**. 1988; 18(4):659-74.
- Mendes R. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde dos trabalhadores. I. Mortalidade. **Revista de Saúde Pública**.1988; 22(5):441-57.
- Menezes Filho NA, Mendes M, Almeida ES. O diferencial de salários formal-informal no Brasil: segmentação ou viés de seleção? **Revista Brasileira de Economia**.2004; 58(2).
- Ministério da Previdência Social (MPS). **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho 2005**. Seção II - Indicadores de Acidentes do Trabalho. 2005. Disponível em <URL:http://www.previdenciasocial.gov.br/anuarios/aeat-2005/14_08_01_02.asp>. [01 junho 2007].
- Ministério do Trabalho e Emprego. Legislação - **Normas Regulamentadoras**. Disponível em <URL:http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/default.asp>. [01 junho 2007].
- Ministério da Saúde (MS). **Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2006** IDB-2006. RIPSa. Disponível em < URL:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm>>. [01 junho 2007].
- MS (Ministério da Saúde). **Rede Nacional de Atenção à Saúde do trabalhador**. 2007. Disponível em <URL:http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=928>. [01 junho 2007].
- MTE, 2007b. Relações de Trabalho - **Atualização Sindical**. Disponível em <URL:http://www.mte.gov.br/at_sindical/painel_atualizacao_trabalhadores.asp#>. [01 junho 2007].
- Oliveira MHB & Vasconcellos LCF. Política de saúde do trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. **Cad. Saúde Pública**.1992; 8(2):150-156.
- Pastore J. O custo dos acidentes do trabalho. **Jornal da Tarde** 2001 mar 03. Disponível em <URL:<http://www.josepastore.com.br/artigos/relacoestrabalhistas/134.htm>>. [01 junho 2007].
- Pastore J. Onde estão os trabalhadores informais?. **O Estado de S. Paulo** 2003 jun 03. Disponível em <URC:<http://www.josepastore.com.br/artigos/emprego/136.htm>>. [01 junho 2007].
- Pochmann M. Há uma transformação no mundo do trabalho, que veio para ficar. **Revista do Instituto de Humanitas Unisinos**. Ed 226. 2007. Disponível em URL:http://www.unisinos.br/ihuonline/index.php?option=com_tema_capa&Itemid=23&task=detalhe&id=345>. [01 junho 2007].
- Ramalho JR. Trabalho e sindicato: posições em debate na sociologia hoje. **Dados**.2000, 43(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0011-52582000000400006&lng=pt&nrm=iso>. (Pré-publicação.). [30 abr 2007].
- Ribeiro FSN, Melo AISC, Teixeira C, Oliveira AS. Os novos paradigmas da produção: privatização, redução de efetivo, incremento à terceirização e precarização das condições de saúde. **XV Congresso Mundial sobre Segurança e Saúde no Trabalho**. OIT. São Paulo, 1999.
- Rocha S. Pobreza e indigência no Brasil: algumas evidências empíricas com base na PNAD 2004. **Nova**

economia. 2005, 16 (2):265-299.

Rodrigues IJ. O Sindicalismo brasileiro da confrontação à cooperação conflitiva. **São Paulo em Perspectiva.** 1995; 9(3):116-26.

Santana V, Maia AP, Carvalho C, Luz G. Acidentes de trabalho não fatais: diferenças de gênero e tipo de contrato de trabalho. **Cad. Saúde Pública.** 2003;19(2):481-493.

Santana V, Nobre L & Waldvogel BC. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. **Ciênc. saúde coletiva.** 2005;10(4):841-855.

Santana VS & Loomis D. Informal Jobs and Non-fatal Occupational Injuries. **Ann. occup. hyg.** 2004; 48 (2):147-157.

Santana VS, Araujo-Filho JB, Albuquerque-Oliveira PR *et al.* Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. **Rev. Saúde Pública.** 2006;40 (6):1004-1012.

Seligmann-Silva E. - Saúde mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário. **Cadernos de Saúde Pública,** 1997, 13(supl.2): 95-110.

Silva MAM, Martins RC, Ocada FK, Godoi S, Melo BM, Vettoracci A, Bueno JD, Ribeiro JD. Do karoshi no Japão, à birôla no Brasil: as faces do trabalho no capitalismo mundializado. **Revista Nera - Núcleo de estudos, pesquisa e projeto de reforma agrária.** Edição 7, 2006. Revista eletrônica do PPG/Geografia e dep. De Geografia da UNESP/PP.

Toledo M. Tecnologia faz bóia-fria trabalhar mais. **Folha de São Paulo.** 2005 set 18
<URL:<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/dinheiro/fi1809200515.htm>>. [01 junho 2007].

Waldvogel BC. Acidentes do trabalho: os casos fatais a questão da identificação e da mensuração. Belo Horizonte: **Segrac,** 2002. Coleção Prodat Estudos e Análises. 2002; 1(1).

Wünsch-Filho V 1999. Reestruturação Produtiva e Acidentes de Trabalho no Brasil. **Cad Saúde Pública.** 1999; 15:41-51.

WISNER, A., 1994. A Fábrica do Futuro em Países de Industrialização Recente: Transferência de Tecnologia ou Reconcep Global in: **Textos escolhidos em ergonomia contemporânea** (M.C.Vidal, org): COPPE/UFRJ.