

# **DO TRABALHO À EDUCAÇÃO**

**Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador,  
desafios e oportunidades atuais**

**Prof. Jorge Teixeira**



## RESUMO

O objetivo deste trabalho é promover um estudo reflexivo da evolução histórica do trabalho até o aparecimento do ócio. Ócio sim, mas não tratando de suas sinónimas, como “o não fazer nada” ou “preguiça” e sim por seu significado em grego – Escola. Escola que remete a Educação indo até o ensino superior, em particular o ensino médico e chegando ao papel da Medicina do Trabalho. Quanto a essa especialidade médica, pretende-se apontar as suas principais características, o seu processo evolutivo para a saúde ocupacional, a insuficiência da saúde ocupacional e o surgimento da saúde do trabalhador e suas principais características. Como forma de identificar instituições, documentos e aspectos políticos colocam-se a disposição uma cronologia de marcos de referência da Medicina do Trabalho. E por fim, pretende-se concluir com os principais desafios e oportunidades atuais para a Saúde do Trabalhador, a Medicina do Trabalho e para o Médico do Trabalho no Brasil.

**Palavras chave:** Trabalho / Escola / Educação / Medicina do Trabalho / Saúde do Trabalhador.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	5
O TRABALHO E A EDUCAÇÃO .....	6
O ÓCIO DIVINO .....	7
A EDUCAÇÃO PARA O TRABALHO .....	7
O TRABALHO NO BRASIL .....	9
— A CHEGADA DOS JESUÍTAS .....	9
— O REGIME DE ESCRAVIDÃO NO MUNDO .....	9
O TRABALHO ESCRAVO NO BRASIL .....	10
NEGROS E ÍNDIOS COMO ESCRAVOS NOS PERÍODOS COLONIAL E IMPERIAL NO BRASIL .....	11
DA MEDICINA DO TRABALHO À SAÚDE DO TRABALHADOR .....	16
<b>Principais características da Medicina do Trabalho .....</b>	<b>16</b>
<b>Como e por que evoluiu a Medicina do Trabalho para a Saúde Ocupacional? .....</b>	<b>20</b>
<b>A insuficiência da saúde ocupacional e o surgimento da saúde do trabalhador. ....</b>	<b>24</b>
<b>Características da saúde do trabalhador.....</b>	<b>29</b>
Breve Cronologia de alguns marcos de referência da Medicina do Trabalho .....	33
CONCLUSÃO .....	36
BIBLIOGRAFIA .....	37

## INTRODUÇÃO

Será que o trabalho é por natureza uma maldição bíblica da qual o homem nunca poderá se libertar?

Deverá, por força, desenvolver-se em locais de desencorajadora feiúra, onde se passa muito tempo, desperdiçando grande parte dele em rituais vazios? A mitologia do horário, do controle, da hierarquia é produtiva? Em suma: o trabalho não pode fazer outra coisa senão aumentar horas homem de exposição ao risco, o numero total de acidentes? Ou aumentar anos a fio o numero de acidentes com afastamento, a incapacidade permanente, as doenças ocupacionais, as mortes? O trabalho foi feito para tornar as pessoas infelizes?

Por meio dessas perguntas – feitas por quem quer que pretenda conciliar o trabalho com a vida como ela é, ou como gostaríamos que fosse – tem inicio a reflexão sobre os seguintes percursos: “Do Trabalho à Educação. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador, desafios e oportunidades atuais para a Saúde do Trabalhador, a Medicina do Trabalho e para o Médico do Trabalho no Brasil”. Durante os anos de 1930, um dos primeiros atos do então Presidente Vargas, foi criar o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde. Hoje quase exatos oitenta anos, o artigo é capaz de pelo menos viabilizar o debate sobre a importância desse binômio: Educação e Saúde, o que, certamente, vai acabar diante de um quadro desesperador de acidentes de trabalho, de doenças profissionais e doenças do trabalho, provocar um debate apimentado sobre o Ensino Médico, o Ensino de Pós-graduação e um repensar do papel do Médico do Trabalho diante desses infortúnios.

Como artigo de revisão, tem a sua base principal em documentos disponíveis, porem não se limita à literatura “científica”, incipiente em estudos e trabalhos que abordem o tema proposto. Incorpora as discussões recentes deste processo que vêm se dando, no âmbito da academia e no conjunto da sociedade.

## O TRABALHO E A EDUCAÇÃO

Um dos desafios para alcançar a focalização das formas de adoecimento e morte do trabalhador e o papel da Medicina do Trabalho como especialidade Médica no Brasil é promover uma abordagem sobre o significado do trabalho e sua evolução.

Trabalho é a ação transformadora do homem sobre a natureza num processo integrado no qual o ser humano acaba facilitando, regulando e controlando a sua forma material com a natureza através de sua atividade. O trabalho é uma das formas do homem atuar sobre a natureza externa a si, modificando-a, o ser humano modifica simultaneamente sua própria natureza. Saindo dos aspectos conceituais do termo trabalho e chegando aos aspectos históricos depara-se com a história antiga, do mundo greco-romano – “O homem adaptava a natureza a si e a isso chamava de trabalho”. Ora, naquele tempo não havia classes. O homem era educado no contato com a terra, principal meio de produção. Partindo da análise histórica da Antiguidade Grega e Romana, chega-se a conclusão que a conceituação de trabalho poderia até ser chamada de “comunismo primitivo” (com a devida licença dos Marxistas). É certamente, nesse contexto que surge a propriedade privada e as classes sociais.

Os senhores, donos de terras, não chegam a depender do trabalho para viver. Cabe aos servos, aos camponeses, cuidar do latifúndio, cultivar as terras privadas para sobreviver. Na verdade trabalha para a sua sobrevivência e a dos seus senhores. Junto ao trabalho de cultivo da terra, encontram-se nesse período da antiguidade, os primeiros sinais de ensinamento do homem no sentido de buscar as melhores colheitas. Neste momento, nasce a Escola. Escola que em grego significa ócio (tempo livre, vago, o não fazer nada, preguiça, vadiagem). Por analogia, o camponês da história antiga da Grécia e de Roma, aprendiam a plantar melhor quando “tinham tempo livre”, quando estavam no ócio.

Para muitos operários de manufaturas no início do século XIX o trabalho ocupava a metade de tempo de vida, enquanto hoje, para quase todos os trabalhadores intelectuais, ele não supera um décimo de toda a existência. Mas não é só uma questão de duração do trabalho. É a sua flexibilização, a financeirização voltada para a atividade rentista levando a especulação, é também o determinismo tecnológico diminuindo os postos de trabalho. Entretanto, aproveitando o ócio (em grego significa escola), cabe

salientar que na sociedade pós-industrial é impossível reduzir e melhorar o trabalho sem aumentar e melhorar o tempo livre.

## **O ÓCIO DIVINO**

Milhões de cristãos no mundo, à luz do ensinamento bíblico, interpretam a atividade criativa do homem como uma continuação da obra criadora de Deus. Porém, não ousariam cometer o pecado de pensar no “ócio humano” como atividade na Terra do “ócio divino”. Todos os cristãos aceitam sem nenhum questionamento que Deus, depois de ter-se esforçado por seis dias, repousou no sétimo: *“Foram, portanto, concluídos o céu e a Terra e todo o seu ornato”*, afirma o Gênesis. *“E no sétimo dia Deus descansou de todas as obras que tinha levado a termo”*. *“E bendize o sétimo dia e o santificou-o: porque nele tinha descansado de todas as obras que tinha criado e feito”*.

Deus é responsável pelo ócio: apesar de aquele sétimo dia ainda persistir, nenhum cristão teria coragem de insinuar que Deus é um ocioso, um reprovável ocioso. O que faz Deus há milhões de anos, até hoje? Mesmo no imaginário ninguém jamais ousaria atribuir-lhe os adjetivos impostos aos ociosos. Nunca é por demais, ou implicância política, lembrar que um Presidente brasileiro chamou um dia os aposentados de “vagabundos” (ou vadios, ou ociosos). Os funcionários públicos sabem muito bem que quando vivem seus raros momentos de ócio, vive-os com sentimento de culpa. Professores, frequentemente levam para as suas casas pastas cheias de provas, para corrigir no fim de semana (durante o ócio), em detrimento do lazer, da vida familiar, da saúde.

## **A EDUCAÇÃO PARA O TRABALHO**

Retornando a antiguidade grega e romana e ao conhecimento do surgimento na época da educação para o trabalho, convém separar o joio do trigo: existiam, na verdade, dois tipos de educação – uma para educar os donos da terra e outra destinada aos não proprietários.

Contemplando o “ócio da divindade”, na Idade Média, a educação era uma propriedade da Classe Dominante e as escolas paroquiais. Os esportes, as atividades

físicas mantinham as características da Antiguidade. Estavam voltadas para a boa formação do homem, isto é, de boas maneiras e cortês. A outra face da escola, para a grande maioria oprimida, era voltada para a educação laboral.

O homem vai começar a migrar do campo para a cidade e com a vida urbana, surge uma nova classe social, a burguesia. A palavra “burgo” significa “Cidade”. Os trabalhadores agora estão representados por homens e mulheres (e crianças) desenvolvendo atividade artesanais, fortalecendo as corporações de ofício atreladas com a acumulação de capital do comercio daquilo que produziam.

A indústria e o comercio formam a base da economia da época moderna. Ocorre a mecanização das formas de agricultura, a nobreza e a servidão passam de pai para filho. É a época onde as relações deixavam de ser naturais e passavam a ser sociais. O termo “comunidade” é substituído por “sociedade”. É o aparecimento da Sociedade Capitalista. Surge neste contexto o “Contrato Social”.

A escola da Sociedade Moderna baseado na sociedade contratual é voltada para o interesse das cidades e das indústrias e traz consigo a generalização da escola e implica na aquisição de conhecimento e ciência. Até aqui a escrita ficava em um segundo plano, mas quando da incorporação do processo produtivo ela passa a aparecer como uma exigência. O desenvolvimento da escola estritamente ligado ao desenvolvimento das relações urbanas remete-a idéia de expansão escolar.

O trabalho surge da necessidade do homem em satisfazer suas necessidades e continuar sobrevivendo. É a atividade desenvolvida pelo homem, sob determinadas formas, para produzir a riqueza. Pode-se dizer que é a partir desta perspectiva que se dá o estabelecimento das relações sociais e na medida em que são satisfeitas suas necessidades é refeita novas relações e assim sucessivamente. Baseada nas varias concepções de trabalho, o homem está cada vez mais dependente dele e principalmente em virtude das varias transformações ocorridas nas sociedades. O trabalho é visto como subordinado a determinadas formas sociais historicamente limitadas e a correspondentes organizações técnicas. Essa idéia caracteriza o chamado modo de produção. Pode-se afirmar que os modos de produção dominam os modos naturais e estes é que vão determinar a execução e a organização do trabalho.



É importante destacar que o trabalho no mundo atual nunca esteve tão orientado para o resultado como nos últimos tempos.

## **O TRABALHO NO BRASIL**

### **— A CHEGADA DOS JESUÍTAS**

Foi sobrepondo valores político-religiosos aos econômicos que se deu o início da organização do Brasil em meados do século XVI. A chegada dos Jesuítas e de governantes foi no sentido de tomar posse, povoar e posteriormente colonizar. A colonização marca o rompimento com o processo inicial de organização de “terra brasilis”. O rompimento com a cristandade vai colocar o lucro como mais importante que os valores político-religiosos.

### **— O REGIME DE ESCRAVIDÃO NO MUNDO**

A base das relações de produção neste regime era a propriedade privada do Senhor, tanto nos meios de produção como dos trabalhadores: os escravos. O regime da escravidão castigou os trabalhadores (os escravos), com as mais terríveis calamidades, com extremo sofrimento e dor. Os opressores (os Senhores), na verdade, viam com desprezo o trabalho físico, indigno de homens livres.

Durante o regime escravista, continua a divisão do trabalho, sendo que a divisão dignificava a especialização e o aperfeiçoamento dos instrumentos e maior conhecimento técnico. Na agricultura, após a dedicação aos cereais, nascem os hortigranjeiros, frutícolas, etc. nesse momento é aperfeiçoado o arado primitivo que agora ganha rodas, a força dos animais é usada em maior porcentagem. É o trabalho de grande numero de escravos que permite a construção de canais, represas, caminhos, navios, prédios, etc. Os homens livres, da sociedade livre, que já não precisavam desenvolver trabalhos físicos, pesados, ficavam com o tempo para se dedicar às artes e às ciências.

Há um momento na historia que os indicativos de progresso que o regime escravista poderia oferecer ficam esgotados. O desenvolvimento dos países de regime de escravidão encontrou uma barreira: as velhas relações de produção e que somente poderia ser superada com uma revolução social. Essa revolução acabou sendo iniciada pelos

próprios escravos e acompanhada pelos segmentos mais pobres da população socialmente livre.

A história possui vários exemplos da luta dos escravos na busca da liberdade. Entretanto entre escravos do mundo inteiro existiam muitas diferenças de língua e origem, formando uma massa que dificilmente poderia agrupar-se para formar uma força social importante, não havia consciência de classe. Os escravos que se sublevaram em diversas nações não estavam pensando em lutar contra o regime de escravidão e sim buscar o caminho de voltar a sua pátria e serem novamente livres, e até um dia chegar a ser proprietários de escravos.

O regime de escravidão sucumbiu sob os golpes reunidos das insurreições das classes trabalhadoras e das incursões das tribos, contra as quais o estado escravista foi incapaz de lutar.

## **O TRABALHO ESCRAVO NO BRASIL**

A economia no Brasil Reino de Portugal, o Brasil Colonial e ainda durante o Império, foi baseada no trabalho escravo. O Brasil era uma grande fazenda, um latifúndio monocultor que exigia uma mão-de-obra permanente. Era totalmente inviável a utilização de Portugueses assalariados, pois os mesmos não tinham a intenção de vir para trabalhar, e sim para se enriquecer no Brasil.

O sistema capitalista nascente não tinha como pagar salários para milhares de trabalhadores, além do que, a população portuguesa que não chegava aos três milhões, era considerada reduzida para oferecer assalariados em grande quantidade.

Chega-se a conclusão que no momento em que o lucro passa a ser mais importante que os valores político-religiosos, chega o trabalho escravo no Brasil. Nesse período o tráfico de escravos é realizado pelos “cristãos novos” que chegavam ao poder.

## **NEGROS E ÍNDIOS COMO ESCRAVOS NOS PERÍODOS COLONIAL E IMPERIAL NO BRASIL**

Embora o índio tenha sido um elemento importante para a formação do Brasil colônia, o negro logo o suplantou, sendo sua mão-de-obra considerada a principal base, sobre a qual se desenvolveu a sociedade colonial brasileira.

Na fase inicial da lavoura canavieira ainda predominava o trabalho escravo indígena. Caem por terra os argumentos tão amplamente utilizados, como por exemplo, a indolência do índio. É de conhecimento entre pesquisadores e historiadores que, padres jesuítas vinham para o Brasil depois de contraírem em Portugal a Tuberculose. Os padres traziam enormes malas que invariavelmente eram transportadas por índios. O escravo indígena começa a observar a apresentação de sintomatologia igual a dos combalidos padres. Qual foi a resposta indígena a tal observação: “**Índio não carrega mais mala de padre tussidor**”. Essa é mais uma argumentação contra a falácia da indolência indígena.

O termo “missionarismo” significa viver nas aldeias e “adotar” os costumes, por exemplo, dos índios e num segundo momento, catequizar.

Como base no insucesso da adaptação e permeabilidade entre ambos, os padres jesuítas mudam suas práticas criando os “aldeamentos” de adultos e o recolhimento das crianças. **Apresenta-se aqui indícios do aparecimento das primeiras instituições de ensino no Brasil.** Como o presente texto pretende partindo dos aspectos históricos do trabalho, passando pelo adoecimento e morte pelo mesmo e alcançando o ensino médico, em particular o ensino de Pós-graduação em Medicina do Trabalho, acrescenta-se então a importância do destaque ao aparecimento das primeiras escolas no Brasil.

Retornando ao enfoque da história, é importante salientar que para escapar dos jesuítas, tribos inteiras fugiram para o interior, prejudicando o trabalho catequético. A Companhia de Jesus decide pelo trabalho em instituições escolares, ensino secundário e universidades.

Consolidam-se assim, colégios nas principais vilas com a tarefa de educar meninos brancos, em troca da redizima, assim como na Europa à clientela letrada.

Esses colégios deveriam receber alunos a título de atividade missionária aberta a todos, o que não acontecia na prática, havia discriminação das raças mistas justificado pela formação de padres da Companhia.

Os colégios secundários seguiam o plano de estudo do *Ratio Studiorum* (1599), segundo padrões humanístico-tridentino dos séculos XVI e XVII. Um colégio modelar abrangia aulas de gramática latina, humanidade, retórica e filosofia, cumprida depois de 8 ou 9 anos de frequência.

Este currículo era aplicado de modo intermitente, dependendo da existência ou não de padres-mestres e também dos alunos e seus conhecimentos acerca dos caracteres latinos, pois a língua de todas as capitanias era o Tupi. Perde-se nessa fase o caráter missionário apostólico heróico e a aceitação do assistencialismo aos colonos, os jesuítas estavam ligados à realidade social brasileira e para aculturar alunos brancos usavam formas tradicionais, de repetição da disciplina religiosa com castigos físicos, reclusão, repressão e exclusão.

No século XVIII os jesuítas são rejeitados pela sociedade portuguesa ilustrada dominante, inclusive como educadores; em 1750 com a subida de pombal ao poder é que acontece a reformulação do sistema de ensino da metrópole e das colônias. Neste momento é repassado o controle da educação escolar da Companhia de Jesus para o Estado português, intencionalmente.

Em 1759, iniciam-se as aulas régias avulsas secundarias para os meninos com gramática latina, grega e hebraica, de retórica e filosofia, por professores escolhidos em concurso público pagos pelo Erário Régio, portanto funcionários estatais.

A metodologia adotada era a gramática latina focalizada na simplicidade, na racionalidade e na economia do classicismo. É divulgado o método científico-indutivo no lugar da moral prática. Nota-se, pois que desde este período já há intencionalidade de uma educação para o lucro e interesses da classe dominante.

As primeiras letras foram criadas em 1772, e que até então eram ministradas por professores particulares leigos e por outras ordens religiosas. Isto deixa evidente que a preocupação era voltada para o ensino em uma fase mais adulta, caracterizando assim o

descompromisso com a educação infantil, bem como o despreparo das pessoas a elas envolvidas.

Nas aulas elementares os meninos aprendiam ortografia, gramática da língua nacional e da doutrina cristã, história da pátria, aritmética (pesos, medidas, fração) e normas de civilidade.

Em 1759, Pombal cria a Aula de Comércio para a formação do “perfeito negociante”, ensinando caligrafia, contabilidade, escrituração comercial e línguas modernas.

No Brasil a ilustração ocorre entre 1770 a 1820 período da crise do sistema colonial e em relação à educação, prática de memorização, disputas orais traços jesuíticos ao invés da observação e experimentação pombalina divulgada no período.

Resumindo, estes movimentos que se deram ao longo dos séculos XVI a XVIII refletem sobremaneira o caráter de interesses políticos, econômicos e disputas pelo poder de uma terra que prometia grandes fortunas pelas suas riquezas naturais, e nada melhor para tanto, do que a educação dos nativos e colonos, ou melhor, dizendo o direcionamento de suas vidas, ruptura com suas culturas, mudanças de vida social e promessa de melhorias para as condições das pessoas não letradas.

O que fica evidente é que, a educação vem sendo trabalhada ao longo do tempo, como meio de ascensão das classes. No Brasil sempre fora excludente e em nada visa à igualdade, permitindo no Máximo a equidade social.

Fazendo um corte na história e partindo do modo de produção capitalista apresentamos em primeiro momento o conceito deste termo que é de extrema importância para o estudo proposto.

“Denominação do modo de produção em que o capital, sob suas diferentes formas. É o principal meio de produção. Tem como princípio organizador a relação trabalho assalariado-capital e como contradição básica a relação produção social - apropriação privada”. (Libâneo 2003, p.71)

O modo de produção capitalista teve sua origem no século XV. Como características principais a produção para a venda, a mais-valia, luta pelos mercados, e concentração de capital nas grandes empresas.

A partir do século XVIII tivemos algumas revoluções científicas a primeira teve como berço a Inglaterra com vínculo na industrialização em substituição a produção artesanal, além disso, a utilização do ferro, pela máquina a vapor, surgimento do trabalho assalariado e do proletariado e do saber global pelo trabalhador. A segunda no século XIX tem como características principais o surgimento do aço, da energia elétrica, do petróleo, da indústria química, dos meios de transporte e de comunicação. Este período foi marcado pela produção em massa e linhas de montagem, pela divisão técnica do trabalho e surgimento das escolas industriais e profissionalizantes e a terceira revolução acontece na metade do século XX com a robótica, informática, aperfeiçoamento de transportes e das comunicações, transformação da ciência e da tecnologia em matérias primas por excelência e na gestão e organização do trabalho mais flexível e integrado globalmente.

“Essas transformações refletem a diversidade e os contrastes da sociedade e, em decorrência, o empreendimento do capital em controlar e explorar as capacidades materiais e humanas de produção de riqueza, para sua autoavaliação”. (Libâneo 2003, p.60)

Embora passando-se por várias transformações acerca do trabalho percebe-se que ainda hoje se estabelece a mesma dinâmica do passado. Marx já dizia que o trabalho como sinônimo de alienação não passa de uma atividade através do qual o trabalhador perde-se a si mesmo, ou seja, nega sua própria vida. Esta afirmação dele só confirma que vivencia-se hoje e o trabalho não deixou de ter sua importância por se tratar do meio de sobrevivência do homem e junto a ele a educação que nada mais é do que o meio pelo qual o homem o adquire atualmente.

A teoria do “capital humano” a partir da década de 60 diz ser improdutivo a educação no âmbito não escolar. Por outro lado há uma visão de que a educação é decisiva para o desenvolvimento econômico; potencializa e qualifica para o trabalho e desqualifica na medida da inclusão das novas tecnologias – justifica-se então a dualidade sobre o tema que se propõe discutir e refletir a partir de agora.

A globalização exige da sociedade uma aceleração considerável na vida escolar nada diferente do que já foi vivenciado e que pode ser percebido pelo resgate histórico realizado até o momento.

Alias, o termo globalização está em moda, e defini-la nem sempre acontece tão facilmente quanto pronunciamos.

“Embora seu significado não conste da maioria dos dicionários, tem sido usada para expressar uma gama de fatores econômicos, sociais, políticos e culturais que expressem o espírito e a etapa de desenvolvimento do capitalismo em que o mundo se encontra atualmente.” (Libâneo 2003, p. 76).

Embora a idéia de inclusão de um desenvolvimento total (países, pessoas) aos novos padrões de desenvolvimento é excludente por ser de uma ideologia do mercado livre e que por sinal não é em nada igualitário, visa no máximo à equidade. Os reflexos de tal processo têm reflexo no mercado de trabalho que se desformaliza-se e diversifica-se a cada dia. A procura por qualificação de trabalhadores nunca esteve tão em alta, aliada as múltiplas tarefas que deve desenvolver nas organizações. Neste contexto é que deve-se buscar refletir enquanto mestrando em educação. A figura do pedagogo começa a se destacar e não há como deixar levar pelo contexto até atraente, e esquecer o verdadeiro papel do educador.

“Aos educadores cabe, dada à especificidade de sua função, fazer a leitura e a necessária análise deste projeto pedagógico em curso, de modo a, tomando por base as circunstâncias concretas, participar da organização coletiva em busca da construção de alternativas que articulem a educação aos demais processos de desenvolvimento e consolidação de relações sociais verdadeiramente democráticas”.

(Kuenzer 1996, p.1)

Embora ainda haja um longo caminho a percorrer, h importante pensar no enfrentamento para as questões do conhecimento em outros âmbitos que não apenas o escolar e possa com isso compreender as varias concepções e intervir de fato transformando a realidade.

A Lei de Diretrizes e Base da Educação Nacional aprovada em 20/12/1996 entende por educação os processos formativos que se desenvolvem formal e informalmente nas várias instituições sociais explicitando sua intencionalidade de formar para o trabalho.

Em resumo, analisar o processo histórico acerca do trabalho e da educação é o ponto de partida do repensar o papel do educador e sua competência não devendo assim se restringir aos muros escolares. Acredita-se que muito ainda falta para que de fato isso aconteça porém a reflexão e as questões aqui levantadas devem no mínimo provocar enquanto parte interessada na igualdade de fato.

Este naturalmente é o início de estudos realizados nesta área e a pretensão é de provocar discussões e reflexões não esgotando aqui os assuntos pertinentes a educação nos ambientes organizacionais e o pedagogo como parte integrante neste processo.

## **DA MEDICINA DO TRABALHO À SAÚDE DO TRABALHADOR**

### **Principais características da Medicina do Trabalho**

A Medicina do Trabalho, enquanto especialidade médica surge na Inglaterra, na primeira metade do século XIX, com a Revolução Industrial.

Naquele momento, o consumo da força de trabalho, resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção, exigiu uma intervenção, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo.

Quando Robert Dernham, proprietário de uma fábrica têxtil, preocupado com o fato de que seus operários não dispunham de nenhum cuidado médico a não ser aquele propiciado por instituições filantrópicas, procurou o Dr. Robert Baker, seu médico, pedindo que indicasse qual a maneira pela qual ele, como empresário, poderia resolver tal situação, Baker respondeu-lhe:

“Coloque no interior da sua fábrica o seu próprio médico, que servirá de intermediário entre você, os seus trabalhadores e o público. Deixe-o visitar a fábrica, sala



por sala, sempre existam pessoas trabalhando, de maneira que ele possa verificar o efeito do trabalho sobre as pessoas. E se ele verificar que qualquer dos trabalhadores esta sofrendo a influencia de causas que possam ser prevenidas, a ele competirá fazer tal prevenção. Dessa forma você poderá dizer: meu medico é a minha defesa, pois a ele dei toda a minha autoridade no que diz respeito à proteção da saúde e das condições físicas dos meus operários; se algum deles vier a sofrer qualquer alteração da saúde, o médico unicamente é que deve ser responsabilizado”.

A resposta do empregador foi a de contratar Baker para trabalhar em sua fabrica, surgindo assim, em 1830, o primeiro serviço de Medicina do Trabalho.

Na verdade, despontam na resposta do fundador do primeiro serviço médico de empresa, os elementos básicos da expectativa do capital quanto às finalidades de tais serviços:

- Deveriam ser serviços dirigidos por pessoas de inteira confiança do empresário e que se dispusessem a defendê-lo;
- Deveriam ser serviços centrados na figura do médico;
- A prevenção dos danos à saúde resultantes dos riscos do trabalho deveria ser tarefa eminentemente médica;
- A responsabilidade pela ocorrência dos problemas de saúde ficava transferida ao médico.

A implantação de serviços baseados neste modelo rapidamente expandiu-se por outros países, paralelamente ao processo de industrialização e, posteriormente, aos países periféricos, com a transnacionalização da economia. A inexistência ou fragilidade dos sistemas de assistência à saúde, quer como expressão do seguro social, quer diretamente providos pelo Estado, via serviços de utilidade pública, fez com que os serviços médicos de empresa passassem a exercer um papel vicariante, consolidando, ao mesmo tempo, sua vocação enquanto instrumento de criar e manter a dependência do trabalhador (e frequentemente também de seus familiares), ao lado do exercício direto do controle da força de trabalho.

A preocupação por prover serviços médicos aos trabalhadores começa a se refletir no cenário internacional também na agenda da Organização Internacional do Trabalho (OIT), criada em 1919. Assim, em 1953, através da Recomendação 97 sobre a “Proteção da Saúde dos Trabalhadores”, a Conferência Internacional do Trabalho instava aos Estados Membros da OIT que fomentassem a formação de médicos do trabalho qualificados e o estudo da organização de “Serviços de Medicina do Trabalho”. Em 1954, a OIT convocou um grupo de especialistas para estudar às diretrizes gerais da organização de “Serviços Médicos do Trabalho”. Dois anos depois, o Conselho de Administração da OIT, ao inscrever o tema na ordem do dia da Conferência Internacional do Trabalho de 1958, substituiu a denominação “Serviços Médicos do Trabalho” por “Serviços de Medicina do Trabalho”.

Com efeito, em 1959, a experiência dos países industrializados transformou-se na Recomendação 112, sobre “Serviços de Medicina do Trabalho”, aprovada pela Conferência Internacional do Trabalho. Este primeiro instrumento normativo de âmbito internacional passou a servir como referencial e paradigma para o estabelecimento de diplomas legais nacionais (onde, aliás, baseia-se a norma brasileira). Aborda aspectos que incluem a sua definição, os métodos de aplicação da Recomendação, a organização dos Serviços, suas funções, pessoal e instalações, e meios de ação.

Segundo a Recomendação 112, “a expressão ‘serviço de medicina do trabalho’ designa um serviço organizado nos locais de trabalho ou em suas imediações, destinado a:

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

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

- A Medicina do Trabalho constitui fundamentalmente uma atividade médica, e o “*locus*” de sua prática dá-se tipicamente nos locais de trabalho;
- Faz parte de sua razão de ser a tarefa de cuidar da “adaptação física e mental dos trabalhadores”, supostamente contribuindo na colocação destes em lugares ou tarefas correspondentes às aptidões. A “adequação do trabalho ao trabalhador”, limitada à intervenção médica, restringe-se à seleção de candidatos a emprego e à tentativa de adaptar os trabalhadores às suas condições de trabalho, através de atividades educativas.
- Atribui-se à Medicina do Trabalho a tarefa de “contribuir ao estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores”, conferindo-lhe um caráter de onipotência, próprio da concepção positivista da prática médica.

Esta visão de onipotência da medicina fica exemplificada no discurso de Selby, em 1939, quando ao tratar da finalidade e da organização dos serviços médicos de empresa, afirmava:

“It is the plant physician’s privilege and duty to cooperate (...) to conserve human values...”

Ou nas palavras de Townsend, em 1943:

“[Occupational Medicine] is concerned with every phase of the health of the man behind the machine, whether it is the industrial dust in the air he breathes or the food his wife has packed in his dinner pail. In short, it is the problem of keeping the worker on the job, and in good health, so that he can work at the top efficiency.”

Aliás, tanto a expectativa de promover a “adaptação” do trabalhador ao trabalho, quanto à da “manutenção de sua saúde”, refletem a influência do pensamento mecanicista na medicina científica e na fisiologia. No campo das ciências da administração, o mecanismo vai sustentar o desenvolvimento da “Administração Científica do Trabalho”, onde os princípios de Taylor, ampliados por Ford, encontram na Medicina do Trabalho uma aliada para a perseguição do seu “telos” último: a *produtividade*.

Não é ao acaso que a Henry Ford tenha sido atribuída a declaração de que o “corpo médico é a seção de minha fábrica que me dá mais lucro” (citada por Oliveira e Teixeira).

A explicação é dada por Oliveira e Teixeira com as seguintes palavras:

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

### **Como e por que evoluiu a Medicina do Trabalho para a Saúde Ocupacional?**

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

Num contexto econômico e político como o da guerra e do pós-guerra, o custo provocado pela perda de vidas – abruptamente por acidentes do trabalho, ou mais

insidiosamente por doenças do trabalho – começou a ser também sentido pelos empregadores (ávidos de mão-de-obra produtiva), quanto pelas companhias de seguro, às voltas com o pagamento de pesadas indenizações por incapacidade provocada pelo trabalho.

A tecnologia industrial evoluíra de forma acelerada, traduzida pelo desenvolvimento de novos processos industriais, novos equipamentos, e pela síntese de novos produtos químicos, simultaneamente ao rearranjo de uma nova divisão internacional do trabalho.

Entre muitos outros desdobramentos deste processo, desvela-se a relativa impotência da Medicina do Trabalho para intervir sobre os problemas de saúde causados pelos processos de produção. Crescem a insatisfação e o questionamento dos trabalhadores – ainda que apenas ‘objeto’ das ações – e dos empregadores, onerados pelos custos indiretos e diretos dos agravos à saúde de seus empregados.

A resposta, racional, “científica” e aparentemente inquestionável traduz-se na ampliação da atuação médica direcionada ao trabalhador, pela *intervenção* sob o *ambiente*, com o instrumental oferecido por outras disciplinas e outras profissões.

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

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

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

A racionalidade "científica" da atuação multiprofissional e a estratégia de *intervir* nos locais de trabalho, com a finalidade de *controlar os riscos ambientais*, refletem a influência das escolas de saúde pública, aonde as questões de saúde e trabalho já vinham sendo estudadas há algum tempo. Na metade deste século intensificam-se o ensino e a pesquisa dos problemas de saúde ocupacional nas escolas de saúde pública - principalmente nos Estados Unidos (Harvard, Johns Hopkins, Michigan, e Pittsburgh) - com forte matiz ambiental.

Assim, de um lado a saúde ocupacional passa a ser considerada como um ramo da saúde ambiental (como, aliás, aconteceu também na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo); de outro, desenvolvem-se fortes unidades de higiene "industrial", através de "grants" e contratos de serviços com grandes empresas. No estabelecimento da higiene ocupacional nestes centros acadêmicos e em instituições governamentais de projeção, os nomes de Theodore Hatch, Phillip Drinker, Herbert Stokinger e John Bloomfield, entre outros, passam a constituir referência obrigatória.

Contudo, o desenvolvimento da saúde ambiental/saúde ocupacional nas escolas de saúde pública dos Estados Unidos, centrado na higiene ocupacional, deu-se, não de forma complementar, mas acompanhado de uma relativa desqualificação do enfoque médico e epidemiológico da relação trabalho-saúde.

Vale lembrar que havia sido Alice Hamilton - médica pioneira nos estudos das doenças profissionais - quem dera de 1919 a 1935, projeção à Universidade Harvard, ao enfocar os problemas de saúde do trabalhador sob o ângulo médico-epidemiológico. Assim fez Anna Baetjer, que por mais de 60 anos dedicou-se aos estudos da patologia do trabalho na Escola de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins. E assim foi com muitos outros centros.

No Brasil, a adoção e o desenvolvimento da saúde ocupacional deram-se tardiamente, estendendo-se em várias direções. Reproduzem, aliás, o processo ocorrido nos países do Primeiro Mundo.

Na vertente *acadêmica*, destaca-se a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que dentro do Departamento de Saúde Ambiental, cria uma "área de Saúde Ocupacional", e estende de forma especial sua influência como centro irradiador do conhecimento, via cursos de especialização e, principalmente, via pós-graduação (mestrado e doutorado). Com efeito, este modelo foi reproduzido em outras instituições de

ensino e pesquisa, em especial em nível de alguns departamentos de medicina preventiva e social de escolas médicas.

Nas *instituições*, a marca mais característica expressa-se na criação da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), versão nacional dos modelos de "Institutos" de Saúde Ocupacional desenvolvidos no exterior, a partir da década de 50, entre eles, os de Helsinque, Estocolmo, Praga, Budapeste, Zagreb, Madrid, o NIOSH em Cincinnati, Lima e de Santiago do Chile.

Na *legislação*, expressou-se na regulamentação do Capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), reformada na década de 70, principalmente nas normas relativas à obrigatoriedade de equipes técnicas multidisciplinares nos locais de trabalho (atual Norma Regulamentadora 4 da Portaria 3214/78); na avaliação quantitativa de riscos ambientais e adoção de "limites de tolerância" (Normas Regulamentadoras 7 e 15), entre outras. Apesar das mudanças estabelecidas na legislação trabalhista, foram mantidas na legislação previdenciária/acidentária as características básicas de uma prática medicalizada, de cunho individual, e voltada exclusivamente para os trabalhadores engajados no setor formal de trabalho.

Caberia, ao encerrar esta parte, saber por que o modelo da saúde ocupacional - desenvolvido para atender a uma necessidade da produção - não conseguiu atingir os objetivos propostos. Dentre os fatores que poderiam ser listados para explicar sua insuficiência, estão:

- O modelo mantém o referencial da medicina do trabalho firmado no mecanicismo;
- Não concretiza o apelo à interdisciplinaridade: as atividades apenas se justapõem de maneira desarticulada e são dificultadas pelas lutas corporativas;
- A capacitação de recursos humanos, a produção de conhecimento e de tecnologia de intervenção não acompanham o ritmo da transformação dos processos de trabalho;
- O modelo, apesar de focar a questão no coletivo de trabalhadores, continua a abordá-los como "objeto" das ações de saúde;
- A manutenção da saúde ocupacional no âmbito do trabalho, em detrimento do setor saúde.

## **A insuficiência da saúde ocupacional e o surgimento da saúde do trabalhador.**

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

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

Em que cenário a insuficiência deste modelo se evidencia?

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

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

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



investigações independentes, o acompanhamento da fiscalização, e o melhoramento das condições e dos ambientes de trabalho.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

No campo da prática médica, surgem programas alternativos de auto-cuidado de saúde, de assistência primária, de extensão de cobertura, de revitalização da medicina tradicional, uso de tecnologia simplificada, e ênfase na participação comunitária.

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

Nesse intenso processo social de discussões teóricas e de práticas alternativas, ganha corpo à *teoria da determinação social* do processo saúde-doença, cuja centralidade

colocada no trabalho – enquanto organizador da vida social - contribui para aumentar os questionamentos à medicina do trabalho e à saúde ocupacional.

As críticas tornam-se mais contundentes, à medida que surgem, em nível da rede pública de serviços de saúde, programas de assistência aos trabalhadores, com ativa participação destes, e das suas organizações. Os programas contribuem para desvelar o impacto do trabalho sobre a saúde, questionam as práticas dos serviços de medicina do trabalho nas empresas e instrumentalizam os trabalhadores nas suas reivindicações por melhores condições de saúde.

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

Quais as *conseqüências* deste intenso processo social de mudanças sobre a aparente hegemonia do "modelo da saúde ocupacional"?

E possível identificar, entre outras:

- Os trabalhadores explicitam sua desconfiança nos procedimentos técnicos e éticos dos profissionais dos serviços de saúde ocupacional (segurança, higiene e medicina do trabalho); estes têm uma enorme dificuldade em lidar com o "novo", mormente naquilo que significou perda de poder e hegemonia.
- O exercício da *participação do trabalhador* em questões de saúde pôs em xeque, em muitos casos, conceitos e procedimentos amplamente consagrados pela saúde ocupacional, como por exemplo, o valor e a ética de exames médicos pré-admissionais e periódicos, utilizados, segundo a denúncia dos trabalhadores, para práticas altamente discriminatórias.
- Desmorona o mito dos "*limites de tolerância*" que fundamentou a lógica da saúde ocupacional (principalmente higiene e toxicologia) por mais de 50 anos. A fundamentação científica é questionada (para não dizer desmoralizada); o conceito de "exposição segura" é abalado; e os estudos de efeitos comportamentais provocados pela exposição a baixas

doses de chumbo e de solventes orgânicos, põem em xeque os critérios de "proteção de saúde" que vigiram nos países industrializados ocidentais até há pouco.

- À medida que a *organização do trabalho* amplia sua importância na relação trabalho/saúde, requerem-se novas estratégias para a modificação de condições de trabalho, que "atropelam" a Saúde Ocupacional (até então trabalhando na lógica "ambiental").
- A utilização de *novas tecnologias* - em especial as que introduzem a *automação* e a *informatização* nos processos de trabalho - embora possa contribuir para o melhoramento das condições de trabalho. Acabam introduzindo novos riscos à saúde, quase sempre decorrentes da organização do trabalho, e, portanto, de difícil "medicalização".
- As modificações dos processos de trabalho em nível "macro" (terceirização da economia), e "micro" (automação e informatização), acrescentados à eliminação dos riscos nas antigas condições de trabalho, provocam um *deslocamento do perfil de morbidade* causada pelo trabalho: as doenças profissionais clássicas tendem a desaparecer, e a preocupação desloca-se para as outras "doenças relacionadas com o trabalho" (work related diseases). Passam a ser valorizadas as doenças cardiovasculares (hipertensão arterial e doença coronariana), os distúrbios mentais, o estresse e o câncer, entre outras. Desloca-se, assim, a vocação da saúde ocupacional, passando esta a se ocupar da "promoção de saúde", cuja estratégia principal é a de, através de um processo de educação, modificar o comportamento das pessoas e seu "estilo de vida".
- Na verdade, esta nova exigência colocada à saúde ocupacional nos países desenvolvidos e nas grandes corporações no Terceiro Mundo, se superpõe àquelas existentes na imensa maioria dos estabelecimentos de trabalho (pequenos e médios) e na economia informal, onde permanecem as condições de risco para a saúde dos trabalhadores, com os problemas clássicos e graves, até hoje não solucionados pelos modelos utilizados.

## Características da saúde do trabalhador

Do intenso processo social de mudança, ocorrido no mundo ocidental nos últimos vinte anos, foram mencionados, anteriormente, alguns aspectos que, no âmbito das relações trabalho x saúde, conformaram à saúde do trabalhador.

Como característica básica desta nova prática, destaca-se a de ser um campo em construção no espaço da *saúde pública*. Assim, sua descrição constitui, antes, uma tentativa de aproximação de um objeto e de uma prática, com vistas a contribuir para sua consolidação enquanto área.

O objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o *processo saúde e doença* dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Representa um esforço de compreensão deste processo – como e porque ocorre - e do desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho, numa perspectiva teleológica.

Nessa trajetória, a saúde do trabalhador rompe com a concepção hegemônica que estabelece um vínculo causal entre a doença e um agente específico, ou a um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho e tenta superar o enfoque que situa sua determinação no social, reduzido ao processo produtivo, desconsiderando a subjetividade.

Apesar das dificuldades teórico-metodológicas enfrentadas, a saúde do trabalhador busca a explicação sobre o adoecer e o morrer das pessoas, dos trabalhadores em particular, através do estudo dos processos de trabalho, de forma articulada com o conjunto de valores, crenças e idéias, as representações sociais, e a possibilidade de consumo de bens e serviços, na "moderna" civilização urbano-industrial.

Nessa perspectiva, e com as limitações assinaladas, a saúde do trabalhador considera o trabalho, enquanto organizador da vida social, como o espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituição, e do fazer histórico. Nesta história os trabalhadores assumem o papel de atores, de sujeitos capazes de pensar e de se pensarem, produzindo uma experiência própria, no conjunto das representações da sociedade.

No âmbito das relações saúde x trabalho, os trabalhadores buscam o controle sobre as condições e os ambientes de trabalho, para torná-los mais "saudáveis". É um processo lento, contraditório, desigual no conjunto da classe trabalhadora, dependente de

sua inserção no processo produtivo e do contexto sócio-político de uma determinada sociedade.

Assim, a saúde do trabalhador apresenta expressões diferentes segundo a época e o país, e diferenciada dentro do próprio país, como pode ser observado na Itália, na Escandinávia, no Canadá, ou no Brasil. Porém, apesar das diferenças, mantém os mesmos princípios - trabalhadores buscam ser reconhecidos em seu saber, questionam as alterações nos processos de trabalho, particularmente a adoção de novas tecnologias, exercitam o direito à informação e a recusa ao trabalho perigoso ou arriscado à Saúde.

Na implementação deste "novo" modo de lidar com as questões de saúde relacionadas ao trabalho, os trabalhadores contam com dois apoios importantes: uma assessoria técnica especializada e o suporte, ainda que limitado, dos serviços públicos estatais de saúde.

No Brasil surge a assessoria sindical feita por profissionais comprometidos com a luta dos trabalhadores, que individualmente ou através de organizações como o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT) e o Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (INST), no caso do Brasil, estudando os ambientes e condições de trabalho, levantando riscos e constatando danos para a saúde; decodificando o saber acumulado, num processo contínuo de socialização da informação; resgatando e sistematizando o saber operário, vivenciando, na essência, a relação pedagógica educador-educando.

Também pode ser constatada a contribuição ao desenvolvimento da área de saúde do trabalhador, trazida pelos técnicos que em nível das instituições públicas - as Universidades e Institutos de Pesquisa, a rede de Serviços de Saúde e fiscalização do trabalho - somam esforços na luta por melhores condições de saúde e trabalho, através da capacitação profissional, da produção do conhecimento, da prestação de serviços e da fiscalização das exigências legais.

Como características desta "nova prática" cabe ainda mencionar o esforço que vem sendo empreendido no campo da saúde do trabalhador para integrar as dimensões do individual x coletivo, do biológico x social, do técnico x político, do particular x geral. É um exercício fascinante, ao qual têm se dedicado os profissionais de saúde e os trabalhadores, que parece apontar uma saída para a grave crise da "ciência médica" ou das "ciências da saúde", neste final de século. Os cânones clássicos colocados a partir de formas fragmentadas de ver e estudar o mundo se contribuíram para o aprofundamento do

conhecimento em níveis inimagináveis, estão a necessitar de uma nova abordagem que consiga reuni-los, articulá-los, colocando-os a serviço dos homens.

No Brasil, a emergência da saúde do trabalhador pode ser identificada no início dos anos 80, no contexto da transição democrática, em sintonia com o que ocorre no mundo ocidental.

Entre suas características básicas, destacam-se:

- Ganha corpo um novo pensar sobre o processo saúde-doença, e o papel exercido pelo trabalho na sua determinação.
- Há o desvelamento circunscrito, porém inquestionável, de um adoecer e morrer dos trabalhadores, caracterizado por verdadeiras "epidemias", tanto de doenças profissionais clássicas (intoxicação por chumbo, mercúrio, benzeno, e a silicose), quanto de "novas" doenças relacionadas ao trabalho, como a LER (lesões por esforços repetitivos), por exemplo.
- São denunciadas as políticas públicas e o sistema de saúde, incapazes de dar respostas às necessidades de saúde da população, e dos trabalhadores, em especial.
- Surgem novas práticas sindicais em saúde, traduzidas em reivindicações de melhores condições de trabalho, através da ampliação do debate, circulação de informações, inclusão de pautas específicas nas negociações coletivas, da reformulação do trabalho das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs), no bojo da emergência do novo sindicalismo.

Este processo social se desdobrou em uma série de iniciativas e se expressou nas discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde, na realização da I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, e foi decisivo para a mudança de enfoque estabelecida na nova Constituição Federal de 1988. Mais recentemente, a denominação "saúde do trabalhador".

Aparece, também, incorporada na nova Lei Orgânica de Saúde, que estabelece sua conceituação e define as competências do Sistema Único de Saúde neste campo.

A guisa de *conclusão* retoma-se a idéia expressa na Introdução deste ensaio.

A caminhada da medicina do trabalho à saúde do trabalhador encontra-se em processo. Sua história pode ser contada em diferentes versões, porém com a certeza de que é construída por homens que buscam viver. Livres.



## **Breve Cronologia de alguns marcos de referência da Medicina do Trabalho**

**1700** – Publicação do “*Tratado Sobre as Doenças dos Trabalhadores*”, Bernardino Ramazzini (Módena, Itália) (traduzido ao Português por Raimundo Estrela e publicado no Brasil em 1971);

**1830** – 1o. Serviço de Medicina do Trabalho instalado em fábrica, pelo Dr. Robert Baker (Inglaterra);

**1904** – Inauguração da Clínica del Lavoro, em Milão, por Luigi Devoto;

**1906** – 1o. Congresso Internacional de Medicina do Trabalho e criação da ICOH (Milão, Itália);

**1919** – Criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT); 1a. Lei de Acidentes do Trabalho no Brasil;

**1923** – Inspetoria de Higiene Industrial, Departamento Nacional de Saúde Pública;

**1925** – Início do ensino da “Higiene Industrial” no Rio de Janeiro (Prof. João Barros Barreto)

**1934** – Início do Ensino da “Higiene Industrial” em São Paulo (Prof. Benjamim Alves Ribeiro);

**1934** - Criação da Inspetoria de Higiene e Segurança do Trabalho, com médicos, Ministério do Trabalho;

**1950** – Definição de “Saúde Ocupacional”, pelo Comitê Misto OIT-OMS

**1952** – II Congresso Pan-Americano de Medicina do Trabalho, Rio de Janeiro;

**1953** - Recomendação 97, OIT, sobre “Proteção da Saúde dos Trabalhadores”;

**1959** - Recomendação 112, OIT, sobre “Serviços de Medicina do Trabalho”;

**1964** - Congresso Americano de Medicina do Trabalho, São Paulo;

**1968** - III Congresso Pan-Americano de Medicina do Trabalho, Santos-SP;

**1968** - Criação da Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT), como Departamento Científico da AMB.

**1969** – Criação (1966) e instalação da Fundacentro, em São Paulo;

**1972** – Portaria 3237 regulamenta a instalação de Serviços de Segurança e Medicina do Trabalho (CLT 162), e define a obrigatoriedade de profissionais especializados, inclusive “médicos do trabalho” (Portarias 3442/74 e 3460/75);

**1973-1976-** “Fase emergencial” da formação de recursos humanos, para atender a nova regulamentação, liderada pela Fundacentro;

**1º de Janeiro 1976** – Entra em vigor a regulamentação sobre os SESMTs;

**1977** – 1o. Congresso da ANAMT (São Bernardo do Campo – SP)

**1978** – Portaria 3214: NRs;

**1980 e seguintes:** emergência do movimento da “Saúde do Trabalhador”, com participação do Setor Saúde e das organizações sindicais e de suas assessorias de saúde;

**1985** – Convenção 161 e Recomendação 171, da OIT, sobre “Serviços de Saúde no Trabalho”;

**1988** – Portaria da SSST/MTb, no. 3, de 7 de fevereiro, altera alíneas **c**) e **d**) da NR-1, sobre direitos dos trabalhadores e obrigações dos empregadores;

**1988:** Constituição Federal: saúde e segurança no trabalho como “direito social” e inclui a “saúde do trabalhador” nas atribuições do SUS;

**1988** – “Código de Ética Médica”: Resolução CFM 1246/88;

**1990:** Lei 8080: define o papel do SUS no campo da “saúde do trabalhador”;

**1991** – Brasil adota a Convenção 161 da OIT, sobre “Serviços de Saúde no Trabalho”;

**1991** – “Código de Ética Para os Profissionais de Saúde Ocupacional”, ICOH; (traduzido e divulgado no Brasil, em 1996);

**1991:** Lei 8213: avança nas obrigações e responsabilidades da Previdência Social, e obrigações dos empregadores (inclusive CAT);

**1993** – “Código de Conduta dos Médicos do Trabalho”, ANAMT;

**1994** - Portaria no. 24, de 29 de dezembro: Altera a redação da NR-7 e cria o “Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional” (PCMSO);

**1994** - Portaria no. 25, de 29 de dezembro: Altera a redação da NR-9 e cria o “Programa de Prevenção de Riscos Ambientais” (PPRA);

**1996** – Brasil ganha em Estocolmo candidatura para sediar 27o. Congresso da ICOH, em 2003;

**1998** – Resolução 1488/98 do CFM, sobre médicos que atendem trabalhadores;

**1999** – Decreto 3.048, de 6 de maio: Anexo II – Nova lista de “**doenças profissionais e do trabalho**” (conforme art. 20 da lei 8.213), no âmbito da Previdência Social (amplia o conceito, adota a Classificação de Schilling e estabelece listas A e B);

**1999** – Portaria GM/MS 1339, de 18 de novembro: estabelece a lista das “**doenças relacionadas ao trabalho**”, para fins clínicos e epidemiológicos;

**2000** – Brasileiro (RCF) eleito Vice-Presidente da ICOH;

**2002-2004**- Adoção do “Manual Sobre Doenças Relacionadas ao Trabalho”, editado e distribuído pelo Ministério da Saúde;

**2001-2002; Julho 2004 - ?** - Discussão tripartite sobre nova NR-4, com ampliação da cobertura e abertura de possibilidades de organização: “SEST próprio”, “SEST externo” e “SEST compartilhado”;

**2002** – Reconhecimento da Medicina do Trabalho como “especialidade médica” e obrigatoriedade da formação mínima em dois anos;

**2002** – ANAMT define, através do CEAMT, as “Competências Requeridas para o Exercício da Medicina do Trabalho”.

**2003** – Brasil promove, organiza e hospeda o 27o. Congresso Internacional de Saúde no Trabalho (ICOH); re-eleito brasileiro (RCF) para a Vice-Presidência da ICOH.

**2003-2004 - ANAMT** adota as exigências da CME para formação em Medicina do Trabalho em dois anos, priorizando a “Residência Médica”.

**2004** – Portaria no. 777/GM do Ministro da Saúde, “dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS”.

**2004** – Resolução no. 1236/04, do Conselho Nacional de Previdência Social, aprova a adoção do “Fator Acidentário Previdenciário” para a tarifação individual das empresas (SAT), baseada no perfil de morbidade gerador de benefícios previdenciários.

A Saúde Ocupacional tem como objetivos:

A **promoção** e manutenção do mais alto grau de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores de todas as ocupações;

A **prevenção** de desvios de saúde causados pelas condições de trabalho;

A **proteção** dos trabalhadores, em seus empregos, dos riscos resultantes de fatores adversos à saúde;

A colocação e a manutenção do trabalhador adaptadas às aptidões fisiológicas e psicológicas, em suma: “a **adaptação do trabalho ao homem e de cada homem a sua atividade**” (Comitê Misto OIT-OMS, 1950).

## CONCLUSÃO

- O desafio da **eqüidade!**
- O desafio da harmonização e otimização do trabalho inter-institucional, nas esferas de Governo, em direção a uma “**Política Nacional de Saúde do Trabalhador**”;
- O desafio da **competência;**
- **Diversificação das necessidades do mercado e das oportunidades profissionais**, para além ou em lugar do SESMT próprio;
- Possibilidade de superar a dicotomia entre “Medicina do Trabalho” e “Assistência Médica Supletiva”, construindo modelos de “**Gestão Integral da Saúde das Pessoas**” (estendido a familiares e aposentados...);
- Possibilidade de adotar a “**Promoção da Saúde no Trabalho**”, baseada nos princípios da “Promoção da Saúde” e de “**Trabalho Saudável**”;
- Possibilidade (necessidade) de ampliar o enfoque do “**Ocupacional**” ao “**Ambiental**”;
- Necessidade (criar) da **Gestão Integrada de Saúde, Segurança e Meio Ambiente;**
- Trabalhar com Saúde no Trabalho como expressão prioritária de “**Responsabilidade Social**” (Norma SA 8000);
- O desafio da **competência!**
- Formação inicial na especialidade: **Cursos de Especialização? Residência Médica** em MT?
- **Educação Permanente:** “estratégias de sobrevivência profissional” e/ou de “crescimento e desenvolvimento”?

**BIBLIOGRAFIA**

1. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8a, Brasília, 1986. *Anais*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
2. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DOS TRABALHADORES, 1a, Brasília, 1986. *Relatório final*. Brasília, 1986.
3. DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTUDOS E PESQUISAS DE SAÚDE E DOS AMBIENTES DE TRABALHO (DIESAT). *Insalubridade: morte lenta no trabalho*. São Paulo, Oboré, 1989.
4. LAURELL, A.C. & NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo, Hucitec, 1989.
5. MEDICI, A.C. Saúde e crise na América Latina (Impactos sociais e políticas de ajuste). *Rev. Adm. públ.*, 23 (3): 7-98, 1989.
6. MENDES, R. Doutrina e prática da integração da saúde ocupacional no setor saúde: contribuição para a definição de uma política. São Paulo, 1986. [Tese de Livre Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP]
7. MENDES, R. Subsídios para um debate em torno da revisão do atual modelo de organização da saúde ocupacional no Brasil. *Rev. bras. Saúde ocup.*, 16 (64): 7-25, 1988.
8. MENDES, R. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores. I - Morbidade. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 22: 311-26, 1988.
9. MENDES, R. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores. II - Mortalidade. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 22: 441-57, 1988.
10. MENDES, R. A prática da integração da saúde ocupacional no setor saúde: análise de alguns modelos estrangeiros. *Rev. bras. Saúde ocup.*, 17 (65): 7-15, 1988.
11. NOGUEIRA, D.P. A saúde dos trabalhadores e a empresa. São Paulo, s.d. [Mimeografado].
12. NOGUEIRA, D.P. Incorporação da saúde ocupacional à rede primária de saúde. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 18: 495-509, 1984.
13. PIMENTA, A.L. & CAPISTRANO FILHO, D., org. *Saúde do trabalhador*. São Paulo, Hucitec, 1988.
14. RIBEIRO, H.P. & LACAZ, F.A.C, org. *De que adoecem e morrem os trabalhadores*. São Paulo, DIESAT, 1984.

15. RIGOTTO, R.M. A saúde do trabalhador como campo de luta. Belo Horizonte, 1990. [Mimeografado].
16. TAMBELLINI, A.T. Da medicina do trabalho à saúde dos trabalhadores. In: Congresso da Associação Nacional de Medicina do Trabalho, 5o, Florianópolis, 1987. *Anais*. Florianópolis. ANAMT, 1987. p. 39-60.
17. PEREIRA, R. Andrea. Evolução do Trabalho e o trabalho em tempos globalizados. Monografia do Curso de Pedagogia da Universidade Estadual de Londrina, 1998.
18. MENDES, R. & DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 25 (5): 341-9, 1991