

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECONCAVO DA BAHIA

CENTRO DE ARTES HUMANIDADES E LETRAS – CAHL

COLEGIADO DO CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

JOSIANE MARQUES DO ROSÁRIO

**EU SOU DA NATA DO LIXO: OS IMPACTOS DO TRABALHO NA
SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DA LIMPEZA PÚBLICA DE
MURITIBA-BA**

Cachoeira

2014

JOSIANE MARQUES DO ROSÁRIO

**EU SOU DA NATA DO LIXO: OS IMPACTOS DO TRABALHO NA SAÚDE DOS
PROFISSIONAIS DA LIMPEZA PÚBLICA DE MURITIBA-BA**

Monografia apresentada ao Colegiado do
Curso de Serviço Social, da Universidade
Federal do Recôncavo da Bahia, como
requisito para obtenção do Grau de Bacharel
em Serviço Social.

Orientadora – Professora Dra. Heleni Duarte Dantas de
Ávila

Cachoeira

2014

JOSIANE MARQUES DO ROSÁRIO

EU SOU A NATA DO LIXO:

Os impactos do trabalho na Saúde dos profissionais da limpeza pública de Muritiba-BA.

Cachoeira – BA, aprovada em 09/04/2014.

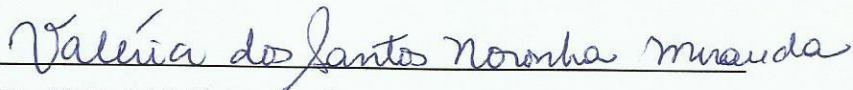
BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Heleni Duarte Dantas de Ávila
(Orientadora – UFRB)



Prof.ª Ms. Albany Mendonça Silva
(Membro Interno – UFRB)



Prof.ª Dr.ª Valéria dos Santos Noronha Miranda
(Membro Interno – UFRB)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à DEUS meu ajudador, que sempre me deu força e coragem para enfrentar as dificuldades nessa trajetória de quatro anos.

A minha mãe meu porto seguro, que nos momentos de dificuldades esteve sempre me apoiando e me incentivando.

Ao meu pai, exemplo de determinação e coragem a ser seguido. Muito obrigado sem seu apoio não teria conquistado este sonho.

A todos os professores por me proporcionar o conhecimento, em especial a minha orientadora Heleni Ávila pela dedicação e parceria na elaboração deste trabalho.

As minha irmãs pela companhia nesta jornada tão importante em minha vida.

As minhas tias, Néia, Lourdes, Márcia que sempre me deram forças para continuar acreditando na concretização desse sonho. Não esquecendo dos meus tios e primos que de alguma forma contribuíram para minha formação

Aos meus verdadeiros amigos, que com certeza estarão sempre presentes em minha vida, em especial minhas queridas amigas de infância Daniele Silveira e Silvana dos Santos, meu querido amigo Deivison Freitas, exemplo de dedicação, e minha amiga Marlucia Miranda.

Aos trabalhadores da limpeza pública de Muritiba- BA, que foram essenciais para que fosse possível alcançar os objetivos dessa pesquisa.

*"Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas,
mas ao tocar numa alma humana, seja apenas outra
alma humana" (Carl Jung)*

RESUMO

O presente trabalho tem como escopo estudar as condições de saúde dos trabalhadores da limpeza pública do município de Muritiba-Ba, com base nos instrumentos legais e normativos que garantem o direito a promoção, prevenção e proteção da saúde dos trabalhadores. Para tanto a análise está pautada na concepção da saúde do trabalhador incorporada no rol dos direitos humanos e que deve ser observada pelo Estado, como preconiza a Lei Orgânica da Saúde, como pelos trabalhadores e também como campo da saúde pública que estuda e intervém na relação saúde-trabalho. Para melhor compreensão do objeto estudado fez-se necessário contextualizar historicamente como o direito a saúde e a segurança dos trabalhadores se consolidaram ao longo das últimas décadas e como as mudanças no mundo do trabalho a partir do século XX (quando se consolidou o capitalismo no Brasil), contribuíram para o adoecimento e o surgimento das novas doenças relacionadas ao trabalho. Para realização da investigação optou-se pela pesquisa qualitativa e quantitativa com a aplicação de questionários semi-estruturadas, observando-se os seguintes aspectos: doenças e acidentes presentes no ambiente de trabalho dos agentes de limpeza, riscos físicos, químicos, ergonômicos e biológicos que os trabalhadores estão expostos, se estes têm ciência desses riscos ocupacionais, e qual sua percepção quanto ao seu ambiente de trabalho. Buscou-se também, certificar se os empregadores tem se preocupado com a qualidade de vida dos funcionários, e se a instituição tem se responsabilizado pelos danos causados à saúde dos coletores de lixo. Ao final da pesquisa notou-se que a maioria dos trabalhadores da coleta de lixo de Muritiba estão expostos aos variados tipos de riscos ocupacionais, principalmente a acidentes com materiais perfucortantes, depositados de forma inadequada pela população. Além disso, percebeu-se que os profissionais ainda têm dificuldade de associar as doenças com seu ambiente de trabalho, ou seja, não reconhece que a rotina de trabalho desgastante compromete sua saúde.

PALAVRA CHAVE: 1.Saúde do Trabalho; 2.Coletores de lixo; 3.Trabalho.

ABSTRACT

The present work has the objective to study the health of workers public cleansing the city of Ba-Muritiba based on the legal and regulatory instruments of workers' health. For both the analysis is guided by the concept of worker health incorporated in the list of human rights that must be observed by State, as recommended by the Health Law, as well as the workers and the public health field studying and intervenes in the relationship between health and work. For better understanding of the studied object it was necessary to contextualize historically as the right to health and safety workers have matured over the last decades and how the changing world of work from the twentieth century (when capitalism was consolidated in Brazil), contributed to the illness and the emergence of new work-related diseases. To carry out the research we opted for the qualitative and quantitative research with the application of semi-structured questionnaires, observing the following: accidents and diseases present in the workplace cleaning agents, physical, chemical, ergonomic and biological workers are exposed, if they are aware of these occupational hazards, and what their perceptions of their work environment We sought to certify whether employers have been concerned with the quality of life the officials, and the institution has been responsible for damage to health of garbage collectors. the end of the survey it was noted that the majority of workers of collecting garbage Muritiba are exposed to various types of occupational hazards, mainly accidents perfuncortantes materials, improperly deposited by population. Moreover, it was noticed that even professionals have difficulty associating the diseases with their work environment, ie, does not recognize that exhausting routine work compromises their health.

KEYWORD: 1.Saúde's Worked; 2.Coletores garbage; 3. work

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1. A CONSOLIDAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E A SEGURANÇA DO TRABALHADOR NO BRASIL E NA BAHIA	15
1.1. Contextualização histórica da saúde do trabalhador no Brasil.....	15
1.2 A Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora- PNSST.....	26
1.3 O Papel da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e do Centro de Referência da Saúde do Trabalhador.....	27
1.4 O Papel do Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador da Bahia.....	30
2. A RELAÇÃO ENTRE TRABALHO E SAÚDE	34
2.1 As mudanças no mundo do trabalho e os agravos a saúde do trabalhador.....	34
2.2 A terceirização e a saúde do trabalhador da limpeza pública.....	38
2.3 Tipos de Riscos Ocupacionais.....	40
2.4 Principais Doenças Ocupacionais.....	46
3. A SAÚDE DOS TRABALHADORES DA LIMPEZA PÚBLICA DE MURITIBA-BA.....	48
3.1 Análise do perfil dos trabalhadores.....	48
3.2 O cotidiano e a saúde dos trabalhadores da coleta de lixo.....	53
3.3 Percepção dos trabalhadores, acerca das condições de trabalho e dos riscos que estão expostos.....	60
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
6. ANEXO.....	76
7. APÊNDICE.....	80

LISTA DE GRÁFICO

GRÁFICO I - Distribuição em porcentagem segundo cor/etnia.....	50
GRÁFICO II - Distribuição em porcentagem segundo nível de escolaridade.....	51
GRÁFICO III – Distribuição em número de problemas relacionados ao ruído.....	55
GRÁFICO IV - Distribuição em número de doenças relacionadas ao trabalho.....	56
GRÁFICO V - Distribuição em porcentagem de profissionais que já participaram de reuniões e/ou palestras sobre saúde do trabalhador.....	58
GRÁFICO VI - Distribuição em porcentagem de trabalhadores que costuma utilizar os EPI'S.....	59
GRÁFICO VII - Distribuição em porcentagem de trabalhadores que considera o trabalho desgastante.....	61
GRÁFICO VIII - Distribuição em números sobre o reconhecimento do trabalho por parte da população.....	63
GRÁFICO IX - Distribuição em porcentagem da população que colabora com armazenamento adequado do lixo.....	65

LISTA DE QUADROS

QUADRO I - Riscos de acidentes.....	45
QUADRO II - Distribuição em número de idade por faixa etária.....	49
QUADRO III - Distribuição em números de estado civil.....	50

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Caixa de Aposentadoria e Pensão

CEREST- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CESAT – Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador

CF - Constituição Federal de 1988

CIPA – Comissão Interna de Prevenção à Acidentes

CIST- Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador

CLT- Consolidação das Leis Trabalhistas

COSAT – Coordenação de Saúde do Trabalhador

CTPP- Comissão Tripartite Paritária Permanente

DIEESE- Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos

DIESAT – Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e Ambientes de Trabalho

DORT- Distúrbio Osteomusculares Relacionado ao Trabalho

EPI'S – Equipamento de Proteção Individual

FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz

IBGE- Instituto de Geografia e Estatística

IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IAP'S – Instituto de Aposentadoria e Pensão

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INST- Instituto Nacional de Saúde do Trabalhador

LER- Lesão por Esforço Repetitivo

NR'S- Normas Regulamentadoras

OIT- Organização Internacional do Trabalho

PNSST- Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

RENAST- Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador

SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência

SESAB – Secretária de Saúde do Estado da Bahia

SESMT- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e medicina do Trabalho

SIPAT – Semana Interna de Prevenção de Acidentes

SIST – Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador

ST- Saúde do Trabalhador

SUS – Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO

Segundo a Constituição Federal de 1988, compete as esferas federal, estadual e municipal a responsabilidade pela coleta de resíduos sólidos e perigosos. Em seu artigo 30 inciso I e V a CF/88 estabelece como atribuição municipal legislar sobre os assuntos de interesse local, especialmente quanto a organização de seus serviços públicos. A coleta dos resíduos sólidos urbano deve ser operacionalizada pelas prefeituras municipais através das secretárias de obra e urbanismo. Estas devem seguir as orientações da Política Nacional de Resíduos Sólidos, que prevê a redução e a prevenção na geração desses resíduos.

Os coletores de lixo ou gari como são conhecidos, são responsáveis de acordo com o IPEA (2012) em recolher diariamente no Brasil cerca de 183,5 mil toneladas de resíduos sólidos dos municípios, é um trabalho desgastante, já que seu corpo é colocado como seu principal instrumento de trabalho. Suas atividades são realizadas em ambiente precário de trabalho, expostos as variações bruscas de temperatura e aos agentes nocivos encontrados no lixo que podem comprometer sua qualidade de vida

Os profissionais da limpeza pública trabalham exclusivamente com lixo, assegurando, a estética da cidade e a saúde da população. O lixo urbano recolhido pelos profissionais, diz respeito a todo resíduo sólido descartado pela população nas vias públicas. Os materiais jogados no lixo coloca os profissionais expostos aos variados riscos ocupacionais a saber; acidente, físicos, químicos, biológicos, ergonômico e sociais. Logo, nota-se que os profissionais da coleta de lixo, apresentam aspectos relevantes em seu processo de trabalho no que se refere a saúde, que merecem ser estudados.

As questões de saúde no ambiente de trabalho dos coletores são evidentes, no entanto, não existe nos países latino-americanos informações sistematizadas de ocorrências de doenças e acidentes relacionados ao trabalho desses profissionais. Ferreira & Anjos (2001), afirma que existe poucos estudos epidemiológicos à respeito da saúde dos trabalhadores no sistema de gerenciamento de resíduos sólidos mesmo nos países desenvolvidos. O corte com vidro caracteriza o acidente mais comum no ambiente de trabalho dos coletores, mas, geralmente esses acidentes são subnotificado, os trabalhadores que sofrem pequenos cortes costumam não registrar o ocorrido, já que, não os consideram acidente de trabalho. Para Ferreira & Anjos (2001) a principal causa desses acidentes:

É a falta de informação e conscientização da população em geral, que não se preocupa em isolar ou separar vidros quebrados dos resíduos apresentados à

coleta domiciliar. A adoção obrigatória de sacos plásticos para o acondicionamento dos resíduos sólidos municipais, com efeitos positivos na qualidade dos serviços de limpeza urbana, infelizmente amplia os riscos pela opacidade dos mesmos e ausência de qualquer rigidez que possa proteger o trabalhador. A utilização de luvas pelo trabalhador atenua, mas não impede a maior parte dos acidentes, que não atingem apenas as mãos mas também pernas e braços (FERREIRA; ANJOS 2001, p. 693).

O armazenamento adequado do lixo contribui para garantir o direito à saúde dos trabalhadores envolvidos no processo de coleta, a população tem participação decisiva nesta operação, porém, percebe-se que a população tem depositado os resíduos sólidos de forma irregular. Tal prática, tem criado condições ideais para que ocorram acidentes no ambiente de trabalho dos coletores, vale ressaltar que o acondicionamento inadequado não é única causa de acidentes de trabalho.

Pretendeu-se com a pesquisa a seguir analisar as condições de saúde e de trabalho dos profissionais de uma determinada empresa de limpeza pública de Muritiba- BA, a partir do novo modo de compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença, com novas práticas teóricas de vigilância à saúde, que visam, promover a atenção integral através da prevenção, promoção e proteção da saúde dos trabalhadores submetido aos riscos ocupacionais e doenças relacionadas ao trabalho. Foram analisadas neste trabalho monográfico as categorias profissionais de varredor de rua e coletor de lixo domiciliar, já que, ambas, categorias estão expostas aos variados riscos ocupacionais em seu ambiente laboral. De acordo com Ferreira & Anjos (2001):

Os trabalhadores, diretamente envolvidos com os processos de manuseio, transporte e destinação final dos resíduos, formam uma população exposta. A exposição se dá notadamente: pelos riscos de acidentes de trabalho provocados pela ausência de treinamento, pela falta de condições adequadas de trabalho e pela inadequação da tecnologia utilizada à realidade dos países em desenvolvimento; e pelos riscos de contaminação pelo contato direto e mais próximo do instante da geração do resíduo, com maiores probabilidades da presença ativa de microorganismos infecciosos (FERREIRA; ANJOS, 2001, p. 691).

No primeiro momento da pesquisa realizou-se uma pesquisa bibliográfica, já que, durante a pesquisa as considerações teóricas à respeito da temática foram trabalhadas com a explanação das principais discussões do campo da saúde do trabalhador. O levantamento bibliográfico foi feito com base na leitura de livros, artigos, teses, revistas e dados estatísticos

oficiais coletados no banco de dados de sites como: IBGE, DIEESE, Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Saúde.

Para melhor compreensão do objeto estudado optou-se pela pesquisa de campo quantitativa e qualitativa que foi realizada a partir de questionários estes foram aplicados nos trabalhadores da limpeza pública da empresa estudada, aplicou-se 19 questionários, (14 com varredores de rua e 5 com os coletores de lixo) que posteriormente foram analisados.

No capítulo I intitulado *A consolidação do direito a saúde e a segurança dos trabalhadores no Brasil e na Bahia* buscou-se apontar os principais marcos históricos que contribuíram para materialização do campo da saúde do trabalhador na saúde pública. O percurso começa com a inserção do acidente de trabalho na legislação brasileira em 1919 (com a promulgação do decreto nº239) até a implementação da Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora em 2012, que estabeleceu os princípios, diretrizes e estratégias de atenção integral a saúde do trabalhador. Além disso, apresentou-se como se deu o processo de criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador -RENAST, e como a rede vem atuando por meio dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador -CEREST. Por fim o Capítulo destacou como o Centros de Estudos em Saúde do Trabalhador - CESAT se legitimou na Bahia e qual seu papel frente as questões relacionadas à saúde do trabalhador.

No Capítulo II , *A relação entre trabalho e saúde*, foram apresentados as mudanças que ocorreram no mundo do trabalho a partir do século XX, com o inserção do binômio Taylorismo-Fordismo e posteriormente com Toyotismo, conhecido modelo de acumulação flexível. Apresentou-se os impactos que as transformações do mundo do trabalho acarretou no que se refere aos agravos a saúde do trabalhador. Ademais, apontou-se os principais riscos ocupacionais que os trabalhadores da limpeza pública estão expostos e quais os principais agentes nocivos que provocam doenças inerentes ao trabalho.

O capítulo III refere-se *A saúde dos trabalhadores da limpeza pública de Muritiba-BA*, foi elaborado por meio de uma pesquisa de campo com os coletores de lixo domiciliar e varredores de rua. Os dados foram coletados através de um questionário, este após análise dos dados apresentou as informações necessária, que serviu para construir o perfil dos profissionais estudados, conhecer o cotidiano de trabalho saúde dos entrevistados e a percepção dos trabalhadores à respeito do seu ambiente de trabalho. Foram identificados quais os principais riscos ocupacionais e doenças relacionadas ao trabalho que os coletores e varredores estão expostos e se estes tem ciência dos riscos que a profissão lhe oferece, no que tange à saúde.

CAPÍTULO 1. A CONSOLIDAÇÃO DO DIREITO A SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL E NA BAHIA

1.1. Contexto Histórico da Saúde do Trabalhador no Brasil

No âmbito internacional as questões relacionadas às normas e práticas de segurança e saúde do trabalhador começam adquirir visibilidade com criação da Organização Internacional do Trabalho OIT, em 1919, pelo Tratado de Versalhes¹, após a Primeira Guerra Mundial. Nesse período buscou-se elaborar uma estrutura social que favorecesse a paz, a estabilidade, o desenvolvimento econômico, em conformidade com a justiça social². (BARROS, 2001)

No Brasil no ano de 1918, foi aprovado o projeto nº239, primeiro projeto de lei sobre acidentes de trabalho, que tinha como pressuposto garantir aos trabalhadores direitos relacionados a este tipo de acidente. O projeto organizado pela Comissão Especial de Legislação Social tinha sob responsabilidade o relator Andrade Bezerra deputado na época. Do referido projeto surgiu, o Decreto 3.724, de 15 de janeiro de 1919, modificado pelo Decreto 13.493, de 05/03/1919 e regulamentado pelo Decreto 13.498, de 12/03/1919, este estabeleceu como os acidentes de trabalho seriam julgados pela legislação brasileira. Com a promulgação da mencionada lei, o empregador torna-se responsável pela reparação aos danos relacionados ao trabalho. Adota-se a tese da teoria do risco, em que o empregador detentor dos lucros gerados pelos trabalhadores tem o dever de responsabiliza-se por qualquer risco decorrente das atividades laborativas.

A lei supracitada define acidente de trabalho como sendo:

O produzido por uma causa súbita, violenta, externa e involuntária no exercício do trabalho, determinando lesões corporais ou perturbações funcionais, que constituem a causa única da morte ou perda total, ou parcial, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho", definição que se complementa no artigo 2º: "O acidente, nas condições do artigo anterior, quando ocorrido pelo fato do trabalho ou durante este, obriga o patrão a

¹ O Tratado de Versalhes foi assinado em 1919, pelos países Europeus, firmando o fim da Primeira Guerra Mundial (1914-1918).

² A OIT foi fundada com a convicção de que a justiça social é essencial para assegurar uma paz universal e duradoura. Justiça social neste contexto refere-se a luta pelo pleno emprego, assegurando a sustentabilidade das sociedades abertas e da economia mundial, conquistando a coesão social, lutando contra a pobreza e as desigualdades crescentes (OIT, 2008)

pagar uma indenização ao operário ou a sua família, excetuados apenas os casos de força maior ou dolo da própria vítima ou de estranhos (BOLSONARO, 1992, p.166).

A inserção do acidente de trabalho na legislação brasileira pode ser entendida, como resposta das lutas organizadas pelo movimento operário no início da década de XX, quando o Estado começa a abordar a questão social não mais como “caso de polícia”. Ocorreram neste período duas greves relevantes, no ano de 1917 e em 1919, ambas organizadas pelo movimento operário que almejava a conquista por direitos trabalhistas e sociais.

No ano de 1923, foi aprovada no Congresso Nacional a Lei Eloi Chaves, que institui as Caixas de Aposentadoria e Pensão³ (CAP’S), esta marcou o início da Previdência Social no Brasil. As CAP’S foram criadas quando os empregadores perceberam que empregados saudáveis eram mais produtivos, tal fato, interessava-os, visto que, seu objetivo principal era gerar lucros, e explorar ao máximo os trabalhadores. O mesmo ocorreu na Inglaterra como afirma Engels (1985) em seus escritos:

Diante da possibilidade de supressão da mão de obra, Engels (1985) mostra que houve uma preocupação não necessariamente com a vida dos trabalhadores, mas sim com a manutenção da produção, o que abre espaço para a implantação de algumas medidas de proteção de quem trabalha, por exemplo, os fiscais de fábrica na Inglaterra (ENGELS 1985 *apud* LOURENÇO, 2009, p. 91).

A Caixa de Aposentadoria e Pensão dos Ferroviários, foi a primeira Caixa implementada, através do decreto 4.682 de 04 de janeiro de 1923, posteriormente, outras categorias profissionais passaram a ter direito aos benefícios oferecidos pelas Caixas, a saber; à aposentadoria ordinária, que tinha como pré-requisito o tempo de contribuição; a aposentadoria por invalidez, garantida aos trabalhadores impossibilitados a realizar qualquer atividade laborativa; a pensão por morte, direcionada aos familiares dos trabalhadores vítimas fatais de acidentes de trabalho, e por fim, a assistência médica, garantida no artigo 27da lei Eloi Chaves.

As empresas ficavam responsáveis pela organização das Caixas de Aposentadoria e Pensão, estas eram mantidas e geridas pelos empregadores e empregados. As CAP’S funcionam como espécie de seguro social privado, onde os trabalhadores para ter direito aos benefícios de aposentadoria e assistência médica deveriam contribuir financeiramente com a

³A criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS) foi o ponto de partida para a implementação da Previdência Social no Brasil.

instituição. Os presidentes das Caixas eram nomeados pelo Presidente da República, no entanto, as CAP'S tinham caráter privativo, visto que, a manutenção era de atribuição das empresas, cabendo ao Estado apenas o papel de legalizá-las. Baptista (2007) destaca que:

Apesar do Estado não ter definido um sistema de proteção abrangente e de se ter mantido à parte dessa organização privada, restringia-se a legalizá-la à distância, esse modelo serviu de base para a constituição de um primeiro esboço de sistema de proteção social no Estado brasileiro que se definiu a partir dos anos 30 no contexto do governo de Getúlio Vargas (BAPTISTA, 2007a, p. 36).

De acordo com Mendes (1993a) entre 1923 à 1930, foram instaladas no Brasil, cerca de 40 CAP'S, que cobriam em média o atendimento de 140.000 beneficiários. A assistência médica era colocada como prerrogativa principal, dentre os serviços oferecidos pelo órgão previdenciário. No ano de 1930, na busca de estender a cobertura e organizar os benefícios previdenciários por categoria profissional, substituiu-se as CAP'S, pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP'S). Neste período o Estado passa a intervir nas questões referentes, a administração, controle e financiamento do sistema previdenciário.

Para Santos (1979), essa forma de organização do sistema protetor brasileiro reforçou um padrão de regulação do Estado que valorizava o trabalhador que exercia funções de interesse do Estado, atribuindo apenas a este um status de cidadão, uma 'cidadania regulada' e excludente, pois não garantia a todos os mesmos direitos.

A criação dos IAP'S respeitava a capacidade de organização, mobilização e importância da categoria profissional em questão. Deste modo, em 1933 foi criado o primeiro instituto, o de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), em 1934 o dos Comerciantes (IAPC) e dos Bancários (IAPB), em 1936 o dos Industriários (IAPI), e em 1938 o dos Estivadores e Transportadores de Cargas (IAPETEL). (POLIGNANO, 2008)

Vale ressaltar que a assistência médica oferecida aos trabalhadores neste período, ainda tinha caráter assistencial e curativo. Como afirma Mansur (2001):

Entre as décadas de 1930 e 1960, período de vida dos Institutos de Aposentadorias e Pensões por categoria, antes da unificação, o Brasil passou por um grande desenvolvimento econômico-industrial, mas com recursos financeiros insuficientes para manter a máquina que se formava no sistema previdenciário. A própria medicina teve um grande avanço tecnológico, e isso implicava em elevação de custos, além de que os tratamentos faziam do hospital o centro do processo. A medicina previdenciária, ao contrário da saúde pública de caráter preventivo e assistencial, estava centrada no hospital e na atenção de caráter curativo (MANSUR, 2001, p. 38).

Assim como nas CAP'S, os IAP'S consideravam a assistência médica como o benefício prioritário da previdência. Os serviços de saúde oferecidos variavam de acordo com o órgão referente à classe trabalhadora. No Instituto dos Marítimos, por exemplo, pode-se destacar o período de internação, que se restringia a trinta dias. Soma-se a isso, o limite que era estipulado com os gastos com a assistência médica que não podia ir além de 8% da receita do ano anterior. No que tange aos institutos das demais categorias profissionais, como a dos industriários e dos trabalhadores dos transportes e cargas, as despesas relacionadas à saúde, implicava em cobrança de contribuição suplementar (MERCANTE, 2002).

Percebe-se, portanto, neste modelo de organização, o caráter discriminatório na garantia dos benefícios, visto que, as categorias que possuíam o poder aquisitivo mais elevado, ofereciam um leque de serviços de qualidade aos contribuintes (BAPTISTA, 2007).

Diante da situação, os trabalhadores não satisfeitos com o modelo de organização dos IAP'S, começam a reivindicar em prol de um sistema previdenciário unificado, ou seja, que abarcasse todos os trabalhadores, e garantisse o rol de direitos previdenciários sem distinção de categoria profissional. Existiam opiniões contrárias ao movimento, pois acreditava-se que a unificação dos IAP'S, resultaria na perda do poder dos trabalhadores para o Estado. No entanto, tal fato veio ocorrer na década de 1960 com a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social⁴), vale ressaltar que no decorrer desse processo ocorreram outros marcos legais que contribuiriam para a consolidação dos direitos referente à saúde do trabalhador. Como a Consolidação das Leis Trabalhistas⁵ (CLT) e a criação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).

No ano de 1943, no governo de Getúlio Vargas, com a Consolidação das Leis Trabalhistas que surgiu com o decreto de Lei nº 5.452/, de 1 de maio de 1943, todas as leis trabalhistas vigentes no Brasil foram unificadas. Neste período, a institucionalização do sistema de seguridade social⁶ evidenciou-se na sociedade com a CLT. Seu principal objetivo

⁴ A criação do Instituto de Aposentadoria e Pensão revolucionou o tratamento da questão previdenciária no país, beneficiando várias categorias profissionais. Eram órgãos controlados pelo Estado, estes foram responsáveis pela extensão dos direitos sociais, relativos aos trabalhadores (VARGAS, 2007).

⁵ A CLT garante ao trabalhador em seus 922 artigos direitos como: Carteira assinada, medicina e segurança do trabalho, férias, vale-transporte, jornada de trabalho, adicional noturno, Fundo de Garantia do Tempo de Serviço e 13º salário.

⁶ No Brasil, a lógica do seguro estruturou e estabeleceu os critérios de acesso da previdência e da saúde desde a década de 1923 até a Constituição de 1988. O princípio dessa lógica é garantir proteção, às vezes exclusivamente, e às vezes prioritariamente, ao trabalhador e à sua família. É um tipo de proteção limitada, que garante direitos apenas àquele trabalhador que está inserido no mercado de trabalho ou que contribui mensalmente como autônomo ou segurado especial à seguridade social (BOSCHETTI, 2009 p.3).

consiste em regulamentar as relações individuais e coletivas de trabalho tanto urbano, quanto rural.

No que diz respeito à segurança e saúde dos trabalhadores, a CLT dedica o Capítulo V, à segurança e Medicina Social, que obriga as empresas a cumprir e fazer cumprir as normas relativas à temática. Incumbindo-as à responsabilidade de elaborar ações que visem à prevenção de acidentes ou doenças ocupacionais. No que tange o Estado, o documento destaca que é de competência deste a função de coordenar, orientar, controlar e supervisionar a fiscalização, bem como, todas as atividades relacionadas com a segurança e a medicina do trabalho, no âmbito nacional, até mesmo a Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho.

No ano seguinte, em 1944, com a finalidade de fortalecer as ações voltadas para a prevenção acerca dos acidentes de trabalho, criou-se no Brasil a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA⁷, com base no Decreto-lei nº 7.036/44, conhecido como a Nova Lei de Prevenção de Acidentes. No Brasil, a comissão é regulamentada pela Consolidação das Leis Trabalhistas nos artigos 162 à 165, e pela Norma Regulamentadora 5 - NR5. A CIPA é formada por representantes do empregador e dos empregados, para que estes, trabalhem de forma conjunta na elaboração de medidas de prevenção de acidentes no ambiente de trabalho. Todas as instituições regidas pela CLT deve ter a comissão instalada no local de trabalho, até mesmo as empresas públicas que tenha vínculo empregatício em conformidade com o regime supracitado.

O Decreto-lei nº 7.036/44⁸, em seu artigo 82 ressalta que:

Os empregadores, cujo número de empregados seja superior a 100, deverão providenciar a organização, em seus estabelecimentos, de comissões internas, com representantes dos empregados, para o fim de estimular o interesse pelas questões de prevenção de acidentes, apresentar sugestões quanto à orientação e fiscalização das medidas de proteção ao trabalho, realizar palestras instrutivas, propor a instituição de concursos e prêmios e tomar outras providências tendentes a educar o empregado na prática de prevenir acidentes (ZOCCHIO, 1980, p. 17).

⁷A CIPA foi elaborada inicialmente pela Organização Internacional do Trabalho – OIT, em 1921, a partir da organização de um Comitê de estudos, à respeito da segurança e higiene no trabalho.

⁸Com o advento do Decreto-lei nº 7.036, de 10 de novembro de 1944, há uma considerável ampliação do conceito de acidente do trabalho, representando um grande avanço na legislação acidentária brasileira. (ROSA, 2010)

Segundo Zocchio (1980), a CIPA⁹, representou a primeira e maior manifestação e conquista de atividades preventivas de acidentes de trabalho. A comissão busca firmar a relação saúde/doença e trabalho, visando à qualidade de vida, assim como, a promoção da saúde do trabalhador. Estão entre suas principais atribuições: elaborar anualmente o mapa de riscos das empresas, promover anualmente a Semana Interna de Prevenção de Acidentes – SIPAT, investigar e analisar os acidentes decorrentes no âmbito da empresa, estimular os empregados a prevenir-se contra acidentes e doenças do trabalho e promover medidas de segurança em parceria com a Serviços Especializados em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho, que vise a prevenção de acidentes no ambiente de trabalho.

No ano de 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social, a lei 3.807 de 26 de agosto de 1960, foi sancionada, após intenso debate na assembleia legislativa, a lei em questão estabeleceu a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão. No entanto, alguns representantes da classe trabalhadora não concordavam com a unificação dos institutos, pois acreditava-se que, a consolidação dos órgãos cessaria muitos direitos até então conquistados.

Para tanto, em 02 de janeiro de 1967, o processo de unificação se consolida, todos os IAP'S se reúne com o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU¹⁰) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social, e forma um único órgão, o Instituto Nacional de Previdência Social-INPS. Todos os trabalhadores de carteira assinada tinham acesso aos benefícios oferecidos, estes eram automaticamente contribuintes do sistema previdenciário. Após a fusão dos IAP'S, todos os benefícios já oferecidos pelos institutos foram mantidos.

Na década de 1960, o Brasil encontrava-se em fase de mudança institucional com o golpe de 1964, no qual os chefes do movimento militar assumiu o controle do país implantando a Ditadura Militar. Neste cenário, o Estado rompe de forma gradativa com a estrutura consolidada no governo populista, que instituiu o Estado de Bem-Estar Social. Presenciam-se na conjuntura do governo militar, momentos de avanços e recuos, no desenvolvimento da proteção social e da assistência à saúde.

Na visão de Cunha & Cunha (1998):

⁹ Vale destaca que o presidente da CIPA é indicado pelo empregador e mesmo sendo uma conquista do movimento sindical, há opiniões contrárias ao modelo de formação da comissão, pois acredita-se que a CIPA vem para desmobilizar os conselhos de fábricas e outras estruturas reorganizativas da classe trabalhadora.

¹⁰ Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência criado na década de 1950, pelo presidente Erico Gaspar Dutra, no entanto, só os contribuintes das Caixas de Aposentadoria e Pensão tinham direito a assistência médica oferecida pelo serviço de saúde.

A criação do INPS insere-se na perspectiva modernizadora da máquina estatal, aumenta o poder de recuo do Estado sobre a sociedade e representa uma tentativa de desmobilização das forças políticas estimuladas em períodos populistas anteriores. O rompimento com a política populista não significou alteração em relação à política assistencialista anterior; ao contrário, o Estado amplia a cobertura da Previdência aos trabalhadores domésticos e trabalhadores rurais, além de absorver as pressões por uma efetiva cobertura daqueles trabalhadores já beneficiados pela Lei Orgânica de Previdência Social. Excetuando os trabalhadores do mercado informal, todos os demais eram cobertos pela Previdência Social. Em relação à assistência médica, observa-se um movimento ainda mais expressivo de ampliação de cobertura (CUNHA; CUNHA,1998, p .6).

No que tange, à saúde do trabalhador, neste período os acidentes do trabalho eram assegurados através do decreto-lei nº 293, de 23 de fevereiro de 1967, este em seu Art. 1 considera acidente do trabalho, todo aquele que provoca lesão corporal ou perturbação funcional, causados no processo de trabalho, sejam eles resultantes de causa externa súbita, imprevista ou fortuita, que motive a morte ou a incapacidade do trabalhador. Além disso, o INPS, com a instituição do decreto descrito acima, garante a cobertura das doenças relacionadas ao trabalho.

O decreto define doença de trabalho como sendo:

- a) qualquer das chamadas doenças profissionais, inerentes a determinados ramos de atividade relacionadas em ato do Ministério do Trabalho e Previdência Social;
- b) a doença resultante das condições especiais ou excepcionais em que o trabalho for realizado (BRASIL, 1967).

A assistência médica oferecida aos trabalhadores ficava sob a responsabilidade das empresas e do INPS, cria-se, portanto, um novo modelo de atendimento, baseada na medicina de grupo. As despesas com a assistência à saúde, chegava a representar 30% dos gastos do INPS. Dava-se ênfase à atenção individual, assistencialista e especializada. Percebe-se, portanto, nesta nova modalidade de atendimento, o descaso com medidas públicas de prevenção de interesse coletivo.

Os convênios eram firmados com médicos e hospitais existentes no país, que cobravam pelos serviços oferecidos, tal fato, resultou na capitalização desses grupos, que conseqüentemente, fez com que o uso de medicamentos e de equipamentos hospitalares aumentassem, formando-se, porém, um complexo sistema médico industrial (POLIGNANO, 2008).

Diante da complexidade que havia se instalado no INP'S, com o sistema médico

industrial, fez-se necessário a criação de um novo instituto. Criou-se, portanto, em 1974 o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Este adotou inúmeras medidas para diminuir os custos com as despesas. Entre eles os investimentos nos serviços públicos de saúde através dos convênios com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na década de 1980.

O INAMPS instituiu um modelo de assistência à saúde que beneficiava apenas os trabalhadores formais de carteira assinada, e seus dependentes. Os trabalhadores rurais só tiveram acesso à assistência à saúde em meados da década de 80. Já os trabalhadores informais, aqueles sem vínculo empregatício, eram atendidos nos hospitais estaduais, municipais, filantrópicos e universitários, oferecidos pelo Ministério da Saúde. Aqui a assistência à saúde ainda não assumia um caráter universal, o país neste contexto, contava com um grande número de trabalhadores que sofriam de doenças e acidente de trabalho. O instituto, só foi extinto em 27 de julho de 1993 com a promulgação da lei 8.689.

No tocante a legislação trabalhista, esta em 1977 com a promulgação da lei nº6514/77, instituiu as Normas Regulamentadoras¹¹ (NRs) relativas à Segurança e Medicina do Trabalho através da portaria nº 3.214, cujo responsável pela elaboração foi o Ministério do Trabalho. As normas alterou o Capítulo V, título II da Consolidação das Leis Trabalhistas, relativa à Segurança e Medicina do Trabalho. O documento aborda diversos aspectos à respeito da saúde do trabalhador no local de trabalho. Atualmente existem no Brasil 35 Normas Regulamentadoras que constantemente vêm sofrendo alterações por meio de portarias estabelecidas pela Comissão Tripartite Paritária Permanente – CTPP do Ministério do Trabalho. Todas as empresas que admite empregados regidos pela CLT devem cumprir as exigências estabelecidas pelas NRs.

Na sequência dos acontecimentos, no ano de 1979, ocorre no Brasil a 1ª Semana de Saúde do Trabalhador- SEMSAT, que marcou o início da atuação sindical nas reivindicações, em prol de melhoria nas condições de trabalho, dos altos índices de acidentes e doenças profissionais, do não reconhecimento de doenças relacionadas ao trabalho, como a silicose, e por fim, a precarização na assistência à saúde. Participaram do movimento os sindicalistas e os profissionais de saúde.

¹¹Pode-se destacar dentre elas: a Norma Regulamentadora (NR5) da obrigatoriedade da criação da Comissão Interna de prevenção de acidente de Trabalho; a (NR7) da implantação do Programa de Controle Médico de Saúde ocupacional; a (NR9) do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA); a (NR15) relacionada ao grau de insalubridade existente no ambiente de trabalho; e a (NR17) que estabelece parâmetros para adaptação das condições de trabalho, que foram implementadas em 1978 com a lei nº. 3214/78.

O evento contribuiu para que em 1980 fosse criado o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e do Ambiente de Trabalho- DIESAT, seu principal objetivo consiste em assessorar o movimento sindical nas questões relativas à saúde do trabalhador. O DIESAT desenvolve pesquisas, estudo e atividade de formação, publicações e assessoria técnica sobre saúde do trabalhador, que dá suporte ao movimento sindical na sistematização das discussões, experiências e lutas pelo direito à saúde.

A fundação do DIESAT torna-se um importante componente nas lutas sindicais. Desde o início, a entidade marca presença nas campanhas contra os acidentes de trabalho, por melhores condições de trabalho e saúde e por melhores salários. De lá para cá, denúncias de exploração da mão-de-obra, de contaminações por produtos químicos e de ataques aos direitos são levadas ao conhecimento da população, fazendo do departamento uma ferramenta para a conquista da verdadeira cidadania (BRASIL, 2013).

Finalmente, a partir de década de 1980, o campo da saúde do trabalhador, começa a adquirir visibilidade, após o processo de mobilizações dos movimentos sociais e sindicais, o movimento da Reforma Sanitária¹² e a luta pela redemocratização, que ocorreram nas décadas de 1970 e 1980. Adota-se uma nova forma de pensar o processo saúde-doença, onde o trabalho é colocado como fator determinante da saúde. Neste período, as ações relativas à saúde do trabalhador começam a ser elaboradas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS¹³.

Mendes (1991b) ressalta que há neste período, o desvelamento das doenças relacionadas ao trabalho, tanto as doenças clássicas como as intoxicações por chumbo, mercúrio, benzeno e a silicose, quanto das novas doenças que surgiu nas nuances do trabalho como as lesões por esforço repetitivo – LER. As denúncias contra as políticas públicas e o sistema de saúde tornaram-se frequentes nesta década, uma vez que, os serviços oferecidos não atendiam as necessidades de saúde da população, nem dos trabalhadores.

O movimento sindical, que emergia para o “novo sindicalismo¹⁴”, dar à luz a novas práticas de saúde, através das reivindicações por melhores condições de trabalho. Tal prática surgiu, por meio da ampliação do debate, socialização das informações, inclusão de pautas

¹²A reforma Sanitária brasileira, enquanto reforma social concebida e desencadeada em um momento de crise de hegemonia, defendia a democratização do Estado e da sociedade (PAIM, 2009, p.31).

¹³ O Sistema Único de Saúde (SUS) tem o objetivo de prover uma atenção abrangente e universal, preventiva e curativa, por meio da gestão e prestação descentralizadas de serviços de saúde, promovendo a participação da comunidade em todos os níveis de governo (PAIM, 2011).

¹⁴ Liderado por direções sindicais contrárias ao sindicalismo oficial, que já demonstrava à época sinais de crise.

específicas nas negociações coletivas e a reformulação dos trabalhos das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes – CIPA.

A saúde do trabalhador com a nova roupagem amplia as discussões à respeito da temática. A VIII Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador são exemplos de eventos que debateram questões, até então, ocultadas, no que se refere a saúde do trabalhador.

No que tange a VIII Conferência Nacional de Saúde, esta lançou em 1986 a proposta para elaboração de um Sistema Único de Saúde, que garantisse o direito à saúde de todos os brasileiros. O evento reuniu diversos atores sociais, como profissionais da área da saúde, movimentos sindicais, e movimentos sociais, que participavam ativamente do processo de luta à favor da transformação dos serviços referentes à saúde.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada também em 1986, colocou em discussão estudos e propostas, desenvolvidos na época. Durante a conferência foram abordados os seguintes temas: o diagnóstico da situação de saúde e segurança dos trabalhadores, as novas alternativas de atenção à saúde dos trabalhadores, a Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores.

A Constituição Federal Brasileira promulgada em 1988 estabeleceu a definição do direito à saúde, como dever do Estado. E implantou o Sistema Único de Saúde – SUS, moldados nos princípios da universalidade, equidade e atenção integrada à saúde. Além disso, a CF/1988 pode ser considerada como um dos principais marcos legais que contribuíram para a legitimidade do campo da saúde do trabalhador.

A Constituição Federal de 1988 é referência para a saúde do trabalhador e a partir dos seus preceitos, segundo Dias (2000), são elaborados os instrumentos legais e definidas as políticas de saúde e segurança no trabalho. As responsabilidades pela atenção à saúde do trabalhador são compartilhadas de forma diferenciada por empregadores, trabalhadores (através de suas representações) e Estado (no seu papel de mediador e condensador das forças sociais). Na esfera do Estado, atuam nessa questão os Ministérios do Trabalho, da Previdência Social, da Saúde e do Meio Ambiente, a Justiça do Trabalho e a Promotoria Pública (SILVA, 2003. p.51).

Com a promulgação da Constituição, a saúde do trabalhador foi inserida no âmbito do SUS. O Sistema Único de Saúde deve elaborar ações que visem à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores expostos a risco e acidentes relacionados com o ambiente de trabalho.

A década de 1990, também foi palco de inúmeros acontecimentos históricos e institucionais para a saúde do trabalhador, dentre estes pode-se destacar:

- ✓ Criação do Instituto Nacional de Saúde do Trabalhador (INST) em 1990: O INST de acordo com a Organização Internacional do Trabalho do Brasil (2005), refere-se à o órgão de assessoria técnica e política da Central Única dos Trabalhadores, que atua na área da saúde, condições de trabalho, e meio ambiente com ênfase nas áreas de documentação, formação, publicação, estudos e pesquisas.
- ✓ Instituição da Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador em 1993: Criada através da portaria nº 1 de abril de 1993, com a finalidade de diagnosticar a situação geral da saúde dos trabalhadores e propor técnicas de integração entre o Ministérios da Saúde, da Previdência Social e do Trabalho. A comissão era formada por especialistas experientes e qualificados, que diagnosticaram na época que: “a situação de saúde dos trabalhadores no Brasil não refletia uma condição de cidadania plena (...) e o trabalho era, para muitos, fonte de morte, mutilações, doenças, desgaste ou sofrimento” (BRASIL, 1993).
- ✓ II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em 1994: Realizada em Brasília entre os dias 14 e 16 de março, o encontro contou com a presença de cerca de 900 participantes que juntos discutiram a “Construção de uma Política de Saúde do Trabalhador”. O evento representou um passo decisivo para a construção da política pública a respeito da temática (BRASIL, 1994).
- ✓ Criação do Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador no SUS em 1995: O sistema foi elaborado com a finalidade de averiguar os casos de acidentes, óbitos e doenças relacionadas ao trabalho. O banco de dados é composto por informações registradas pelos CEREST’S e pela Vigilância em Saúde dos municípios (SIST)¹⁵.
- ✓ Elaboração do Manual de Vigilância da Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos em 1997: o documento foi criado com o objetivo de controlar os danos causados à saúde daqueles que encontravam-se expostos a agrotóxicos (BRASIL, 1997).
- ✓ Encontro Nacional de Saúde dos Trabalhadores em 1999: O encontro aconteceu em Brasília entre os dias 16 e 18 de junho de 1999, cuja finalidade consistiu em refletir

¹⁵ Acesso em 01 de março de 2014.

sobre a prática de Saúde do trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde, com base na Constituição Federal e a Lei Orgânica de Saúde de 1989 (BRASIL, 1999).

Os fatos apresentados contribuíram para que no ano de 2002 fosse criada a Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador no SUS, por meio da Portaria Federal MS/GM nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. A RENAST é conceituada como uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o objetivo de implementar ações assistenciais de vigilância e de promoção, qualificando os serviços de saúde oferecidos no âmbito do SUS. A RENAST atua nos Estados e municípios através do Centro de Referência e Saúde do Trabalhador - CEREST (BRASIL, 2006).

Em 23 de agosto de 2012, finalmente a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSST, foi instituída, pela portaria nº1823. O objetivo desta política consiste em definir os princípios, diretrizes e estratégias, que irão nortear as três esferas de gestão no âmbito do SUS, no que tange a saúde do trabalhador. Dando ênfase à vigilância, visando à promoção e proteção dos trabalhadores, assim como, a redução da morbimortalidade, relacionadas com as condições de trabalho, frente ao processo produtivo.

1.2 A Política Nacional da Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT)

Após anos de luta para consolidação da saúde do trabalhador, finalmente em 2012, foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. A proposta de formular a política surgiu na I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, por parte dos profissionais de saúde e das entidades representativas da sociedade civil. Vale ressaltar o decreto presidencial da Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador, promulgado em 2011 este também contribuiu para instituição da PNSTT, o decreto pretendia “responder às pressões para superar a fragmentação das ações interministeriais no âmbito do trabalho, da saúde e da previdência” (GOMÉZ, 2013).

A PNSST ressalta que as ações pontuadas na política devem estar articuladas com as das políticas de saúde, além disso, o documento menciona os princípios, estratégias e diretrizes, que deve orientar as três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde, na efetivação das ações de atenção integral à saúde do trabalhador, visando à promoção e a proteção da saúde, e a redução da morbimortalidade causadas pelas doenças e acidentes

relacionados com o trabalho. Além disso, a PNSTT deve abarcar todos os trabalhadores, independentemente de sua localização (urbana ou rural), de sua forma de inserção no mercado de trabalho (formal ou informal) e de seu vínculo empregatício (público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado).

É notório que as ações propostas pela PNSTT, são relevantes para consolidação da saúde do trabalhador, e conseqüentemente da redução de danos causados por acidente e doenças provenientes do trabalho, no entanto, deve-se questionar se as ações propostas na formulação da política irão de fato se efetivar, nas instituições que visa melhores condições da saúde do trabalhador, visto que, os órgãos já enfrentam dificuldades na execução das ações antes propostas. Na visão de Gómez (2013):

Sem uma mudança na cultura assistencial que ainda persiste, dificilmente conseguiremos levar à prática o conjunto de diretrizes e estratégia requeridas para o desenvolvimento dessas ações em 100% dos CEREST's, conforme a meta prevista para 2015 pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério (GÓMEZ, 2013, p. 22).

Para Gómez (2013), para que as metas acima colocadas, fossem de fato cumpridas, seria preciso seguir as principais orientações previstas no planejamento estratégico, pois só assim seria possível, perceber avanços coletivos na atuação da RENAST. Além disso, o autor ressalta que falta formular por parte dos técnicos e gestores, um quadro que demonstre a situação da saúde do trabalhador em âmbito nacional, este seria utilizado como referência na elaboração de propostas, e estabelecimento de prioridades, metas e o meio para atingi-las (GÓMEZ, 2013).

1.3 O papel da Rede Nacional de Atenção Integral Saúde do Trabalhador (RENAST) e do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)

No ano de 2002, através da Portaria nº 1.679/GM, criou-se a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, com o objetivo de elaborar ações de saúde do trabalhador, em conjunto, com as demais redes existentes no âmbito do Sistema Único de Saúde. A proposta da criação da rede foi elaborada pela Coordenação de Saúde do Trabalhador (COSAT), inserida na Secretária de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

Por meio, da Portaria GM/MS nº 2437, de 07 de dezembro de 2005, a RENAST, foi revisada e ampliada, por conseguinte, no ano de 2009, a rede sofre novas alterações, através da Portaria 2.728 de 11 de novembro de 2011, esta adequou a rede ao Pacto pela Vida em Defesa do SUS.

A iniciativa de criar a rede surgiu quando técnicos do COSAT, perceberam que as ações elaboradas pelos centros de referência em saúde do trabalhador, da época, encontrava-se desarticulada do Sistema Único de Saúde. “Embora sua existência fosse considerada estratégica para a consolidação da área de saúde do trabalhador no SUS, observava-se um esgotamento de sua capacidade de contribuir para novos avanços” (LEÃO, p.2, 2011).

Os técnicos lançaram a proposta, acreditando-se que a criação de uma rede integral fortaleceria o vínculo da saúde do trabalhador no âmbito do SUS. Buscava-se elaborar uma rede que articulasse, agregasse e integrasse todos os programas acerca da saúde do trabalhador, existentes nos Estados e municípios do país. Contudo, após a instituição da RENAST, não foi possível perceber os avanços propostos, pelo COSAT. Logo fez-se necessário efetuar alguns ajustes e inovar a forma de atuação, tal fato, ocorreu por meio da Portaria nº 2.437/2005. A portaria menciona que o objetivo principal da rede, seria “integrar a rede de serviços do SUS voltados à assistência e à vigilância, a fim de desenvolver as ações de saúde do trabalhador” (LEÃO, p. 92, 2011).

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, hoje sob a responsabilidade da Coordenação Geral da Saúde do Trabalhador, tornou-se a principal estratégia de organização da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora-PNSST, no âmbito do SUS. A rede de informações e práticas de saúde atua através dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST, propondo implementar ações de vigilância, prevenção e de promoção da saúde, de acordo com a lei 8080/90. A rede abrange todos os trabalhadores, urbanos e rurais, com qualquer tipo de vínculo de emprego, e de inserção no mercado de trabalho.

Os CEREST's devem estar implantados em todas as capitais, nas regiões metropolitanas e municípios, sede de pólos de assistência, das regiões e microrregiões de saúde, estes darão suporte técnico e científico no âmbito do SUS, com o apoio de outros órgãos públicos, no que diz respeito à saúde dos trabalhadores.

Conforme previsto na Portaria 2.023 GM/MS, está sob a responsabilidade dos municípios, bem como, do Distrito Federal a implementação de ações de caráter curativo, preventivo, de promoção, e de reabilitação. Estas devem ser desenvolvidas de forma

descentralizada e hierarquizada, em todas as esferas do SUS, visando, garantir melhores condições de trabalho no processo produtivo.

Além disso, a RENAST é responsável pela organização da rede sentinela de notificação, presente em cerca de 5.230 municípios brasileiros. De acordo com Dias (2005), o termo sentinela, neste contexto, refere-se à rede de serviços de retaguarda, de média e alta complexidade, organizada, com a finalidade de garantir a geração de informação, assim como, viabilizar a vigilância em saúde do trabalhador.

A saúde do trabalhador com a implantação da RENAST passa a ter uma atenção mais qualificada, visto que, a proposta da rede é fazer com que o SUS, entenda e trabalhe com ações direcionadas aos trabalhadores vítimas de doenças e acidentes relacionadas ao trabalho.

Dias (2005) ressalta que:

Somente a partir do estabelecimento da relação entre o agravo ou doença com o trabalho e do registro no sistema de informação é possível coletivizar o fenômeno e desencadear procedimentos de vigilância que levem à mudança nas condições e ambientes de trabalho geradoras de doença. (...) as ações de Saúde do Trabalhador são desencadeadas a partir da identificação de um agravo à saúde ou de uma situação de risco, relacionados ao trabalho. A indissociabilidade das ações assistenciais e de vigilância da saúde constitui uma pedra angular da Saúde do Trabalhador (DIAS, 2005, p.8).

Até o ano de 2012, existiam no Brasil, cerca de 190 unidades do CEREST. No entanto, Leão (2011) aponta em seu artigo: *Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador: reflexões sobre a estrutura da rede*, algumas pesquisas, que evidencia os impasses e obstáculos que a rede tem enfrentado com a implantação dos CERESTs. A pesquisa de Andrade e Kassawara, no ano de 2004, em nove centros, sendo que cinco regionais, três estaduais e um municipal, distribuídos em três Estados Brasileiros, verificou que os centros estudados vêm concentrando suas ações na assistência, e que estes precisavam implantar: sistema de informação, sistema de capacitação, e canais de comunicação. É notório através da análise de Andrade e Kassawar, que os centros não têm posto em prática os princípios propostos pela rede, como a informação em saúde do trabalhador, e a capacitação em saúde do trabalhador.

No que tange a pesquisa de realizada por Chagas em 2006, em vários municípios da Bahia, esta revelou que as atividades do CEREST, se concentravam nas consultas em médico do trabalho. Percebe-se, portanto, que o centro baiano, pouco tem contribuído para prevenção de acidentes e doenças provenientes do trabalho, visto que, a atuação do órgão tem se

distanciado do objetivo que este propõe que consiste em: “atuar, prevenindo, controlando e enfrentando, de forma estratégica, integrada e eficiente, os problemas de saúde coletiva como as mortes, acidentes e doenças relacionados com o trabalho” (CEREST).

O relatório do I Encontro Nacional da Saúde do Trabalhador no Norte Fluminense, em 2008 também foi relevante para destacar alguns déficits que o CEREST, tem apresentado na localidade, a saber: escassez de ação de vigilância em saúde do trabalhador, baixa articulação intra-setorial, inexistência de pacto intersetoriais e baixa comunicação em saúde do trabalhador entre os municípios da região.

Estão entre os princípios e diretrizes que orientam a RENAST a:

1. Atenção integral à Saúde dos Trabalhadores;
2. Articulação intra - e intersetoriais;
3. Informações em Saúde do Trabalhador;
4. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas;
5. Capacitação permanente em Saúde do Trabalhador e
6. Participação da comunidade na gestão das ações em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2004).

Observa-se nas pesquisas supracitadas, que falta práticas mais condizentes com a universalidade, em conformidade com os princípios e diretrizes que norteia a RENAST. Faz-se necessário efetivar o que foi proposto pela rede na sua criação, só assim será possível, melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores, diminuindo os índices de acidente e doenças relacionadas ao trabalho.

1.4 O papel do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador (CESAT)

O Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador (CESAT) foi criado na Bahia em 1988, com o objetivo, de diagnosticar doenças relacionadas com o trabalho, reconhecer e controlar os riscos à saúde presentes nos ambientes de trabalho, acompanhar o Sistema de Vigilância do Trabalhador, implantar e acompanhar os Centros de Referência Regionais em Saúde do

Trabalhador, CERESTs, para o trabalho de regionalização das ações, e promover a capacitação de pessoal para atuação no âmbito do SUS. (CESAT¹⁶)

O CESAT iniciou suas atividades, no momento em que o Polo Petroquímico de Camaçari se instalava no Estado, com atividades de mineração, da agroindústria, da indústria têxtil, da indústria siderúrgica, metalúrgica entre outras. Hoje considerado o maior polo petroquímico do Hemisfério Sul.

O complexo industrial, além de trazer consequências drásticas para o meio ambiente, gerou agravos à saúde do trabalhador. Os trabalhadores envolvidos no processo produtivo estão expostos a substâncias tóxicas que colocam a vida destes em riscos, a exemplo o benzeno, substância cancerígena encontrada no petróleo.

No final dos anos 80, o movimento dos trabalhadores, começa a denunciar que estavam expostos níveis de benzeno, acima do tolerado. Surgiram nesta época além dos primeiros casos de leucopenia por exposição ao benzeno, casos de surdez nas indústrias, intoxicações por chumbo principalmente no município de Santo Amaro, e diagnóstico de casos de silicose pulmonar, entre trabalhadores das minas de ouro de Jacobina. (FERNANDES, 2011)

Os agravos relacionados ao trabalho, não eram notificados, pelas empresas, além disso, o sindicato não tinha ciência dos riscos que os trabalhadores estavam expostos, as reivindicações do movimento eram em prol do econômico como aponta Fernandes (2011):

O movimento sindical na época era voltado para a questão econômica. O pessoal visava muito à questão da economia, ou seja: os aumentos salariais, os auxílios creche, funeral e não atentavam muito para questão da saúde do trabalhador (FERNANDES *apud* PENA;BAPTISTA, 2011, p.105).

Em meio a este cenário, fez-se necessário a criação do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador (CESAT), este recebe encaminhamentos dos sindicatos, empresas, Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), dentre outros. Vale ressaltar que a instituição atende prioritariamente a região metropolitana de Salvador (FERNANDES; RÊGO, 2011).

O CESAT foi instituído em 14 de dezembro de 1988, ano marcado pela promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988 e, por conseguinte, da inserção da saúde do trabalhador na saúde pública. O centro inaugurou chamando-se de Centro de Estudos da

¹⁶ Acesso em 10 de janeiro de 2014

Saúde do Trabalhador Allende, sua equipe era composta por médicos, assistentes sociais, enfermeiras, e pessoal de nível médio.

Em parceria com a Secretária da Saúde do Estado (SESAB), da Universidade Federal da Bahia (UFBA), da Delegacia Regional do Trabalho, da Fundacentro e do INAMPS, o centro elaborou as primeiras propostas de programa integral de Saúde do Trabalhador. Nos primeiros anos de atuação colocava-se a identificação das doenças do trabalho como prerrogativa do CESAT. O atendimento ocorria da seguinte maneira: primeiro diagnosticava-se as doenças provenientes do trabalho, quando identificadas, os trabalhadores eram encaminhados para a Previdência Social para dar entrada ao benefício previdenciário. Várias foram as doenças detectadas nos primeiros anos de funcionamento, até então, os acidentes e doenças do trabalho eram omitidos. Segundo Rêgo (1992) no ano de 1972, apenas três acidentes foram notificados, tal fato torna-se improvável, se pararmos para analisar o modelo do processo produtivo que vigorava na época (FERNANDES; RÊGO, 2011).

No que tange a situação do Brasil, no período referenciado, registrava por ano cerca de um milhão de acidentes de trabalho, com aproximadamente 3200 por dia, sendo que desses 3200 casos, 13 acabava em óbitos (FIOCRUZ, 1987). O Brasil ocupava um dos primeiros lugares no *ranking* de países com taxa mais elevada de acidentes de trabalho.

A saúde do trabalhador era assegurada pela previdência social, esta oferecia os serviços precários com assistência médica de caráter assistencialista. Os médicos do trabalho responsáveis pelos atendimentos na Bahia, não fazia os procedimentos adequados, as doenças não eram identificadas, a exemplo da silicose. Segundo Meana (1986), não se diagnosticavam nenhum caso de silicose na época, no entanto a expectativa era de que fossem registrados em média 200 casos por ano. Durante a Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador na Bahia (1988), constatou-se que:

[...] as atividades de Medicina do Trabalho, Segurança e Saúde se caracterizavam pela: ausência absoluta de controle social - conceito esse inexistente neste período, tendo em vista, o regime de exceção de natureza militar; por um sistema de controle de prevenção de disperso em uma miríade de órgãos dependentes de vários ministérios e entidades locais, porém todos compondo um leque de ineficácia e inoperância; por uma burocracia excessiva do sistema previdenciário, o qual era “arrendado” pelo setor privado da medicina; pela ausência de um sistema de informações sobre acidentes de trabalho e doenças de trabalho; por precariedade na formação dos recursos humanos para o campo; falta de informações e orientações aos trabalhadores sobre serviços capazes de assegurar informações básicas de atenção à saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação das doenças e acidentes de trabalho (BAHIA, 1988).

Na Bahia, após a implantação do CESAT, constatou-se que os índices de doenças do trabalho tiveram aumento significativo, “saíram de um padrão de em média 10 a 20 casos anuais, para aproximadamente 1000 casos em 1994”. (CESAT, 1995).

Na década de 90, ao mesmo tempo, que à saúde do trabalhador, emergia no âmbito do SUS, o CESAT, se legitima e passa a ser reconhecido como referência das ações assistenciais. O centro atua na perspectiva de intersetorialidade, e vem participando de vários processos relativos ao ambiente de trabalho. Além disso, vale destacar que o órgão atua em conjunto com instituições ambientais do Estado, Centro de Estudos de Recursos Ambientais e Conselho Estadual do Meio Ambiente.

CAPÍTULO 2. A RELAÇÃO ENTRE TRABALHO E SAÚDE

2.1. As mudanças no mundo do trabalho e os agravos à saúde do trabalhador

Quando mencionamos as questões relacionadas aos agravos à saúde do trabalhador, não podemos deixar de citar dois momentos históricos que marcaram o mundo do trabalho no século XX, o fordismo/taylorismo inserido por Henry Ford e Frederick W. Taylor, que desenvolveram métodos para inovar o trabalho na produção; e o Toyotismo, modelo conhecido como acumulação flexível, adotado após a crise do capitalismo na década de 70.

O binômio taylorismo/fordismo processo de trabalho que vigorou até o início da década de 1970, baseava-se na produção em massa de mercadorias, onde o trabalhador perdia a noção do conjunto do processo produtivo¹⁷, tornando-se, portanto, trabalhadores alienados submetidos a atividades repetitivas, desprovidas de sentido. A situação imposta à classe trabalhadora implicava num sacrifício demasiadamente pesado, tanto objetiva quanto subjetivamente, sendo que, ao esvaziar-lhes o conteúdo do trabalho, respectivamente intensificava-o em termos de carga necessária à sua execução. (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYER, 1994).

Na visão de Foucault (1988):

O controle disciplinar não consiste simplesmente em ensinar ou impor uma série de gestos definidos; impõe a melhor relação entre um gesto e a atitude global do corpo, que é sua condição de eficácia e rapidez. No bom emprego do corpo, que permite um bom emprego do tempo, nada deve ficar ocioso ou inútil: tudo deve ser chamado a formar o suporte do ato requerido (FOUCAULT, 1988, p.138).

Organizava-se o processo produtivo sem a participação dos trabalhadores, tal situação suprimia a capacidade intelectual dos operários, já que, cada trabalhador responsabilizava-se em exercer apenas uma função/tarefa no processo produtivo. O trabalho deveria ser feito no menor tempo possível para garantir aos empregadores o acúmulo de capital. O trabalhador

¹⁷ O processo produtivo era baseado em métodos e sistema de racionalização do trabalho, bem como, na disciplina dos operários. Prezava-se a prática da divisão do trabalho, enfatizando tempos e métodos a fim de assegurar seus objetivos, que consistia em produzir ao máximo com baixo custo.

desconhecia a própria realidade, executavam suas funções como se fosse parte das máquinas, que executavam.

Tal modelo produtivo, apoiava-se nas políticas keynesianas, estas eram alicerçadas no compromisso capital e trabalho, no qual, a regulação ficava sob a responsabilidade do Estado. Os Estados Unidos e os países europeus mais industrializados, estabeleceu este modelo de Estado. Antunes (2001) afirma que:

Junto com o processo de ascensão do modelo taylorista-fordista erigiu-se um sistema de compromisso e regulação, limitado a uma parcela de países avançados, que oferecia a ilusão de que o sistema de metabolismo social capital pudesse ser efetiva, duradoura e definitivamente controlado, regulado e fundado num compromisso entre capital e trabalho mediado pelo Estado (ANTUNES, 2001, p.38).

O “compromisso” e a “regulação” pactuado pelo Estado referia-se à elaboração de políticas sociais redistributivas e oferta de empregos moldados aos interesses do capital. Para manter os lucros com a produção, precisava-se de uma demanda estável, portanto, é neste contexto que o governo dar início a implantação de políticas públicas nas áreas da assistência social, médica, educação e habitação, visando principalmente a massa dos trabalhadores assalariados, ou seja, garantia-se alguns direitos sociais, no intuito de intensificar o poder de compra dos trabalhadores, e por conseguinte, aumentar a produção e o acúmulo de capital. Os direitos sociais, supracitados, eram financiados pelo Estado com o fundo público arrecadado através dos impostos. Além dos direitos sociais, o Estado assegurava alguns direitos trabalhistas e oferecia altos salários aos empregados, tal fato, fazia com que os trabalhadores suportassem as formas tayloristas/fordistas de exploração do trabalho (BATISTA, 2008).

O Estado buscava canalizar o fundo público, tanto para o financiamento do capital, quanto para a reprodução da força de trabalho, movido pela lógica de que, para impulsionar a produção, há que ampliar mercados e preservar um certo poder aquisitivo da população, capaz de viabilizar o consumo de mercadorias e dinamização da economia (IAMAMOTO 2000, p.30).

Santos (2009b) afirma que os trabalhadores trocou a “luta revolucionária” pela seguridade social, uma vez que, a burguesia através do Estado, (que assumia o papel de regulador) passou a controlá-los. As políticas de proteção social do Welfare State configurou-se como instrumento que serviu para legitimar os interesses do capital, que almejava reconstruir o mundo capitalista.

Em se tratando do Brasil, o país adotou o modelo de produção taylorismo-fordismo, em 1940 nas grandes empresas, principalmente no estado de São Paulo. No entanto, deve-se ressaltar que no âmbito nacional, o processo de massificação do consumo se deu de forma restrita. Além disso, o modelo de Estado baseado nas políticas da teoria keynesiana não se concretizou no Brasil, logo, presenciou-se na época um certo descaso social, elevou-se a violência urbana, as carências sociais e a miséria.

No que tange os direitos trabalhistas, conforme Ferreira (1993), não houve no país transferência dos ganhos gerados pela produtividade para os trabalhadores. Ademais, no Brasil não foi concretizado a política do pleno emprego, logo, o desemprego estrutural nunca deixou de existir no país. Quanto aos agravos à saúde do trabalhador, assim como, nos países desenvolvidos, o taylorismo/fordismo no Brasil, em consequência da organização do trabalho imposta, (explorando ao máximo os operários), gerou vários danos à saúde dos empregados, já que, o trabalhador era submetido a rotinas produtivas pesadas e desgastantes com movimentos repetitivos, ritmo de trabalho acelerado, controle permanente e extrema parcelização das tarefas.

De acordo com Pena (2008), o novo modo de produzir gerou vários impactos na saúde do trabalhador, houve o aumento das doenças de trabalho típicas como: perdas auditivas induzidas pelo ruído, intoxicações no trabalho, pneumopatias ocupacionais dentre outros. Além disso, percebeu-se o aumento das doenças cardiovasculares e psicossomáticas, fadiga psíquica, depressão e estresse, doenças do sistema músculo esquelético e distúrbios de comportamento (PENA, 2008).

O modelo produtivo supracitado manteve-se no auge nas décadas de 1950 e 1960, porém, em 1970 o taylorismo/fordismo começa apresentar sinais de crise, crise esta que perdura até os dias atuais. Segundo Antunes (1999) contribuíram para a crise do modelo produtivo: a queda na taxa de lucros, causada pelo aumento do preço da força de trabalho, conquistado pelos trabalhadores após processo de reivindicações dos movimentos sindicais travados na década de 60¹⁸; o desemprego estrutural que se manifestou à época, e conseqüentemente, reduziu o consumo, problemática que o modelo taylorista/fordista não conseguiu superar; e a crise do Estado de Bem-Estar Social seguido do aumento das privatizações.

¹⁸As lutas por melhorias das condições de trabalho e pelo controle social da produção, ocorridas nos anos 60, teve papel determinante no rompimento da separação entre elaboração e execução, uma vez que reivindicavam, entre outras pautas básicas, também uma maior participação do operariado na organização do trabalho (Antunes, 1999).

Diante do cenário de crise do taylorismo/fordismo, o capital elabora um novo modelo de produzir, inicia-se um processo de reorganização nas suas formas de dominação societal, buscou-se não só organizar o processo produtivo, mas também, recuperar a hegemonia nas diversas esferas da sociabilidade, tal fato, teve como principal resultado a emergência do neoliberalismo, com a privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho e a falência do setor público estatal (ANTUNES, 1999). Surge, portanto, o modelo produtivo baseado no Toyotismo, modelo japonês que se expandiu para vários países do Ocidente, com uma nova forma de organização do capital e de relação entre o capital e trabalho.

O Toyotismo conhecido como o modelo de acumulação flexível ao contrário do modelo de produção taylorista/fordista que produzia em massa, prezava pela eficiência e qualidade do produto, além disso, os trabalhadores que antes desempenhava apenas uma função dentro do processo produtivo, começa exercer várias funções, conforme a necessidade das empresas. Pretendia-se romper com a imagem negativa do trabalho, posta pelo modelo anterior, onde o trabalhador era explorado e submetido a condições precárias de trabalho. Investia-se em “programas de “qualidade total” fundados na constituição de um trabalhador polivalente, multifuncional, integrado ao processo produtivo, livre para dele participar e nele interferir” (PERES, 2010). No entanto, Iamamoto (2000) ressalta que:

O estímulo à figura do trabalhador poli valente, capaz de realizar múltiplas atividades ao mesmo tempo e pelo mesmo salário, rompe as rígidas barreiras das especialidades profissionais, especialmente nas funções de menor qualificação. Expressa a indiferença do trabalhador assalariado em relação ao tipo ou qualidade do trabalho que desenvolve [...] Mostra, em outros termos, o estranhamento do trabalhador em relação à sua própria atividade realizada sob controle alheio, em que o trabalho remunerado é mero meio de obtenção do equivalente de seus meios de vida, pois o que produz para si é o salário ou equivalente monetário dos meios de sobrevivência (IAMAMOTO, 2000, p.90).

O Toyotismo, de acordo com Peres (2010) foi marcado por acarretar graves consequências para o trabalhador, como: a perda de direitos trabalhistas, a destruição do sindicalismo, a intensificação do trabalho com a implantação do sistema *just-in-time*¹⁹, além do aumento da terceirização no processo produtivo, que contribuiu para o aumento do desemprego e da precarização do trabalho.

¹⁹Sistema *just-in-time* (em tradução literal: “em cima da hora”). Nesse sistema, a importação das matérias-primas e a fabricação do produto acontecem de forma combinada com os pedidos dos consumidores, com prazo de entrega a ser cumprido. (Pena, 2013)

Percebe-se portanto, que assim como, o Taylorismo/fordismo, o modelo de acumulação flexível, afeta a “objetividade” e a “subjetividade” da classe-que-vive do trabalho²⁰ como menciona Antunes (1995), em ambos, modelos nota-se formas diferenciadas de exploração e alienação. Marx, em seus escritos ressalta que neste processo produtivo baseado no capitalismo, a atividade torna-se estranha ao trabalhador, assim como o produto, resultante da sua força de trabalho.

Pode-se afirmar que, os processos de trabalho acima descrito, ainda que, analisado no ambiente fabril, trouxe reflexos significantes que podem ser identificados no processo de trabalho das demais categorias profissionais da contemporaneidade. De acordo com Abramides & Cabral (2003), as transformações sofridas no mundo do capital, tanto no processo produtivo, quanto na esfera do Estado vem destruindo conquistas sociais históricas da classe trabalhadora na luta por melhores condições de vida e trabalho.

A terceirização²¹, por exemplo, que emerge no bojo da reestruturação produtiva do capital, configura-se como uma das inovações organizacionais mais importantes do capital nas últimas décadas, esta portanto, tem contribuído para a precarização do trabalho, não só no setor privado, mas também no setor público²².

2.2 A terceirização e a saúde do trabalhador da limpeza pública

A terceirização e a precarização, presentes no mundo do trabalho, são fatores indissociáveis. Tal fato se confirma, quando analisamos a saúde e segurança dos trabalhadores envolvidos neste processo, no Brasil, de acordo o Ministério do Trabalho (2005) os trabalhadores terceirizados são os que estão mais expostos aos riscos ocupacionais. Dados do Ministério do Trabalho apresentados em um seminário a respeito da temática, revelaram que de 10 acidentes que ocorrem no Brasil, 8 referem-se a acidentes oriundos de empresas terceirizadas, além disso, constatou-se que de cada 5 óbitos decorrentes de acidentes de trabalho, 4 desses casos aconteceram em empresas prestadoras de serviços.

Ao transferir os serviços para empresas terceirizadas, transfere-se também os riscos do processo de trabalho. Nota-se que, as áreas de limpeza geral, lavadeira e limpeza pública são

²⁰Para Antunes, o que existe hoje é uma “classe -que-vive-do-trabalho” que engloba o proletariado industrial e o conjunto dos assalariados que vendem sua força de trabalho e os que estão desempregados.

²¹Terceirização designa o processo de descentralização das atividades da empresa, no sentido de desconcentrá-las para que sejam desempenhadas em conjunto por diversos centros de prestação de serviços e não mais de modo unificado por uma só instituição (NASCIMENTO, 1998).

²² A administração pública gerencial inspira-se na administração de empresas (Brasil, 1995)

frequentemente terceirizadas, tal prática, tem colocado os trabalhadores constantemente expostos a doenças ocupacionais como HIV-AIDS e Hepatites, isso porque, os acidentes com materiais perfuro cortantes são rotineiros no ambiente de trabalho desses profissionais. No que tange a limpeza pública, (que será melhor elucidada no capítulo posterior), a administração pública tem optado por contratar este tipo de serviço, por conta, do baixo custo, visto que, o processo de contratação das empresas se dá por via de processo licitatório (DIEESE, 2011). No entanto, a diminuição dos custos, tem refletido nas condições de trabalho do profissionais, pois, intensifica-se as jornadas de trabalho, o ritmo e as exigências, mas não oferecem medidas que vise a proteção da saúde dos trabalhadores.

Ferreira (1997) ressalta que:

A adoção do modelo mundial de terceirização e/ou privatização dos serviços de limpeza urbana nos países em desenvolvimento pode ter um reflexo negativo sobre a saúde dos colaboradores, já que, além de uma redução nos seus padrões salariais, a rotatividade é extremamente elevada nas empresas privadas do setor. Isso inviabiliza programas de treinamento e de prevenção, podendo resultar em um aumento no número de acidentes e na deterioração dos padrões de saúde dos referidos colaboradores (FERREIRA, 1997).

Na limpeza pública urbana, os coletores de lixo, são responsáveis em recolher todos os resíduos sólidos dos municípios para garantir a qualidade de vida da população. Portanto, nota-se que, estes profissionais encontra-se em seu ambiente de trabalho expostos aos variados tipos de riscos ocupacionais, devido à falta de treinamento por parte das empresas e do Estado, bem como, das condições precárias de trabalho. Esses fatores colocam a saúde dos trabalhadores em risco, e contribuem para o aparecimento de doenças no ambiente de trabalho. De acordo com Lazzari (2011) os coletores de lixo urbano tem se deparado com uma rotina de trabalho, intensa e portanto desgastante, isso porque, “os trabalhadores andam, correm, sobem e descem ruas, levantam diferentes pesos e suportam sol, chuva, frio e variações bruscas de temperatura realizando suas atividades de trabalho de forma árdua, sujeitos às intempéries climáticas” (LAZZARI ,2008 *apud* COELHO, 2012, p. 16).

A organização do processo de trabalho da coleta de lixo urbana é constituída de um tecnologia precária, praticamente manual, já que, o corpo é colocado como principal instrumento de trabalho. (VELLOSO et. al, 2008a). Além disso, contribui para a precarização do trabalho de coleta: os salários baixos que são oferecidos, a desqualificação do trabalho, a desqualificação social, a falta de capacitação e de atenção à saúde desses profissionais (DIEESE, 2011). Logo, percebe-se que a precarização das condições de trabalho, reflexo do

modelo de acumulação flexível, tem uma relação intrínseca com os danos causados à saúde dos trabalhadores da limpeza pública da contemporaneidade, visto que, os ambiente de trabalho precários tem colocado os trabalhadores expostos aos variados tipos de riscos ocupacionais.

2.3 Riscos ocupacionais

As mudanças nas formas da organização do trabalho, que aconteceram nas últimas décadas tem contribuído para o aumento dos agravos à saúde dos trabalhadores. Sabe-se que o cuidado com a segurança e saúde dos trabalhadores ganhou maior visibilidade nos últimas décadas com a inserção de leis²³ mais rígidas que garantem o direito à saúde e segurança dos trabalhadores no âmbito do trabalho, no entanto, vale ressaltar que apesar dos avanços, os profissionais encontram-se durante sua jornada de trabalho, submetido a riscos ocupacionais que podem comprometer sua qualidade de vida. Segundo Bulhões (1994) riscos à saúde do trabalhador são todos os fatores ambientais que podem causar lesão, doença e inaptidão ou afetar seu bem estar.

De acordo com Pignati (2007) estas situações de riscos têm origem na organização dos processos de trabalho influenciados por dinâmicas sociais, tecnológicas e de promoção de saúde, que necessitam serem vigiadas pelos trabalhadores, pela população afetada/agravada e pelo Estado, no sentido de serem eliminadas num processo de vigilância à saúde no trabalho. (PIGNATI, 2007)

As Normas Regulamentadoras criadas pela Secretária de Segurança e Saúde do Trabalhador têm como principal objetivo identificar e criar ações que vise à prevenção dos riscos ocupacionais. A exemplo, pode-se citar a Norma Regulamentadora de número 5, que ressalta que as Comissões Internas de Prevenção de Acidente - CIPA, têm como uma de suas principais atribuições identificar os riscos no processo de trabalho e elaborar o mapa de riscos²⁴, com a participação dos trabalhadores e a assessoria do Serviço Especializado em

²³**Pode-se citar:** a Lei 8080/90 entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

As Normas Regulamentadoras- As Normas Regulamentadoras (NRs) são de observância obrigatória pelas empresas privadas e públicas e pelos órgãos públicos de administração direta e indireta, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Estabelece a importância, funções e competência da Delegacia Regional do Trabalho (SESMT, 2012).

²⁴ Ver tabela de riscos em anexo

Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT. O órgão é formado por metade de representantes dos empregadores e a outra parte por funcionários, o movimento sindical é obrigado a fiscalizar o processo eleitoral e sua atuação, para que a comissão não venha servir os interesses dos empregadores, por esta razão que o sindicato discorda deste modelo de formação paritária, os empregadores tem indicado representantes que prezam pelos interesses da empresa, ou seja, que atuam de forma contrária a luta dos trabalhadores.

O mapa de risco elaborado pelo órgão diz respeito à identificação de agentes perigosos presentes no ambiente de trabalho, estes são classificados segundo os tipos de riscos: acidentes, ergonômicos, químicos, biológicos e físicos. (SESMT).

De acordo com Mattos & Freitas (1994):

Mapa de Risco é uma representação gráfica de um conjunto de fatores presentes nos locais de trabalho, capazes de acarretar prejuízos à saúde dos trabalhadores: acidentes e doenças de trabalho. Tais fatores têm origem nos diversos elementos do processo de trabalho (materiais, equipamentos, instalações, suprimentos e espaços de trabalho) e a forma de organização do trabalho (arranjo físico, ritmo de trabalho, método de trabalho, postura de trabalho, jornada de trabalho, turnos de trabalho, treinamento, etc. (MATTOS; FREITAS 1994, p. 1).

No que tange, os riscos ocupacionais presentes no ambiente de trabalho dos coletores de lixo, este segundo Anjos e Ferreira (2001), estão expostos a seis riscos ocupacionais, a saber; físico, químico, ergonômico, biológico, acidentes e sociais. Os coletores de lixo, ou gari²⁵ como é conhecido pela população, está diariamente em contato com agentes que são prejudiciais à saúde, tal fato, faz com que a profissão seja colocada como uma das mais arriscadas e insalubres (NEVES, 2003).

Os coletores de lixo de acordo com a Fundacentro²⁶ (2010) carregam em média de 3.000 a 12.000 quilos de lixo por dia, além disso, chegam a correr de 30 a 40 quilômetros para recolher todo o lixo das vias públicas. Para dar conta da demanda os profissionais executam as tarefas em ritmo intenso, coletando vários sacos pelas mãos, sob os braços e apoiando-os no tórax, estes procedimentos colocam os profissionais em riscos de acidentes, causados por materiais perfuro cortantes, lesões musculares e problemas na coluna.

²⁵ A denominação gari, dada aos coletores de lixo, surgiu na década de 40, com a empresa “Irmãos Gari”, que prestava serviços de coleta e transporte de lixo no Rio de Janeiro. Em função desse trabalho e sua permanência nesta execução, os coletores de lixo passaram a ser chamados de Garis. (Santos, 1999)

²⁶ Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e medicina do Trabalho, vinculada ao Ministério do Trabalho e Emprego

Conforme Velloso et al. (1997b), coletores de lixo se veem obrigados a ter que lidar com uma realidade universalmente abjeta. Por isso, deveriam receber, com redobrada atenção, informações necessárias relativas à saúde, à proteção e à segurança no trabalho, além de supervisão constante, sendo orientados quanto à utilização adequada dos equipamentos de proteção (VELLOSO et al, 1997b).

Cada risco ocupacional presente no ambiente de trabalho apresenta agentes nocivos à saúde dos trabalhadores da coleta de lixo, que quando não evitados podem causar doenças ocupacionais, que comprometem seu bem estar físico, mental e social. Tais riscos geralmente são ocasionados por conta da sobrecarga física e mental e ambiente de trabalho inseguros.

Os **riscos físicos** de acordo com Soares (2006) referem-se às várias formas de energia que os trabalhadores estão expostos, como ruído, vibrações calor, frio, pressões umidade, radiações ionizantes e não ionizantes. Quando os trabalhadores são expostos a essas energias em quantidade superior à que o organismo suporta, podem posteriormente desenvolver algum tipo de doença profissional. O ruído, por exemplo, quando em excesso nas operações de gerenciamento dos resíduos executada pelos coletores de lixo pode provocar a perda parcial ou permanente da audição, cefaleia, tensão nervosa, estresse, hipertensão arterial. Além disso, o odor gerado pelo lixo quando inalado pelos trabalhadores que executam sua função próxima ao equipamento que transporta o lixo, causam mal-estar, cefaleias e náuseas. A exposição excessiva ao sol sem o uso do protetor solar também podem gerar problemas dermatológicos, a exemplo o câncer de pele e queimaduras.

Os trabalhadores em seu cotidiano profissional também se deparam com substâncias químicas que compromete à sua saúde. De acordo com a Fiocruz²⁷ são agentes de **risco químico** as substâncias, que afetam o trabalhador pelas vias respiratórias, dérmicas ou digestivas, como: gases, poeira, vapores, ou seja, toda substância com composto químico, que causa irritação na pele e nos olhos, queimaduras leves, e danos mais graves como os causados por incêndio ou explosão. Vale ressaltar que muitos trabalhadores não conhecem os riscos que estão expostos durante sua jornada de trabalho. Em relação aos riscos químicos o Ministério da Saúde destaca que:

O reconhecimento e a análise dos riscos relacionados a agentes químicos são atividades prioritárias para qualificar a intervenção na defesa da saúde do trabalhador: quem não reconhece não pode avaliar e prevenir o risco. Quem melhor conhece o ambiente e os riscos a que está submetido é o trabalhador

²⁷Para mais informações acessar o site http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab_virtual/riscos_quimicos.html acesso em 28 de fevereiro de 2014.

e sua participação é fundamental em todas as ações que envolvam sua saúde (BRASIL, p.8, 2006).

Os **riscos biológicos** é considerado como um dos riscos ocupacionais que ocorrem por meio do contato com microrganismos de origem animal ou vegetal como: vírus, bactérias, protozoários, parasitas, fungos e bacilos. O trabalhador quando exposto a esses microrganismos, arriscam-se a desenvolver doenças ocupacionais que compromete sua qualidade de vida. Para que tais riscos não venham atingir o profissional, faz-se necessário a elaboração de medidas preventivas por parte dos empregadores e do Estado como estabelecidos nas Normas Regulamentadoras (NRs) bem como, nos demais instrumentos legais que garantem a saúde e segurança dos profissionais no ambiente de trabalho (COLLINS e KENNEDY, 1996 *apud* FERREIRA e ANJOS, 2001).

As doenças podem ser transmitidas direta ou indiretamente pelos eventuais agentes biológicos presentes nos materiais que os trabalhadores tem contato durante a coleta. Os microrganismos são encontrados em lenços de papel, curativos, fraldas descartáveis, papel higiênico, absorventes, agulhas, seringas descartáveis e camisinhas, descartados pela população, ou instituições como clínicas, farmácias e hospitais, que geralmente misturam esses materiais aos resíduos domiciliares (COLLINS e KENNEDY, 1996 *apud* FERREIRA e ANJOS, 2001).

No que tange os **riscos ergonômicos**, estes diz respeito a qualquer fator que venha interferir as características psicofisiológicas do trabalhador trazendo desconforto ou afetando sua saúde, refere-se a riscos ergonômicos: o levantamento e transporte manual de peso, o ritmo excessivo de trabalho, a monotonia, a repetitividade, a responsabilidade excessiva, a postura inadequada de trabalho, o trabalho em turnos, entre outros (FIOCRUZ²⁸).

De acordo com Ferreira & Anjos (2001), os coletores de lixo estão expostos a riscos ergonômicos devido à sobrecarga da função osteomuscular e da coluna vertebral, com conseqüente comprometimento patológico e adoção de posturas forçadas que causa desconforto durante a jornada de trabalho. Pode-se citar como exemplo, a varrição de rua, a roçagem e a capinação que exige do trabalhador movimentos repetitivos e monótonos, bem como, a postura inadequada. Soma-se a isso, o levantamento de peso na remoção do lixo, e a corrida para alcançar os caminhões da coleta.

²⁸Tipos de risco. Disponível em: http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/virtual%20tour/hipertextos/up1/-tiposde_riscos.html. Acesso em 26 de fevereiro de 2014.

A carga de trabalho dos garis aumenta com o crescimento populacional das cidades e esses profissionais precisam responder a diferentes objetivos: da empresa, da comunidade, bem como os pessoais, ou seja, dos próprios trabalhadores. Para atingir tais objetivos, os trabalhadores precisam lidar com diferentes exigências de tempo, qualidade e segurança, desenvolvendo estratégias e regulações a fim de manter sua carga de trabalho aceitável (VASCONCELLOS, 2008, p.3).

Os **riscos de acidentes** de trabalho também são comuns no cotidiano de trabalho do coletor de lixo. O artigo 165 da Consolidação das Leis do Trabalho²⁹ relata que, quando as medidas de ordem geral não oferecem completa proteção contra os riscos de acidentes, caberá à empresa fornecer, gratuitamente, equipamentos de proteção individual, tais como: óculos, máscaras, luvas, capacetes, cintos de segurança, calçados, roupas especiais e outros, que devem ser de uso obrigatório por parte dos empregados (CONCEIÇÃO; CAVALCANTI, 2001).

Segundo a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, alterada pelo Decreto nº 611, de 21 de julho de 1992, no art. 19º:

Acidente do Trabalho é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho, a serviço da empresa ou ainda, pelo serviço de trabalho de segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução da capacidade para o trabalho permanente ou temporária(BRASIL, 1992).

O Ministério da Previdência Social registrou no ano de 2011, cerca de 711.164 casos de acidentes de trabalho, desses 2.884 resultaram em morte. Em 2012 houve uma leve queda no número de vítimas fatais registrou-se cerca de 2.739 casos de óbitos. Os números demonstram que os trabalhadores brasileiros ainda encontram-se submetidos a regimes de trabalho que colocam sua vida exposta a riscos, são trabalho precários, com jornadas de trabalho inadequadas, com baixas remunerações e com falta de medidas para prevenção de acidentes de trabalho.

A tabela a seguir ressalta os principais acidentes que estão presentes no ambiente de trabalho dos coletores de lixo:

²⁹Consolidação das Leis Trabalhistas - 1943

QUADRO I - Riscos à acidentes

ACIDENTES	CAUSAS
CORTES COM VIDROS	Falta de conscientização da população ao armazenar cacos de vidro de forma inadequada no lixo. Isso ocorre pelo fato, de não existir nos municípios ações para informar a população à respeito dos riscos que o lixo causa aos coletores.
PERFURAÇÕES	Armazenamento inadequado de pregos, seringas, espinhos etc.
ATROPELAMENTO	Falta de colaboração dos motoristas no trânsito, e ausência de fornecimento de roupas de sinalização por parte das empresas.
QUEDA DE VEÍCULO	Inadequação dos veículos para transportar o lixo, geralmente são utilizados o caminhão de coleta em que os trabalhadores são transportados dependurados no estribo traseiro, sem nenhuma proteção (os veículos de coleta são construídos com base na tecnologia dos países desenvolvidos, onde a coleta é realizada por guarnições de no máximo dois homens, que viajam na cabine junto com o motorista) (ROBAZZI et al., 1992).
MORDIDA DE CÃES	Os moradores colocam os sacos de lixo ao alcance dos animais. Os cães, principalmente os vira-latas, de acordo com Végas (2002) assume o lixo como sua propriedade.

Fonte: Elaboração própria com base no texto de Oliveira ,2012.

Para amenizar os riscos a acidentes bem como, os demais riscos ocupacionais presentes no processo de trabalho dos coletores de lixo, faz-se necessário que os empregadores forneçam aos profissionais todos os Equipamentos de Proteção Individuais – EPI’s conforme estabelecido na Norma Regulamentadora de número 6. “Para os fins de

aplicação desta Norma Regulamentadora - NR, considera-se Equipamento de Proteção Individual - EPI, “todo dispositivo ou produto, de uso individual, utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos que possam ameaçar a segurança e saúde no trabalho” (ABRAPA, 2009).

Além dos EPI's, é indispensável à elaboração de ações por parte dos empregadores e do Estado, de caráter coletivo, para que se concretize o direito a saúde e segurança prevista nas Normas regulamentadoras e nas legislações referentes a saúde do trabalhador.

No que se refere aos **riscos sociais** Ferreira & Anjos (2001) destaca a falta de treinamentos adequados para os coletores de lixo, visto que, a capacitação oferecida a esses profissionais geralmente carece de informações suficientes para que os trabalhadores reconheçam os riscos profissionais que o ambiente de trabalho proporciona, para que assim, seja possível, avaliar e prevenir os riscos, e conseqüentemente diminuir os índices de doenças ocupacionais. Além disso, contribui para este tipo de riscos, a falta de sensibilização por parte da sociedade, ao descarta o lixo de forma indevida.

2.4 Principais doenças ocupacionais

As doenças ocupacionais são aquelas relacionadas com as condições de trabalho em que os profissionais estão expostos. A lista de doenças ocupacionais encontra-se registrada no Decreto Regulamentar nº 76, de 17 de julho de 2007. De acordo com Conceição (2001) “elas se caracterizam quando se estabelece o nexo causal entre os danos observados na saúde do trabalhador e a exposição a determinados riscos ocupacionais” (CONCEIÇÃO,2001).

Os coletores de lixo, profissionais responsáveis pela limpeza pública dos municípios, estão diariamente em contato, com amontoados de lixo, e por esta razão estão mais propícios a contrair algum tipo de doença relacionado com o trabalho. O lixo serve como abrigo de vários tipos de riscos ocupacionais que quando em contato com os garis, podem causar vários danos à saúde. De acordo com Oliveira (2006) as doenças ocupacionais mais frequentes no ambiente de trabalho dos coletores de lixo, são as micoses nas mãos e nos pés, isso porque, as luvas e sapatos favorecem a proliferação de microrganismos responsáveis em desenvolver as doenças de pele. Além da micose, são doenças de pele presentes no ambiente de trabalho desses profissionais: o câncer de pele e insolação, ambos causados pela exposição excessiva ao sol, sem as devidas medidas de precaução, como o uso frequente de protetores e bloqueadores solares; as miliárias (brotoejas), também afetam os profissionais esta “resulta da retenção de suor no poro da glândula sudorípara” (FUNDACENTRO, 2009).

Como os coletores de lixo realizam suas tarefas nas ruas, onde se deparam, ao varrer as vias públicas e coletar sacos de lixo, com grande quantidade de poeira, os profissionais estão propícios a desenvolver doenças respiratórias e pulmonares, como: rinite alérgica, sinusite, asma, pneumonia gripes, resfriados e dores de garganta. Essas doenças no inverno são mais frequente devido a exposição a chuva e ao frio. Para amenizar o aparecimento dessas doenças faz-se necessário adotar o uso de capa de chuva, no entanto, nem sempre esses equipamentos são fornecidos pelas empresas. Silveira (2009) ressalta que a Norma Regulamentadora 6 apesar de não específica o uso de capas de chuva, menciona alternativas para proteção do corpo inteiro, como conjunto de segurança contra umidade, que talvez possa ser adaptado, em substituição às capas de chuva (SILVEIRA, 2009)

As doenças infecto - contagiosas³⁰ e parasitárias que se referem àquelas causadas pelo contato aos agentes biológicos presentes no lixo, como: vírus, bactérias, parasitas, bacilos, protozoários e fungos, desenvolve-se frequentemente no ambiente de trabalho dos coletores de lixo, principalmente por matérias perfuro cortantes.

Para prevenir algumas dessas doenças infecto contagiosa, faz-se necessário que as Secretárias de Saúde disponibilizem vacinas, a exemplo, das vacinas contra Hepatite B e Tétano, com a finalidade evitar a proliferação de doenças. “O uso adequado das vacinas reduz o absenteísmo no trabalho, bem como, todos os problemas relacionados ao controle de um surto de doenças infecto contagiosa que poderia ser prevenida pela imunização” (REZENDE et al., 2002).

Além disso, as condições de trabalho dos profissionais da limpeza pública, propiciam doenças osteomusculares conhecidas como DORT³¹/LER, causadas pelo esforço repetitivo e a lombalgia, a famosa dor nas costas. Soma-se a isso, as doenças neurológicas, como as dores de cabeça, fadiga, tonturas etc. Em se tratando das doenças cardiovasculares, estas, se manifestam por conta da hipertensão arterial, tensão nervosa e o estresse, que segundo Cardoso (2011) são doenças comuns no cotidiano dos coletores de lixo.

³⁰ De acordo com o Ministério da Saúde são doenças infecto contagiosa que podem ser identificadas no ambiente de trabalho: HIV/AIDS, e Hepatite B. A contaminação ocorre devido a exposição ao material infectante (sangue ou secreção corpóreas)

³¹De acordo a Sociedade Brasileira de Reumatologia, a sigla significa “Distúrbios Repetitivo Osteomusculares Relacionado ao Trabalho, e foi introduzida para substituir a sigla LER.

CAPITULO 3 - A SAÚDE DOS TRABALHADORES DA LIMPEZA PÚBLICA DE MURITIBA-BA

3.1 Análise do perfil dos trabalhadores

Situada no Recôncavo da Bahia, Muritiba de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE³², possui cerca de 28.899 habitantes. Recôncavo neste contexto, refere-se a área localizada em torno da Baía de Todos os Santos, composta por 33 cidades segundo o Território de Identidade da Bahia. A cidade de Muritiba, foi fundada em 8 de agosto de 1919, sua principal base econômica é agrícola, com o cultivo de mandioca, fumo, laranja e limão. No que tange à saúde, o município atualmente conta com cerca de 18 estabelecimentos de saúde, sendo, 13 que prestam serviços do Sistema Único de Saúde –SUS, e 5 estabelecimento privados. Vale destacar que todos os serviços públicos de saúde são prestados pela gestão municipal (IBGE, 2009).

De acordo com o Cadastro Central de Empresas do IBGE- CEMPRE, Muritiba no ano de 2011, contava com 342 empresas atuantes, que abrigava cerca de 2.013 trabalhadores, com renda mensal de 1,5 salários mínimos. No que diz respeito a empresa terceirizada da limpeza pública estudada, esta foi implantada em Muritiba em janeiro de 2013, na gestão do prefeito Roque Luiz Dias dos Santos. A empresa tem atualmente 50 funcionários responsáveis pela limpeza pública do município. Estes estão divididos em: 25 varredores de rua, 10 capinadores, 8 coletores de lixo, 4 setor pessoal, 2 tratoristas e 1 motorista de caminhão. Além de atuar no município de Muritiba-Ba, a empresa presta serviços nos municípios baianos de: Cachoeira, Santo Amaro da Purificação, Ipirá, Baixa Grande, Itatim e Lençóis.

A limpeza pública de Muritiba, é realizada não só pela empresa terceirizada mais também pela prefeitura municipal por meio dos funcionários efetivos, no entanto, durante a pesquisa de campo efetuada com os varredores e coletores de lixo, constatou-se que a maior parte dos serviços são realizados pela equipe de limpeza da empresa terceirizada, já que, a duração da jornada de trabalho dos empregados da empresa excede a dos servidores efetivos da prefeitura municipal. Além disso, a empresa prestadora de serviço abarca um número

³² Censo Demográfico realizado em 2010.

maior de trabalhadores. Os profissionais da varrição trabalham de domingo a domingo, com uma jornada de trabalho de oito horas diária, os coletores de lixo de porta em porta não trabalham aos domingos.

Durante a pesquisa de campo foram aplicados 19 questionários, 14 referentes aos varredores de rua e 5 aos coletores de lixo. Percebeu-se no momento da realização da pesquisa que os trabalhadores têm muito medo de perder o emprego, ficaram temerosos em prestar as informações contidas no questionário, à respeito da saúde dos trabalhadores da limpeza pública do município. De acordo com Dejours (1999) o medo da perda do trabalho é introduzido nas práticas administrativas da precarização do trabalho, como instrumento capaz de aumentar a produção através de ameaças, o medo encontra-se presente em todos os ambientes de trabalho, até mesmo, naqueles que não apresentam riscos a integridade física do trabalhador.

QUADRO II: Distribuição em número de idade por faixa etária e estado civil dos coletores de lixo

IDADE	
1- DE 18 À 24 ANOS	2
2- DE 25 À 30 ANOS	4
3- DE 31 À 40 ANOS	11
4- DE 41 À 50 ANOS	2
5- MAIS DE 50 ANOS	0

Fonte: Questionário realizado com os trabalhadores da limpeza pública de Muritiba- BA, 2014

Verificou-se que a maioria dos trabalhadores de limpeza pública tem de 31 a 40 anos, representando portanto, 11 dos questionados (*quadro II*). No que tange, o estado civil, 11 dos indagados são casados, 7 solteiro e 1 divorciado (*quadro III*). Quanto ao gênero dos profissionais, revelou-se que na coleta de porta em porta todos os trabalhadores são do sexo masculino, já na varrição de rua, notou-se que as mulheres são maioria, ou seja, 92% dos varredores pesquisados são mulheres, e apenas 8% homens.

Os dados revelam que as mulheres têm conquistado seu espaço no mercado de trabalho, ainda que, com salários inferiores aos homens. De acordo com Carloto (2002) “o olhar sobre as mulheres é o olhar sobre seres indefesos e incapazes, dos quais o capitalista se aproveita para diminuir os salários dos homens adultos, roubar-lhes o trabalho e aumentar os lucros” (Carloto, s/p. 2002)

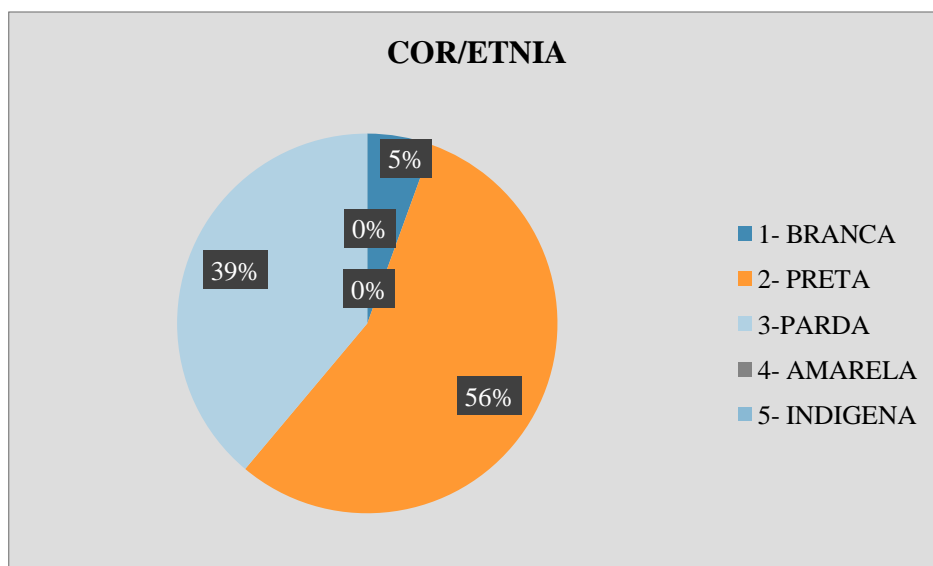
QUADRO III: Distribuição em números de estado civil

ESTADO CIVIL	
1- CASADO	11
2-SOLTEIRO	7
3-DIVORCIADO	1
5-VIÚVO	0

Fonte: Questionário realizado com os trabalhadores da limpeza pública de Muritiba- BA, 2014

No que se refere, a cor/etnia dos entrevistados 56% se auto - declararam negros, 39% pardos e apenas 5 % brancos (*Gráfico I*). A profissão de coletor de lixo, consiste num trabalho extremamente pesada, desgastante e pouco valorizada pela população. Refere-se a um trabalho braçal, que exige do profissional o esforço físico e manual, ou seja, dispensa o conhecimento técnico e científico e pouco trabalho intelectual (MENDES, 1991). Este tipo de profissão geralmente é assumida por trabalhadores pretos e pardos, já que, no Brasil ainda persiste a desigualdade no mercado de trabalho entre negros e não negros. Estudos realizados pelo Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômico DIEESE (2013), revelaram que negros são maioria nas profissões com menos prestígio e pouco valorizada pela sociedade. São profissões que exigem menos qualificação profissional, com baixos salários e ambientes de trabalhos precarizados, é o caso dos alfaiates, calceiros, camiseiros, costureiros, faxineiros, garis, serventes, camareiros e empregados domésticos (DIEESE, 2013).

GRÁFICO I: Distribuição em porcentagem segundo cor/etnia



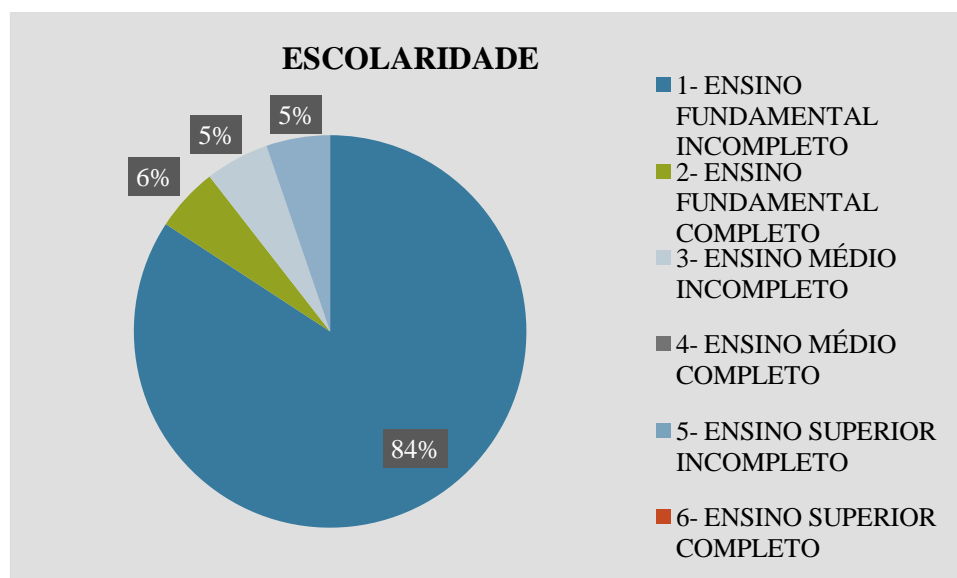
Fonte: Questionário realizado com os trabalhadores da limpeza pública de Muritiba- BA, 2014

Na visão de Florestan Fernandes:

A situação de marginalização do negro é um reflexo da permanência de características da ordem escravocrata pré-capitalista que ainda não foram eliminadas pela ordem capitalista competitiva brasileira, mas que devido ao processo de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção terão as condições objetivas para inclusão da mão de obra negra no mercado de trabalho capitalista (FERNANDES *apud* SILVA, 2008, p. 3).

A dificuldade ao acesso à educação é uma das problemáticas enfrentadas pela população negra, que tem contribuído para desigualdade de negros e não negros no mercado de trabalho. De acordo com a Fundação Cultural Palmares os negros tem ingressado precocemente no mercado de trabalho, no entanto, os cargos ocupados tem sido aqueles que exigem menos escolaridade, já que, esta população geralmente tem menos tempo de estudo, quando comparado com brancos. Em se tratando dos trabalhadores da limpeza pública do município estudado, constatou-se durante a coleta de dados que 84% dos questionados não possuem nem o ensino fundamental completo, apenas 5% têm o ensino fundamental completo, 6% o ensino médio incompleto e 5% são analfabetos, como mostra o gráfico a seguir:

GRÁFICO II: Distribuição em porcentagem segundo nível de escolaridade



Fonte: Questionário realizado com os trabalhadores da limpeza pública de Muritiba- BA, 2014

Segundo o Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômico - DIEESE, as desigualdades na inserção no mercado de trabalho apresentou uma leve queda, em 2002 a taxa de desemprego entre negros e não negros era 5,8 pontos percentuais, em 2011 houve uma queda considerável chegando 1,9 pontos percentuais, no entanto, apesar dos avanços que o mercado de trabalho tem apresentado, ainda constata-se formas diferenciadas de acesso ao mercado de trabalho, visto que:

[...]o crescimento econômico por si só não é capaz de garantir igualdade de oportunidades em um horizonte razoável de tempo para as atuais e futura gerações de trabalhadores, enquanto não se atenuarem as discrepâncias socioeconômicas e, mais especificamente, do nível de escolaridade. Este é um dos principais elementos na melhoria de acesso e da trajetória dos indivíduos no mercado de trabalho, onde as possibilidades de movimentos de ascensão social e econômica são maiores (DIEESE, 2012).

Vale ressaltar que a escolaridade não garante igualdade de direitos aos trabalhadores negros no mercado de trabalho. Mesmo com níveis de escolaridade elevado os negros têm salários inferiores ao dos trabalhadores brancos. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em sua pesquisa de emprego em 2013 verificou que os profissionais negros ganham 57,4% do rendimento referente a um trabalhador branco. A historiadora e especialista em questões raciais Wania Sant' Anna ressalta que:

Ainda predomina uma mentalidade de que nos postos mais elevados não pode haver negros, que os negros servem é para trabalhos manuais, menos qualificados. Para os negros, no Brasil o investimento em educação não resulta em ampliação de renda necessariamente. Mais uma vez, encontramos o fenômeno de alocação de mão de obra negra em postos de trabalho sem prestígio e de baixa remuneração³³ (PNUD, 2004).

Os dados revelam o grau de dificuldade enfrentado pelo negro no mercado de trabalho, mesmo com níveis de escolaridade elevado, são discriminados por conta da sua cor de pele. Aqueles que conseguem inserir-se em cargos mais elevados, sofrem o racismo institucional, estes, a todo tempo estão sendo avaliados para comprovar se tem a capacidade de ocupar aquele espaço que geralmente são destinados a trabalhadores brancos.

O negro tem participação ainda muito precária no mercado de trabalho, as profissões destinados a este público-alvo são aquelas mais desgastantes com jornadas de trabalho

³³ Disponível no site <http://www.pnud.org.br/Noticia.aspx?id=2930>. Acesso em: 15 de março de 2014.

elevadas, a exemplo pode-se citar o trabalho realizado pelos coletores de lixo. Estes profissionais em seu cotidiano de trabalho, encontram-se geralmente expostos a ambientes de trabalho precários com jornadas de trabalho exacerbatantes que compromete sua qualidade de vida.

3.2 O cotidiano e a saúde dos trabalhadores da coleta de lixo

Os profissionais da limpeza pública da empresa pesquisada tem uma jornada de trabalho de oito horas diária, sendo que, pela manhã trabalham das 6h:30min até às 11h:30min, e no período da tarde trabalham das 13h:30min até às 16h:30min (exceto nos domingos, que o trabalho inicia geralmente às 5:00horas da manhã e só termina quando os varredores finalizam a limpeza de todas as ruas. Os coletores de lixo não trabalham aos domingos).

Os trabalhadores consideram a jornada de trabalho nos dias de sábado mais cansativo, por conta, da feira livre, que acontece semanalmente. Além de varrer as ruas da cidade, nos finais de tarde de sábado, os varredores ainda tem que limpar toda sujeira acumulada pelos feirantes. São escalados toda semana 12 profissionais da varrição da empresa terceirizada, estes, juntamente, com varredores efetivos, são responsáveis pelo recolhimento de todo lixo deixado no circuito da feira. No entanto, os trabalhadores indagados relataram que sentem-se sobrecarregados, já que, os varredores ligados diretamente a prefeitura, geralmente, encerram seu expediente de trabalho, antes de finalizar toda coleta do lixo da feira livre.

Em se tratando da remuneração, os profissionais da varrição recebem um salário mínimo, hoje no valor de R\$728,00 reais. Os varredores de rua, não recebem remuneração pelos domingos trabalhados, só recebem horas extras quando trabalham nos feriados ou em períodos festivos. Nota-se que a empresa pesquisada não tem cumprido, com as normas estabelecidas na lei 605/49 que ressalta que “todo trabalhador tem direito ao repouso semanal remunerado de vinte quatro horas consecutivas, preferentemente aos domingos e nos, limites das exigências técnicas das empresas, nos feriados civis e religiosos, de acordo com a tradição local” (BRASIL, 1949). Além disso, os trabalhadores da varrição não têm direito ao adicional de insalubridade, garantido pelo Ministério do Trabalho a todo trabalhador que presta serviço considerado insalubre e exposto a riscos ocupacionais. De acordo com o artigo 76 da portaria 3214/78, os profissionais que exercem atividades insalubres e perigosas têm direito a

adicional de 20% a 40%, sobre o salário mínimo em vigor. No que tange os coletores de lixo domiciliar, esses recebem cerca de R\$ 900,00 reais, ou seja, o salário mínimo de R\$728,00, juntamente com o adicional de insalubridade de 20%.

Os trabalhadores da coleta de lixo, sejam eles varredores de rua ou coletores de lixo domiciliar, estão diariamente expostos a condições extremas de insalubridade, visto que, a atividade de coleta de lixo expõe os profissionais aos variados tipos de riscos ocupacionais. De acordo com Sales (2009):

Os riscos relacionados à atividade de limpeza incluem a exposição às intempéries, ao esforço físico excessivo (os coletores carregam, individualmente, em média oito toneladas de lixo, por jornada de trabalho), a posturas viciosas, a acidentes quando estão no fundo dos caminhões e nas ruas, a exemplo de quedas, traumas em membros inferiores, ferimentos perfuro-cortantes e mordeduras de cães e ratos (SALES, p. 12, 2009).

O Ministério do Trabalho classifica a atividade de coleta de lixo como insalubre em grau máximo, no entanto, o Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS ainda não reconhece a coleta de lixo como tal, logo, os profissionais da limpeza urbana, não têm direito a aposentadoria especial. Vale destacar, que já tramita no Congresso Nacional o Projeto de Lei Complementar a PLS 155/2010³⁴, que prevê a aposentadoria especial para os trabalhadores da coleta de lixo. A aposentadoria especial refere-se ao benefício destinados aos trabalhadores que exercem funções expostos a riscos químicos, físicos ou biológicos. Para ter direito ao benefício o trabalhador deve comprovar junto ao INSS, 25 anos de contribuição previdenciária.

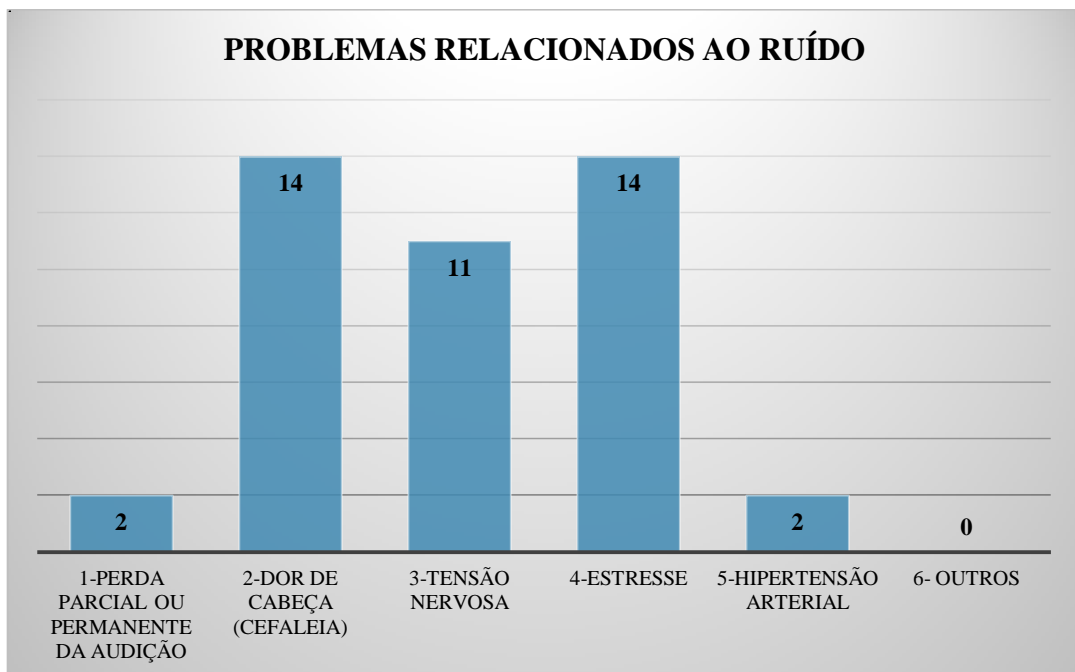
No que tange os riscos ocupacionais presente no ambiente dos profissionais da coleta de lixo, durante a pesquisa de campo percebeu-se que os profissionais do município de Muritiba estão expostos a todos os riscos ocupacionais, supracitados no capítulo anterior. No que se refere os risco físicos, quando questionados à respeito dos sintomas causados pelo odor gerado pelo lixo, constatou-se que 85% dos profissionais da varrição já sentiram dor de cabeça (cefaleia), 64% mal-estar e 24% náuseas. Em se tratando dos coletores de lixo domiciliar verificou-se que 100% dos trabalhadores questionados já sentiu mal estar e dores de cabeça, e 80% já tiveram náuseas. Nota-se que os trabalhadores da coleta domiciliar sofrem mais com o odor emanado pelo lixo, do que os profissionais da varrição, isso porque, os coletores tem maior contato com o lixo, eles ficam atrás do caminhão onde todo lixo é

³⁴ Disponível em: <http://www12.senado.gov.br>. Acesso em: 20 de março de 2014

depositado, tal fato piora quando a temperatura aumenta com o sol e o lixo entra em processo de fermentação.

Além dos sintomas supracitados, os trabalhadores ainda podem desenvolver outras doenças relacionadas ao trabalho causadas por exposição a riscos físicos, a exemplo o ruído gerado pelo equipamento da coleta durante a operação de processamento de lixo. A pesquisa revelou que os coletores de lixo domiciliar são os que mais sofrem com o ruído, já que, trabalham a maior parte do tempo rente com o caminhão da coleta. No que tange os varredores de rua, estes, relataram que apesar de não estarem em contato com o caminhão, o ruído causado pelos veículos nas vias públicas, principalmente, os carros de som, causam-lhe alguns dos sintomas listado no quesito 12 do questionário. Verificou-se que 14 dos trabalhadores expostos a ruídos tem dor de cabeça, 14 estresse, 11 tensão nervosa, 2 já apresentou perda parcial ou total da audição, e 2 sofrem com hipertensão arterial (*Gráfico III*)

GRÁFICO III: Distribuição em número de problemas relacionados ao ruído



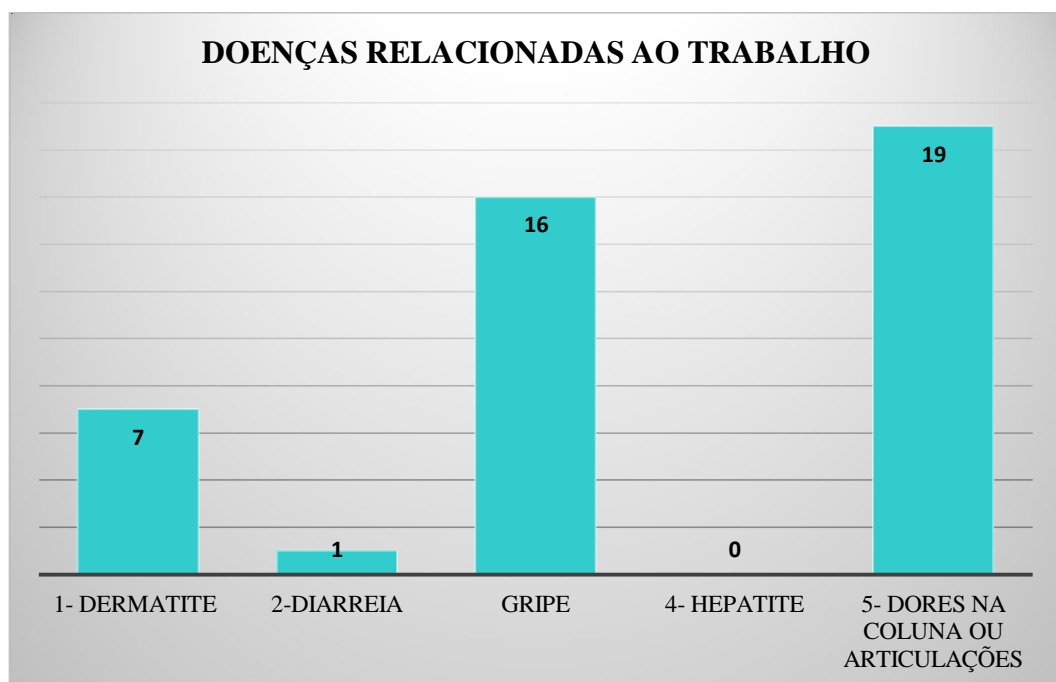
Fonte: Questionário realizado com os trabalhadores da limpeza pública de Muritiba- BA, 2014

Quanto aos riscos químicos, certificou-se que 100% dos coletores nunca foram intoxicados com os objetos identificados no questionário, a saber: pilhas ou baterias, óleos

graxas ou solventes, tintas, produtos de limpeza ou cosméticos. Tal situação se explica, pelo fato de se tratar de coleta de resíduos urbanos. Os materiais que apresentam riscos químicos, são encontrados com mais frequência em lixos industriais, que são aqueles que apresentam altos níveis de composições químicas, que além de causar danos à saúde dos trabalhadores, contamina o meio ambiente quando descartado de forma inadequada.

Sabe-se que os riscos biológicos presente no ambiente de trabalho dos coletores de lixo podem provocar inúmeras doenças profissionais causadas pela contaminação por vírus, bactérias, parasitas, protozoários, fungos e bacilos (FIOCRUZ³⁵). O risco supracitado causam algumas das doenças apontadas no gráfico a seguir:

GRÁFICO IV: Distribuição em número de doenças relacionadas ao trabalho



Fonte: Questionário realizado com os trabalhadores da limpeza pública de Muritiba- BA, 2014

Percebe-se que 100% dos trabalhadores, ou seja, os 19 questionados, já apresentou dores na coluna e articulações, devido ao esforço físico repetitivo, com posturas inadequadas,

³⁵ Disponível em: http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab_virtual/riscos_biologicos.html. Acesso em: 25 de março de 2014.

principalmente no manuseio de peso no momento da coleta e da varrição de rua. Além disso, 16 dos profissionais questionados, já tiveram gripe, por causa da exposição diária a poeira, e a chuva, principalmente no inverno. No que se refere a dermatite 7 dos coletores revelaram que apresentou a doença por causa da queimadura ocasionada pela bota. E apenas 1 profissional declarou já ter sofrido de diarreia.

Ao manusear o lixo no ambiente de trabalho, os coletores encontram-se expostos a vários fatores que podem provocar acidentes durante as atividades de coleta. Duarte (1998) em seu estudo realizado na cidade de Florianópolis constatou que o nível de acidentes entre os garis são elevados no município, ou seja, ocorrem cerca de 75 acidentes para cada 1.000 dias de trabalho. A pesquisa ainda detectou que 35% dos entrevistados, já sofreram acidentes provocados por objetos cortantes. Quanto aos profissionais da coleta de lixo de Curitiba, verificou-se que 80% dos coletores de lixo domiciliar já sofreram cortes no trabalho. Os profissionais relataram que muitos moradores não tomam os devidos cuidados no momento de descartar vidros ou algum material perfuro-cortante no lixo. Um dos coletores ressaltou que já sofreu um corte no braço, causado por vidro depositado de forma inadequada numa caixa de papelão, o coletor precisou levar 11 pontos. Em se tratando dos varredores de rua, não houve registro de acidentes provocados por objetos cortantes, tal situação se explica, pelo fato desses profissionais terem menos contato com materiais perfuro-cortantes.

No que se refere a queda, quando indagados se já haviam caído, apenas 30% dos profissionais relataram já ter sofrido queda. Quanto ao atropelamento constatou-se que 100% dos trabalhadores nunca foram atropelados. No entanto, os varredores de rua, mencionaram que correm o risco de serem atropelados pelos veículos, principalmente aos sábados, quando vão fazer a limpeza do circuito da feira. Faz-se necessário o isolamento do local no momento da limpeza, para tanto, quando os profissionais reclamam do perigo, os empregadores ressaltam que “nunca ocorreu, não será agora que irá acontecer”. Percebe-se que, os empregadores não têm adotado medidas de prevenção para garantir a segurança dos trabalhadores. É de responsabilidade dos empregadores o uso de medidas individuais e coletivas que vise reduzir os danos causados à saúde dos trabalhadores. A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 7º resalta que “é de obrigatoriedade do empregador reduzir os riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança” (BRASIL, 1988).

Além disso, a Consolidação das Leis trabalhistas em seu art.157 aponta que é dever das empresas cumprir e fazer cumprir as normas de segurança e medicina do trabalho, o que implica em dar maior ênfase ao aspecto preventivo. Os empregadores além oferecerem ao

trabalhador todos os equipamentos de proteção individual, devem realizar com frequência treinamentos, reuniões e palestras para informa os profissionais questões à respeito dos riscos que a profissão oferece no que tange à saúde. Na empresa de coleta de lixo de Muritiba as reuniões e palestras sobre a temática ocorrem eventualmente, com a técnica de segurança de trabalho responsável por outras filiais da empresa no interior da Bahia. Durante a pesquisa constatou-se que 89% dos profissionais já participaram de reuniões e palestras sobre riscos ocupacionais e apenas 11% ainda não foi convidado para participar desses eventos (*Gráfico V*). Uma das profissionais questionada, mencionou que esse tipo de evento só ocorreu 2 vezes na empresa, a mesma já trabalha à 1 ano e 4 meses na instituição pesquisa. Ademais a mesma ainda ressaltou que a técnica em uma das reuniões mencionou a importância da ingestão do leite e do uso do protetor solar, mas até o momento a empresa não forneceu os produtos solicitados, alguns chegam a comprar protetor solar por conta própria.

GRÁFICO V: Distribuição em porcentagem de profissionais que já participaram de reuniões e/ou palestras sobre saúde do trabalhador.



Fonte: Questionário realizado com os trabalhadores da limpeza pública de Muritiba- BA, 2014

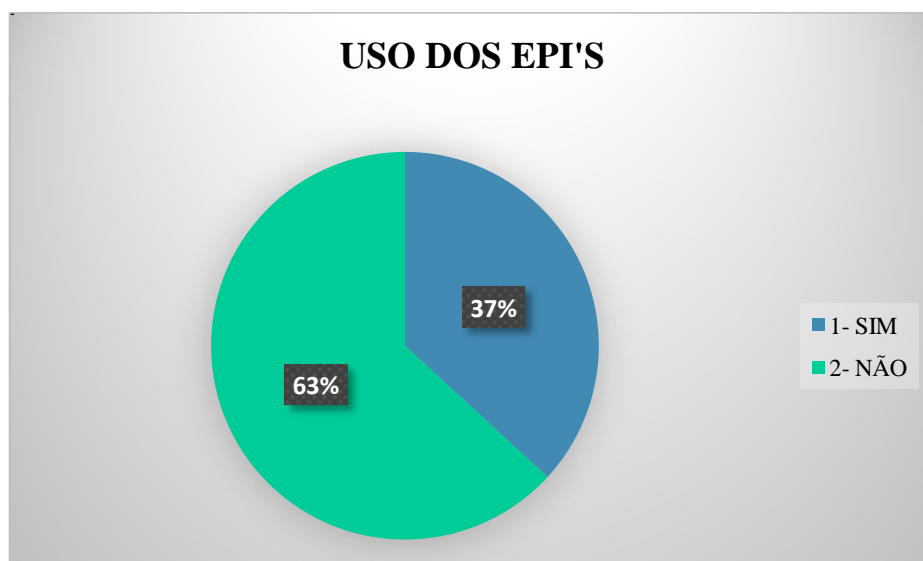
A Norma Regulamentadora 6, frisa que toda empresa é obrigada a fornecer gratuitamente os equipamentos de proteção individual – EPI’S utilizado pelo trabalhador para proteger-se dos riscos inerentes ao trabalho. De acordo com a NR6 refere-se a EPI’S todo

dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho (BRASIL, 2001).

Os trabalhadores da atividade da coleta de Muritiba recebe da empresa vestimentas, botas, máscaras e luvas para se proteger dos riscos ocupacionais. No entanto, os profissionais declaram que faz-se necessário a utilização de capas de chuva, principalmente no inverno quando a chuva é mais intensa e do protetor solar no verão. Apesar de fornecer os equipamentos de proteção, os coletores consideram alguns dos dispositivos inapropriados para o uso na coleta. Além disso, os profissionais ressaltaram que a empresa demora para fornecer novos equipamentos, haviam coletores trabalhando com botas danificadas. De acordo com a NR6 é de obrigatoriedade da empresa substituir imediatamente os EPI'S quando danificados ou extraviados.

Notou-se que, apesar da empresa oferecer os EPI'S, 63% dos trabalhadores da coleta costuma não utilizar todos os equipamentos de proteção individual, apenas 37% (*Gráfico VII*) usam todos os dispositivos de proteção. Verificou-se que alguns equipamentos de segurança causam desconforto nos trabalhadores como: suor excessivo, descamação nas mãos (causada pela luva), alergia, incomodo com a roupa de mangas compridas e chapéu apertado.

GRÁFICO VI: Distribuição em porcentagem de trabalhadores que costuma utilizar os EPI'S



Fonte: Questionário realizado com os trabalhadores da limpeza pública de Muritiba- BA, 2014

Os dados revelam que ainda há resistência ao uso dos equipamentos de segurança, por parte dos trabalhadores, logo, percebe-se que as reuniões e palestras que acontece eventualmente na instituição não estão sendo suficientes para informar e conscientizar os trabalhadores à respeito dos riscos que a profissão oferece no que tange à saúde. Costa (2007a) aponta que;

A prevenção e educação permanente no sentido de evitar novas ocorrências são desafio para todos os envolvidos e demanda esforços intensos de formação e informação aos profissionais da área visando à prevenção dos acidentes de trabalho que culminam, sempre, em desgaste emocional do profissional, riscos à saúde, problemas de ordem econômica e social, necessidade de investimentos financeiros, problemas éticos e legais envolvendo os profissionais e a instituição, entre outros (COSTA, 2007a, p. 46).

Logo, constata-se que, faz-se necessário realizar com mais frequência eventos sobre a temática, não só com técnicos de segurança de trabalho, mas também, com diversos profissionais da área da saúde do trabalhador, ou seja, para que as ações de prevenção, promoção e proteção à saúde dos trabalhadores, de fato se efetivem é preciso incorporar os princípios do trabalho cooperativo, interdisciplinar e as experiências acumuladas pelos Estados e municípios como prevê a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora PNSST.

3.3 Percepção dos trabalhadores, acerca das condições de trabalho e dos riscos que estão expostos

Embora não reconhecidos como tais, os profissionais responsáveis pela coleta do lixo estão entre as categorias profissionais mais nobres e relevantes para sociedade. No entanto, a população não reconhece a importância da atuação deste profissionais no dia-a-dia de cada indivíduo, os coletores de lixo promovem o bem-estar e contribui para a qualidade de vida da sociedade. Refere-se a uma das profissões mais desgastantes, já que, o corpo é seu principal instrumento de trabalho. De acordo com a Fundacentro, no Brasil, cada coletor de lixo chega a trabalhar cerca de 12 horas por dia, percorrendo de 30 à 40Km para limpar todas ruas. No tocante os coletores de lixo da empresa de limpeza pública da cidade de Muritiba, este de

acordo a Associação Brasileira de Empresas de Limpeza Pública e Resíduos Espaciais (ABRELPE), são responsáveis em recolher diariamente 4.800 toneladas de lixo, sendo que 4.380 refere-se aos resíduos sólidos domésticos e 500 toneladas são das vias públicas.

Durante a coleta de dados, contatou-se que 89% dos questionados consideram seu trabalho desgastante, e apenas 11% (*Gráfico VIII*) relataram que não acham o trabalho cansativo, pois já acostumaram-se com a rotina de trabalho. Os que consideraram o trabalho desgastante, mencionaram que o cansaço é tão intenso que ao chegarem do trabalho, não tem prazer de fazer outras atividades, como assistir TV e cozinhar. Tal situação contribui para o aumento dos riscos inerentes ao trabalhador, isso porque, o cansaço colabora com a elevação dos índices de envolvimento em acidentes. É preciso respeitar os limites do corpo, para que assim seja possível, evitar a exposição aos riscos referentes ao trabalho. Deve-se também garantir ao trabalhador o repouso remunerado semanalmente previsto na Lei 0605/1949.

GRÁFICO VII: Distribuição em porcentagem de trabalhadores que considera o trabalho desgastante



Fonte: Questionário realizado com os trabalhadores da limpeza pública de Muritiba- BA, 2014

No que se refere a condições de trabalho, os coletores de lixo do município estudado, consideram seu trabalho precário. Os profissionais trabalham a céu aberto, expostos aos diversos riscos ocupacionais, e ainda sofrem com a falta de alguns equipamentos de proteção,

como protetor solar, e as capas de chuva. Percebe-se portanto, a falta de investimento da empresa em saúde e segurança dos trabalhadores. Dos 19 profissionais entrevistados 95% responderam que não acham que os empregadores estão preocupados com sua saúde. Um dos trabalhadores questionados, ainda ressaltou que quando reclamam das condições precárias de trabalho, os empregadores os ameaçam alegando que há várias pessoas em busca do referido emprego, ou seja, o exército de reserva³⁶ como apontou Marx em seu escrito. Para Mattos (1992) as condições de trabalho devem ser:

Consideradas de forma mais integrada e global, onde as cargas de trabalho são determinadas por fatores relativos ao processo de trabalho – a organização do trabalho e as condições ambientais; e por fatores relativos ao indivíduo – sexo, idade e condições de inserção na produção, nível de aprendizagem, condições de vida, estado de saúde física e emocional, motivação e interesse (MATTOS, 1992, p. 11).

No tocante à saúde, 11 trabalhadores, entrevistados, ou seja, 58% reconhecem que a atividade da coleta de lixo, prejudica sua saúde, e 42% consideram que o trabalho exercido não acarreta danos a sua saúde atualmente, mas acreditam que futuramente terão problemas referentes ao trabalho. A profissão de coletor de lixo é considerada pela portaria 3.214, do Ministério do Trabalho como insalubre de grau máximo, no entanto, nota-se que os empregadores não tem se preocupado com a saúde dos profissionais da limpeza pública. A empresa estudada não oferece assistência médica integral aos trabalhadores, nem serviços de prevenção como vacinas e exames de rotina. A Norma regulamentadora 9 resalta que é dever do empregador e das instituições que admitem trabalhadores como empregados, elaborar e implementar o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), tal iniciativa, visa preservar a saúde e a integridade dos trabalhadores.

Quando questionados à respeito do reconhecimento do trabalho exercido por parte da população, verificou-se que 68% dos coletores de lixo afirmaram que a população não valoriza seu o trabalho, apenas 32% acredita que a população percebe o quanto é relevante a função desempenha pelos profissionais da limpeza pública. Esses carregam o estigma da invisibilidade social, sofrem preconceito, por trabalhar com a profissão destinada pela sociedade para aqueles que não estudou. As pessoas costumam afirmar “se não estudar vai virar gari”, “você quer ser alguém na vida ou quer ser gari?”, “até para ser gari tem que

³⁶ Marx chamou exército de reserva, uma população de trabalhadores excedentes

estudar”, são frases carregadas de preconceito, que só faz desvalorizar a categoria profissional responsável em recolher todo lixo produzido pela sociedade.

GRÁFICO VIII: Distribuição em números sobre o reconhecimento do trabalho por parte da população



Fonte: Questionário realizado com os trabalhadores da limpeza pública de Muritiba- BA, 2014

Costa (2008b), estudante de psicologia da Universidade de São Paulo – USP, ficou 8 anos investigando o trabalho dos garis, exercendo a função dos coletores, o estudante ressalta em sua tese de mestrado à respeito da invisibilidade pública dos garis, que ao colocar o uniforme de gari tornou-se um ser invisível, até mesmo para os colegas de faculdade. Para o autor a invisibilidade pública, " é resultado de um processo histórico de longa duração. Rebaixa a percepção de outrem, principalmente a percepção de alguém vinculado à forma baixa do trabalho assalariado, o trabalho desqualificado, alienado e alienante". (COSTA, p. 2008b, 15).

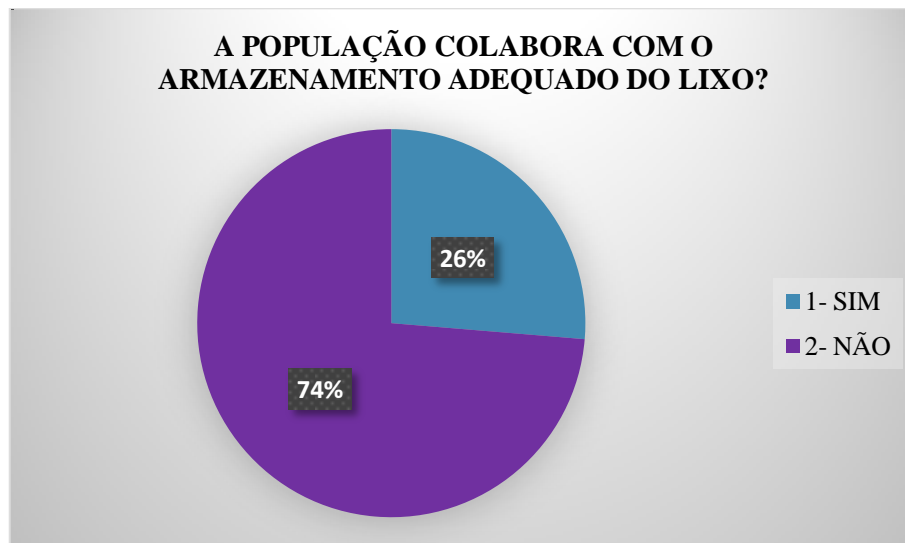
Marx em seus escritos afirma que:

Na sociedade capitalista, à medida que o homem objetiva-se pelo trabalho- exteriorizando suas forças genéricas em relação aos outros homens- ela não só se cria, se perde, aliena-se: o conteúdo do trabalho adquire formas – a forma mercantil desdobrando-se no dinheiro e nas relações contratuais – que fazem com que o produtor se autonomize como coisa abstrata que domina o próprio produtor (MARX, *apud*, IAMAMOTO, 2000, p. 236).

Na pesquisa de mestrado de Costa (2008b) o autor constatou que os garis são identificados na sociedade, apenas pela função que exerce, ou seja, são tratados como coisas, não como seres humanos, são pessoas estigmatizadas na sociedade. Para Goffman (1993) o estigma produz um amplo descrédito na vida da pessoa, em situações extremas é nomeado como "defeito" "falha" ou desvantagem em relação ao outro. Tal situação fica explícita na fala de Costa a seguir: “professores que me abraçavam nos corredores da USP, passavam por mim, não me reconheciam por causa do uniforme. Às vezes, esbarravam no meu ombro, e sem ao menos pedir desculpas, seguiam me ignorando, como se tivesse encostado num poste, ou num orelhão”.

Os coletores de lixo são humilhados e desvalorizados na sociedade. Além disso, a população pouco contribui com o trabalho desses profissionais, costumam jogar lixo em lugares impróprios, muitos ressaltam que se não jogarem lixos nas ruas os garis não terão trabalho para realizar. Na pesquisa realizada com os coletores de Muritiba, verificou-se que 74% (*Gráfico VIII*) dos profissionais acreditam que a população não contribui com o armazenamento adequado do lixo, apenas 26% ressaltaram que há pessoas que tomam os devidos cuidados no momento de descartar os despejos. Nota-se que a população do município pouco tem contribuído com a saúde e segurança dos profissionais, ao colocar cacos de vidro, matérias perfuro-cortantes (alfinetes, pregos, lâmpadas etc.) nos sacos de lixo sem as devidas precauções, a população contribui para o aumento dos riscos inerentes ao trabalho. Logo, faz-se necessário elaborar ações que vise informar a população, à respeito dos riscos que o lixo acarreta no processo de trabalho dos coletores. É preciso implementar medidas de prevenção à saúde e segurança desses profissionais.

GRÁFICO IX: Distribuição em porcentagem da população que colabora com armazenamento adequado do lixo



Fonte: Questionário realizado com os trabalhadores da limpeza pública de Muritiba- BA, 2014

D' Almeida e Vilhena (2000) aponta que:

[...] medidas educativas devem ser aplicadas, estimulando a participação da população, com o intuito de assegurar que o lixo seja depositado na via pública, em dia e horário próximo ao da coleta, evitando sua acumulação indevida e todas suas consequências indesejáveis. Os autores aditam que as campanhas devem estimular cuidados adicionais por parte da população, tais como o acondicionamento do lixo em sacos plásticos, fechados, para evitar o acesso de insetos e roedores; colocar o lixo em locais fora do alcance dos animais, a fim de evitar o seu espalhamento na via pública; acondicionar adequadamente vidros e outros objetos perfuro cortantes, visando evitar acidentes durante o manuseio pelos coletores. (D'ALMEIDA; VILHENA (2000, p. 158)

Além do armazenamento inadequado do lixo, os coletores de lixo durante a pesquisa mencionaram que a população tem o costume de colocar o lixo na porta depois que o caminhão passa recolhendo os despejos, como a coleta domiciliar só ocorre uma vez ao dia, os sacos colocados após a coleta ficam à disposição dos cães, estes rasgam os sacos e espalham todo a sujeira nas vias públicas. Os coletores ainda ressaltaram que a população tem costume de jogar lixo na rua, logo depois da varrição. Atualmente já existem no Brasil, algumas leis municipais que multam pessoas que jogam resíduos sólidos nas ruas, a exemplo a Lei da Limpeza Urbana nº 3273 instituída em 2011 no Rio de Janeiro, as aplicadas multas variam de R\$ 157,00 à R\$3.000 reais.

Ferrari (2010) aponta algumas medidas que deve ser tomada pela população no que tange o armazenamento adequado do lixo, a saber;



RESPEITAR O HORÁRIO DA COLETA

O lixo quando colocado nas ruas após o horário da coleta fica sujeito a ações de animais



TOMAR OS DEVIDOS CUIDADOS NO MOMENTO DE ARMAZENAR VIDROS E MATERIAIS PERFURO-CORTANTES NO LIXO

Deve-se utilizar jornais, caixas de leite ou garrafas pet para embrulhar vidros e materiais perfuro-cortantes.



EVITAR USAR SACOLAS MUITO PEQUENAS, BEM COMO O EXCESSO DO PESO

Sacolas maiores facilitam o trabalho dos coletores. Cada sacola deve ter no máximo 30 quilos de lixo.



DEIXAR O LIXO EM LOCAIS VISÍVEIS E DE FÁCIL ACESSO

Se tiver cães no domicílio, deve-se deixar o saco do lixo distante dos animais para evitar que os coletores sejam mordidos.



PRESSONAR TAMPAS DE LATAS

As latas devem ser pressionadas para evitar cortes nos coletores de lixo.

Fonte: Elaboração própria com base no texto de Wanessa Ferrari (2010).³⁷

³⁷ Texto disponível em: xa.yimg.com/kq/groups/17780482/19098002/.../coletores+de+lixo2.pdf

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se portanto, que o campo da saúde do trabalhador após o processo de lutas revolucionárias apresentou avanços significativos, principalmente, após a inserção da saúde do trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde, quando o campo rompe com as práticas propostas pela Medicina Social e a Saúde Ocupacional. No entanto, observa-se que ainda há resistência para implementar as ações que vise à promoção, proteção, prevenção e a vigilância à saúde de acordo o modelo proposto pelas normas e instrumentos legais à respeito da saúde do trabalhador.

Durante o estudo monográfico na empresa que presta serviço de limpeza pública, percebeu-se na pesquisa de campo que os profissionais da coleta estão expostos a todos os riscos ocupacionais, portanto, a instituição entende que a proteção, promoção e prevenção à saúde do trabalhador resume-se a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual, fornecem os dispositivos aos coletores ainda que incompletos, entretanto, a maioria dos trabalhadores ainda resistem em utilizar os EPI'S, muitos alegam que os dispositivos causam-lhe incômodos, como suor excessivo e descamação nas mãos.

Sabe-se que os coletores de lixo colaboram com a manutenção da saúde da população e a preservação do meio ambiente, no entanto, os profissionais da coleta são desvalorizados e ignorados pela sociedade. Exercem sua função no ambiente de trabalho precário, recebendo salários insignificantes, quando comparados com outras profissões do setor terciário. Além disso, o ambiente de trabalho dos coletores de lixo apresenta vários tipos de riscos ocupacionais (físicos, químicos, biológicos, ergonômico e sociais) que merecem serem analisados. Os trabalhadores da coleta têm uma jornada de trabalho desgastante, e estão diariamente expostos a materiais descartados no lixo que contém agentes nocivos que podem comprometer à sua saúde, por está razão é considerada pela Ministério do Trabalho uma profissão insalubre de grau máximo.

A empresa analisada realiza eventualmente palestras e reuniões com técnico de segurança de trabalho para falar a respeito dos riscos que a profissão oferece, porém, entende-se que não só o profissional da segurança do trabalho deve intervir na relação saúde - doença. Para que haja de fato a efetivação das ações propostas pelo campo, faz-se necessário a elaboração de propostas (que visem melhorar as condições de trabalho e a saúde dos trabalhadores) articuladas com as demais áreas profissionais, com a participação dos trabalhadores envolvidos no processo, e a participação social.

No que tange a participação social, Hoefel e Severo (2011) ressalta que para que de fato haja participação popular em saúde do trabalho precisa-se elaborar estratégias que fortaleçam as esferas de controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde, só assim será possível avançar no sentido de aperfeiçoamento dos espaços de participação, assim como, criar e legitimar novas formas de participação popular.

Percebeu-se durante a pesquisa que a população tem um papel relevante no que tange à saúde dos trabalhadores da limpeza pública, a não colaboração da sociedade no armazenamento adequado do lixo, resulta na ocorrências de vários acidentes de trabalho, como cortes com vidros e perfurações com materiais perfuro- cortantes. Outro aspecto importante identificado na pesquisa foi a falta de conscientização dos motorista no trânsito, apesar de não haver ocorrências deste tipo de acidente na empresa pesquisada, os profissionais encontra-se expostos a este risco, principalmente nos dias da feira livre no momento da coleta de lixo no circuito da feira. No entanto, constatou-se que os empregadores não reconhecem que os profissionais encontram-se expostos a agentes que colocam sua vida em risco de acidentes.

É preciso reconhecer os riscos presentes no ambiente laboral, para que seja possível prevenir os danos causados a saúde. Precisa-se conhecer o perfil dos trabalhadores e as atividades que estes desenvolvem, para elaborar propostas de vigilância e assistência a saúde condizentes com a realidade do profissional. Vale destacar que as ações propostas devem ser elaboradas coma a participação dos trabalhadores, especialmente através da organização sindical. Os profissionais envolvidos no processo, melhor conhece o ambiente de trabalho e os riscos ocupacionais que encontram-se expostos.

A falta das práticas supracitadas tem dificultado o reconhecimento de que existe uma relação intrínseca entre trabalho e adoecimento. Notou-se durante a pesquisa que os coletores de lixo não associam algumas doenças com a rotina de trabalho, não chegam a conclusão de que os sintomas que sentem estão relacionados com o ambiente de trabalho no qual estão expostos. Todo ambiente de trabalho apresenta fatores que prejudica a saúde dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMIDES, M. B. C; CABRAL, M. S. R. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. **São Paulo em perspectiva**. São Paulo.v.17, n.1, p. 3-10, jan/mar 2003.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 1ed. São Paulo: Boitempo, 2001.

ANTUNES, Ricardo L. C. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 2ed. São Paulo: Boitempo, 2009.

BARROS, Cássio de Mesquita. As reformas necessárias na legislação trabalhista na perspectiva das novas diretrizes da OIT (Organização Internacional do Trabalho). **Revista do Tribunal de Justiça**. Rio de Janeiro. Imprensa Nacional. v.67, n.4, p. 82-91,out/dez 2001.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Farias. História das políticas de saúde: a trajetória do direito a saúde. In. PONTES, Ana Lúcia de Moura (Org.) **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007, p.29-61.

BATISTA, Érika. **Formas de organização do trabalho; apontamento para uma "anti-sociologia do trabalho"**. Revista Eletrônica Aurora. São Paulo. UNESP, v1, n 2, p. 39-46, jun/2008.

BOLSONARO, Esmeraldo Blanco. **Mulheres e menores no trabalho industrial**. Petrópolis-RJ, 1982.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade Social no Brasil: conquistas limites e á sua efetivação. **Programa de Capacitação em Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, UNB/CEFSS,2009.

BAHIA. **Relatório Final da I Conferência Estadual de Saúde do Trabalhadores**, 1988.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

_____. Conferência Estadual de Saúde dos Trabalhadores, 1988.

_____. Decreto-lei nº 293, de 23 de fevereiro de 1967

_____. **Manual de Vigilância da saúde da população expostas a agrotóxicos.** Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Saúde.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego

_____. Ministério do trabalho e Emprego - FUNDACENTRO

_____. **Relatório Final da Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador.** Brasília. CIST, 1993.

_____. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.** Brasília, 1994.

_____. **Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador.** Brasília, 1999.

_____. **Manual de gerenciamento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.** São Paulo, 2006

_____. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

BULHÕES, Ivone. **Riscos do trabalho em enfermagem.** Rio de Janeiro, 1994, 221p.

CANDIDO, G.F. **O fordismo, sua crise e o caso brasileiro.** 1993, 34p. Texto de discussão-Centro de estudos sindicais e economia do trabalho (CESIT), Universidade Estadual de Campinas -UNICAMP, Campinas.

CARLOTO, Cássia Maria. Gênero, reestruturação produtiva e trabalho feminino. **Serviço Social em Revista**, Londrina. v. 4, n. 2, jan./jun. 2002.

CONCEIÇÃO, M. L. C.; CAVALCANTI, C. L. C. **Avaliação dos Equipamentos de**

Proteção Individual (EPIs) na Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) do Restaurante Universitário da UFPB. Rev. Conc. João Pessoa. v. 4, n. 5p.1-12, Jan./Jun. 2001.

COELHO, Margarida Martins. **Condições de trabalho ocupacional dos trabalhadores da limpeza pública.** 2012, 108p. Dissertação [Mestrado em ciências ambientais e saúde] - Programa de pós-graduação srtrico sensu, Pontifca Universidade Católica de Goiás, Goiás.

COSTA, Fernando Braga da. **Moisés e Nilce: retratos biográficos. Um estudo de psicologia social a partir da observação participante e entrevistas.** 2008b, 403 p. Dissertação [Doutorado em psicologia] - Instituto de psicologia- Departamento de psicologia social e do trabalho, Universidade de São Paulo, São Paulo.

COSTA, Marcelo Alves da. **Condições de trabalho dos coletores de lixo domiciliar, no município do Rio de Janeiro.** 2007a, p. 150. Dissertação [mestrado em Engenharia Ambiental]- Centro de Tecnologia e Ciências, Faculdade de Engenharia, Universidade, Rio de Janeiro.

CUNHA, J. P. P; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F. E; OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L. M. **Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde.** Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap.2, p. 11-26

D'ALMEIDA, M. L. O.; VILHENA, A. (Coord.). **Lixo Municipal: Manual de Gerenciamento Integrado.** 2ª ed. São Paulo: IPT/CEMPRE, 2000. 370p.

DEJOURS, C; ABDOUCHELI; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho.** Tradução de Maria Irene Stocco Betiol et al. São Paulo: Atlas, 1994

DIAS, E, C; HOEFEL, M, G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro. v. 10, n. 4, p. 817-828, out/dez 2005.

DIEESE. **Os negros no trabalho.** São Paulo, 2013, n1.

DIEESE. **O processo de terceirização e seus efeitos sobre os trabalhadores no Brasil.** Relatório Técnico, 2007.

FERNANDES, R, C, P; RÊGO, M, A, V. Construção e consolidação de práticas no CESAT. In: NOBRE, L; PENA, P, BAPTISTA (Org.). **A Saúde do trabalhador na Bahia: histórias, conquistas e desafios.** Salvador: EDUFBA, 2011, p. 141-186

FERREIRA, Cândido Guerra. **O fordismo sua crise e o caso brasileiro**. UNICAMP. São Paulo, 1993. Disponível em: <<http://www.eco.unicamp.br/cesit/images/stories/13Cadernos-doCESIT.pdf>>. Acesso em 19 de fevereiro de 2014.

FERREIRA, J. A; ANJOS, L. A. dos. Aspectos de saúde coletiva e ocupacional associados à gestão dos resíduos sólidos municipais. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro.v 17, n3, p. 689-696, mai/ jun 2001.

FERREIRA, J. A. **Lixo Hospitalar e Domiciliar: Semelhanças e Diferenças – Estudo de Caso no Município do Rio de Janeiro**. [Tese de Doutorado], Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1997.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: la identidad deteriorada**. 5. ed. BuenosAires: Amorrortu Editores, 1993, 172p

GÓMEZ, Carlos Minayo. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Revista **Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo. v, 38, n.127, p. 21-25 jan/jun 2013.

_____. C,M; LACAZ, F, A,C. Saúde do Trabalhador: novas e velhas questões. **Ciência Coletiva**. Rio de Janeiro. v,10,n.4, p. 797-807, out/dez 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de geografia e Estatística.

IAMAMOTO, M,V. **O serviço social na contemporaneidade**. São Paulo: 3^a ed: Cortez Editora, 2000

LAZZARI, M. A. Os coletores de lixo urbano do município de Dourados e sua percepção sobre os riscos biológicos em seu processo de trabalho. **Revista Ciência e Saúde Coletiva para a Sociedade**. Rio de janeiro.v.16, n.8, p. 3437-3441, ago 2011.

LEÃO, L,H,C; VASCONCELLOS, L,C,F. Rede Nacional de Atenção Integral à saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura da rede. **Epidemiol Serviços de Saúde**. Brasília. v , 20, n. 1, p. 85-100 jan/mar 2011.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. **Na trilha da saúde do trabalhador: a experiência de Franca/SP**. 2009. 426 p. Dissertação [mestrado em Serviço Social] - Faculdade de Direito, História e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, São Paulo.

MANSUR, Marília Coser. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. 116 p. [Mestrado]. Escola de saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

MATTOS, U. A. O; FREITAS, N. B. B. Mapa de risco no Brasil: as limitações da aplicabilidade de um modelo operário. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 10, n. 2, p. 251-258, abr/jun 1994.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: confirmação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal**. In:_____. Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paul.: Hucitec - Abraco, 1993, p. 19-92.

MENDES, R; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo.v. 25, n. 5, p. 341-349, out 1991.

MERCADANTE, O. A. **Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil**. In: FINKELMAN, J. Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. Cap 3, p. 237-312

NEVES, G. S. **A realidade do trabalhador de limpeza pública em Florianópolis**. UDESC Centro de Ciências da Educação.2003. [Curso de Graduação] – Especialização em Políticas Públicas. Disponível em: <http://www.sintrasem.org.br/arquivo/9.pdf>. Acesso em: 15 de março de 2014.

PAIM, Jairnilson Silva. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro. v. 33, n. 81, p. 27-37, jan/abr 2009.

_____; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MANCIKO, J. **O sistema de saúde brasileiro: história avanços e desafios**. *The Lancet (on line)* Disponível em: < <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 05 de março de 2014

PENA, G.L; BAPTISTA, R. A institucionalização da saúde do trabalhador na Bahia: a emergência do CESAT. In: NOBRE, L; PENA, P, BAPTISTA (Org.). **A Saúde do trabalhador na Bahia: histórias, conquistas e desafios**. Salvador: EDUFBA, 2011, p.95-138.

PENA, Paulo. **Aspectos históricos das relações entre trabalho e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em <www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/da-dos/txt_914071666.ppt>. Acesso em 20 de março de 2014.

PERES, M, A, C. **Do Taylorismo/fordismo à acumulação flexível toyotista: novos paradigmas e velhos dilemas**. Faculdades Unopac. SãoPaulo, 2010. Disponível em: <http://cesarmangolin.files.wordpress.com/2010/02/taylorismo_e_fordismo_toyotismo1.pdf>. Acesso em : 06 de março de 2014.

PIGNATI, Wanderlei Antônio. **Os riscos, agravos e vigilância em saúde no espaço de desenvolvimento do agronegócio no Mato Grosso**. 2007, 114p. Tese de doutorado [Ciências na área da saúde pública]- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca-FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Belo Horizonte. Disponível em : <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf> Acesso em: 15 de janeiro de 2014.

REZENDE, F.M. de. Et al. **Vacinas de interesse ocupacional**. 2002. 44 p. Trabalho de conclusão de curso [Especialização] - Curso em especialização em Medicina do Trabalho, Associação Médica de Mato Grosso do Sul, Sociedade Universitária Estácio de Sá, Campo Grande.

ROBAZZI, M. L. C.; MORIYA, T. M.; FÁVERO, M. & PINTO, P. H. D.. Algumas considerações sobre o trabalho dos coletores de lixo.**Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 20, p. 34-40, 1992.

ROSA, Patrícia, Hexsel. **Os estudos das concausas no acidente de trabalho**. PUC- RS. Disponível em: <http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/direito/graduacao/tcc/tcc2/trabalhos2010_2/patricia_hexsel.pdf>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2014.

SALES. Eliane Cardoso. **Estudo Epidemiológico sobre assédio moral no trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores do setor de serviço**. 2009, p. 108. Dissertação. [Doutorado em Saúde Coletiva] - Instituto de saúde coletiva- Programa de pós-graduação em saúde coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

SANTOS, Wanderley Guilherme. **Cidadania e justiça. A política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1979a.

SANTOS, V, C. **Da era fordista ao desemprego estrutural da força de trabalho: mudanças na organização da produção e do trabalho e seus reflexos.** Colóquio internacional de Marx e Engels. Pará: 2009. Disponível em: <<http://www.ifch.unicamp.br/formularioemmarx/selecao-/2009/trabalhos/da-era-fordista-ao-desemprego-estrutural-.pdf>>. Acesso em: 05 de março de 2014.

SILVA, Z, P; JUNIOR, I, F, B; SANT 'ANA, M, D, C. Saúde do trabalhador no âmbito municipal. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo. v.17, n. 1, p. 47-57, jan/mar 2003.

SILVA, D,A,C; CARVALHO, D, N. **Florestan Fernandes e a obra A integração do negro na sociedade de classes: reflexões sobre um temática contemporânea.** . In: 5ª Semana Acadêmica e 4ª Semana do Servidor, 2008, Uberlândia. Anais... Uberlândia, 2008. Disponível em:< <https://ssl4799.websiteseuro.com/swge5/seg/cd2008/PDF-/SA08-20378.PDF>>. Acesso em 26 de março de 2014.

SOARES, Júlio César da Silva. **Situações de riscos ocupacionais percebidas pelos trabalhadores de um serviço de atendimento móvel de urgência- SAMU.** 2006, 160p. Dissertação de mestrado[Enfermagem] - Centro de Ciências da Saúde- Programa de Pós graduação em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina.

VELLOSO, M. P; SANTOS, E. M; ANJOS, L. A. Processo de trabalho e acidente de trabalho em coletores de lixo domiciliar na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro.v.13, n. 4, p. 693-700, out/dez 1997.

VELLOSO, M. P. Os restos na história: percepções sobre resíduos. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.13, n. 6, p. 1953-1964, nov/dez 2008.

ZOOCHIO, Álvaro. **CIPA: Histórico, Organização, Atuação.** São Paulo: Atlas, 1980.

ANEXO

ANEXO I- Distribuição de acidentes de trabalho de trajeto. Brasil, Bahia, 2000-2011

ANEXO II – Distribuição de doenças do trabalho, Brasil, Bahia, 2000-2011

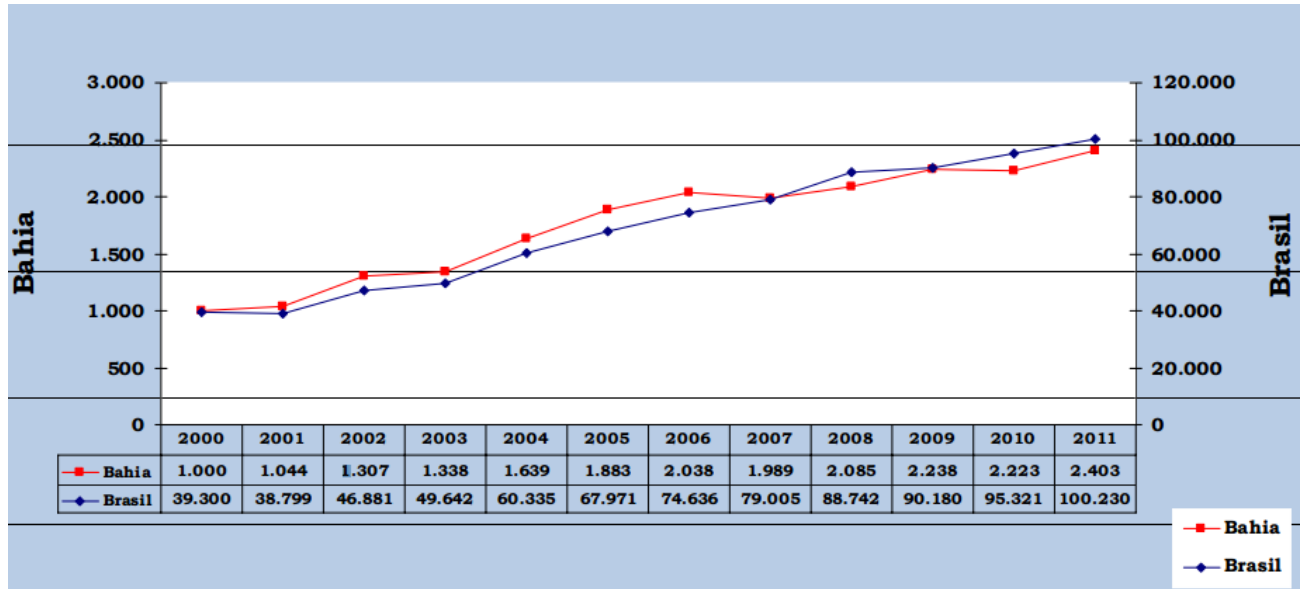
ANEXO III – Coeficiente de incidência de acidente de trabalho (AT) típico por Macrorregião. Bahia, 2011

ANEXO IV - Coeficiente de incidência de doenças relacionadas ao trabalho (DRT) por Macrorregião, Bahia, 2011.

ANEXO V - Riscos Ocupacionais

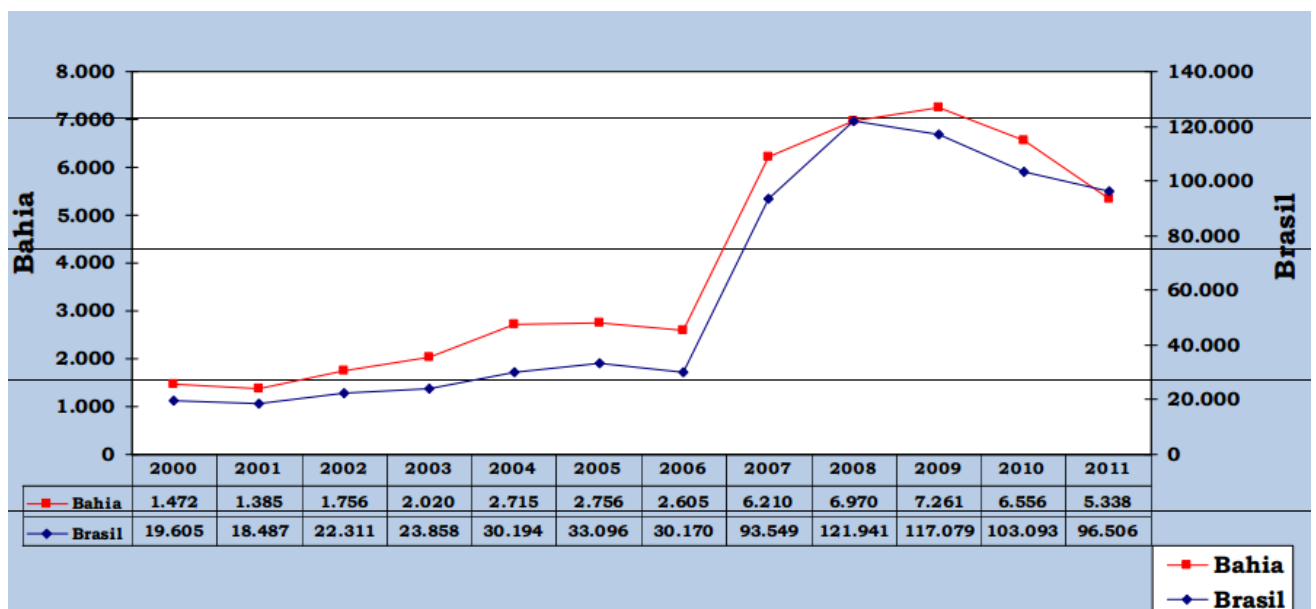
ANEXO

ANEXO I - Distribuição de acidentes de trabalho de trajeto. Brasil, Bahia, 2000-2011



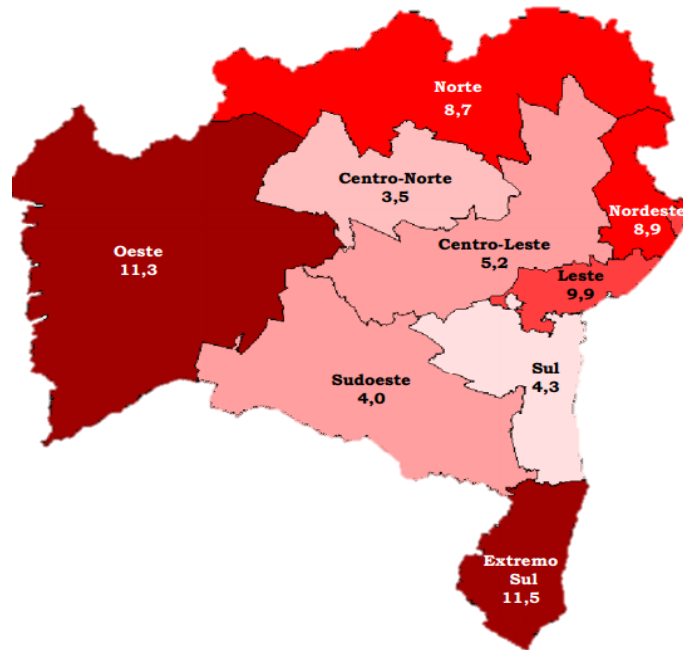
Fonte: INSS (DATAPREV)

ANEXO II- Distribuição de doenças do trabalho, Brasil, Bahia, 2000-2011



Fonte: INSS; a partir de 2007 adaptado pelo Núcleo de Informação em Saúde do Trabalhador NISAT/DIVAST/CESAT.

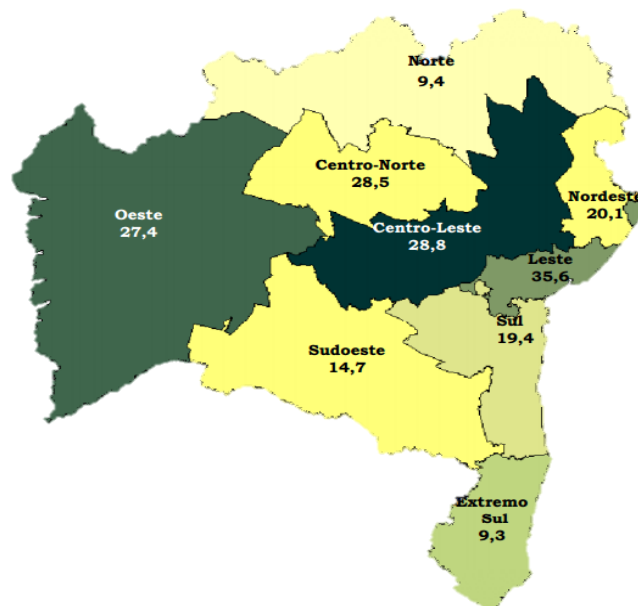
ANEXO III - Coeficiente de incidência* de acidente de trabalho (AT) típico por Macrorregião. Bahia, 2011



Fonte: INSS (Sistema Único dos Benefícios/SUB e Comunicação de Acidentes de Trabalho/CAT, 2010) e IBGE. Adaptado pelo NISAT/DIVAST/CESAT.

*Coeficiente por 1.000 trabalhadores com carteira assinada (Estimativa a partir do Censo, 2010).

ANEXO IV - Coeficiente de incidência de doenças relacionadas ao trabalho (DRT) por Macrorregião, Bahia, 2011.



Fonte: INSS (Sistema Único dos Benefícios/SUB e Comunicação de Acidentes de Trabalho/CAT, 2010) e IBGE. Adaptado pelo NISAT/DIVAST/CESAT.

*Coeficiente por 1.000 trabalhadores com carteira assinada (Estimativa a partir do Censo, 2010).

ANEXO V: Riscos Ocupacionais

Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Grupo V
Agentes Químicos	Agentes Físicos	Agentes Biológicos	Agentes Ergonômicos	Agentes Mecânicos
Poeira	Ruído	Vírus	Trabalho físico pesado	Arranjo físico deficiente
Fumos Metálicos	Vibração	Bactéria	Posturas incorretas	Máquinas sem proteção
Névoas	Radiação ionizantes e não ionizantes	Protozoários	Treinamento inadequado inexistente	Matéria-prima fora de especificação
Vapores	Pressões anormais	Fungos	Jornadas prolongadas de trabalho	Equipamentos inadequados defeituosos ou inexistentes
Gases	Temperaturas extremas	Bacilos	Trabalho noturno	Ferramentas defeituosas inadequadas ou inexistentes
Produtos químicos em geral	Frio	Parasitas	Responsabilidade	Iluminação deficiente
Substâncias, compostos ou produtos químicos em geral.	Calor		Conflito	Armazenamento
	Umidade		Tensões emocionais	Eletricidade
			Desconforto	Incêndio
			Monotonia	Edificações Insetos, cobras, aranhas, etc.
Outros VERMELHO	Outros VERDE	Outros MARROM	Outros AMARELO	Outros AZUL

Fonte: Manual de Elaboração de Mapa de Risco, 2012

APÊNDICE



A SAÚDE DOS TRABALHADORES DA LIMPEZA PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE MURITIBA-BA

QUESTIONÁRIO

1-NOME (OPCIONAL):

2- IDADE:

3- SEXO: () FEMININO () MASCULINO

4- ESTADO CIVIL: () CASADO () SOLTEIRO () DIVORCIADO () VIÚVO

5- COR/ETNIA

() branca

() preta

() parda

() amarela

() indígena

6- CATEGORIA PROFISSIONAL: () VARREDOR(A) () COLETOR DE LIXO

7- QUAL SUA RENDA: () Até 1 salário mínimo () De 2 a 3 salários mínimo () mais de 3 salários mínimo

8- *Riscos Físicos*

O odor gerado pelo lixo já lhe causou algum dos sintomas listados a seguir:

() Mal estar

() Náuseas

() Dor de cabeça (cefaleia)

() Nenhum dos sintomas

O ruído gerado pelos equipamentos da coleta durante a operação de processamento do lixo já lhe causou:

- Perda parcial ou permanente da audição
- Dor de cabeça (cefaleia)
- Tensão nervosa
- Estresse
- Hipertensão Arterial

9- Riscos Químicos

Você já se intoxicou ao manusear na coleta algum desses objetos:

- Pilhas ou baterias
- Óleos, graxas ou solventes
- Tintas
- Produtos de Limpeza ou cosméticos
- Remédio

Outros _____

10- Riscos Biológicos

Você já teve algumas dessas doenças:

- Dermatite
- Diarreia
- Gripes
- Hepatite
- Dores na coluna ou articulações

Outras _____

11- Riscos de Acidentes

Ao manusear o lixo no ambiente de trabalho, já sofreu algum acidente tais como:

- Cortes com vidros, material perfuro cortante ou pontiagudo
- Quedas
- Ferimentos
- Atropelamento

12- Os empregadores estão preocupados com minha saúde e bem-estar?

- SIM NÃO

Já foi convidado para participar de alguma reunião ou palestra promovida pela a instituição para informar-lhe questões à respeito dos riscos que a profissão oferece no que tange a saúde?

- SIM NÃO

13- A empresa fornece equipamento de proteção individual? Quais?

SIM NÃO

Quais: _____

14- Você costuma utilizar todos os equipamentos oferecidos pela instituição?

SIM NÃO

15- Você recebe algum adicional em decorrência da profissão apresentar riscos a sua saúde?

SIM NÃO

16- Você se considera um trabalhador saudável? (Justifique)

17- Você já sofreu algum acidente de trabalho que o impossibilitou a continuar a exercer a profissão? Qual? Quais foram os procedimentos tomados após o ocorrido?

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECONCAVO DA BAHIA
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO:
A SAÚDE DOS TRABALHADORES DA LIMPEZA PÚBLICA DE MURITIBA-BA

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu Josiane Marques do Rosário, estou pesquisando a cerca da **Saúde dos trabalhadores da limpeza pública de Muritiba - BA**, com o escopo de identificar quais os riscos ocupacionais que os coletores de lixo e os varredores de lixo estão expostos, e se estes tem ciência dos riscos que a profissão oferece. Ademais será feita uma análise das condições de trabalho e do perfil dos profissionais envolvidos no processo de coleta de lixo. Assim, identificamos o senhor (a) como elemento chave para este estudo.

Assumo o compromisso de que sua identidade permanecerá confidencial, salvo expressa manifestação em sentido contrário, haja vista a ocupação de cargos ou posições públicas. Caso o senhor (a) decida manifestar pública sua opinião, será garantido que a transcrição dos dados será submetida a sua apreciação antes de qualquer divulgação.

Desde já agradeço sua colaboração e participação

Eu _____, declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa "A saúde dos trabalhadores da limpeza pública de Muritiba- BA" e aceito participar.

() Autorizo a identificação do meu nome nas publicações resultantes do referido estudo

() Não autorizo a identificação do meu nome

Muritiba- BA ____/____,2014.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do respondente