



7º Encontro Internacional de Política Social
14º Encontro Nacional de Política Social
Contrarreformas ou Revolução:
respostas ao capitalismo em crise
Vitória (ES, Brasil), 03- a 06 de junho de 2019

Eixo: Mundo do trabalho

Desafios e possibilidades para a saúde do trabalhador na contemporaneidade

Resumo

O presente trabalho parte do pressuposto que a saúde do trabalhador não se limita ao ambiente da empresa, mas perpassa questões da segurança social e dos determinantes sociais em saúde e que o trabalho se configura como categoria central nas relações sociais. Dessa forma, tivemos como objetivo refletir sobre os principais desafios postos para o campo da saúde do trabalhador na contemporaneidade, bem como as possibilidades de enfrentamento ao modo de produzir adoecimento do capitalismo.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; saúde ocupacional; determinação social do trabalho.

Challenges and possibilities for workers' health in the contemporary world

Abstract

The present study assumes that worker health is not limited to the company environment, but it pervades issues of social security and social determinants in health and that work is a central category in social relations. Thus, we aimed to reflect on the main challenges posed to the field of worker health in the contemporary world, as well as the possibilities of facing the way to produce sickness of capitalism.

Keywords: Worker's health; occupational health; social determination of work.

Introdução

Não é possível entender o processo saúde-doença na saúde do trabalhador sem vinculá-lo ao processo de exploração do trabalho no modo de produção capitalista, ou seja, o debate da saúde do trabalhador é indissociável do capitalismo. O trabalho é constitutivo do ser social, todavia, a extração de mais-valia e da alma do trabalhador tem efeitos deletérios sob sua saúde tanto física como mental.

O jovem Engels em A situação da classe trabalhadora na Inglaterra, escrito em 1845, retrata as consequências sociais da industrialização, bem como as suas implicações políticas para os trabalhadores. Engels analisou as condições insalubres a que eram submetidos homens, mulheres e até mesmo crianças, as extensas jornadas de trabalho (de quatorze a dezoito horas diárias), a péssima remuneração, o adoecimento e as mortes precoces. Os trabalhadores daquele período ou se submetiam à exploração ao máximo do trabalho ou lhes restava a Nova Lei dos Pobres (1834), tão extenuante quanto.

Nos moldes malthusianos, a Nova Lei dos Pobres retirou todos os auxílios financeiros e alimentícios e passou a oferecer apenas acolhida em casas de trabalho, que eram verdadeiras prisões. O trabalho nas casas de trabalho era obrigatório para todos que

pediam auxílio e era análogo à escravidão, porém tornou-se a tal ponto tão insuportável, que o trabalhador, por muito relutante que estivesse, preferia aceitar o primeiro emprego que o capitalista lhe oferecesse (ENGELS, 2013).

Engels, apesar de jovem, conseguiu retratar os horrores do capitalismo industrial e o desenvolvimento do movimento operário em sua obra. Apesar também de seu otimismo em relação à revolução, que mais tarde considerou equivocado, Engels deu os primeiros passos para pensar de forma mais crítica e aprofundada o modo de produção e reprodução da vida social no sistema capitalista.

É no marco desses estudos que Engels, mesmo que ainda no interior do comunismo filosófico, descobre a importância do capital, para a compreensão da vida social, das condições em que se opera produção da vida material da sociedade – donde a relevância que a revolução industrial adquiriu na sua apreciação da sociedade inglesa. Mais: no seu pensamento desse período já se encontra, embrionariamente, uma determinação que só posteriormente Marx alcançaria, incorporando-a plenamente na sua análise da dinâmica capitalista – trata-se da tese segundo a qual o “caso clássico” da Inglaterra antecipa o que sucederá nos outros países (NETTO, 2013, p. 25).

Mais tarde, Marx teorizou em O Capital sobre o modo de produção capitalista e o processo de alienação da classe trabalhadora. Os trabalhadores não se reconhecem no produto de seu trabalho, não detêm os meios de produção e produzem trabalho excedente não pago.

Marx (apud LOURENÇO, 2016) também discorreu sobre a situação dos trabalhadores, citando como exemplo a situação dos trabalhadores das indústrias de cerâmica que sofriam sistematicamente de doenças respiratórias. No entanto, Lourenço (2016, p. 31) frisa que Marx não limita os adoecimentos a uma única ocupação ou a um único processo de trabalho, mas refere que “todas as profissões situadas sob o jugo do capital estão sujeitas à estafa ou à exaustão do trabalho, em decorrência da extensa jornada de trabalho”.

Uma vez que o processo de produção capitalista é um processo que absorve trabalho não pago, ocorrem pesadas investidas do capital no aumento da jornada dos trabalhadores e na cooptação de seu tempo livre. Para o capitalismo, o tempo livre do trabalhador é futilidade.

Desde já, é evidente que o trabalhador, durante toda sua vida, não é senão força de trabalho, razão pela qual todo seu tempo disponível é, por natureza e por direito, tempo de trabalho, que pertence, portanto, à autovalorização do capital. Tempo para a formação humana, para o desenvolvimento intelectual, para o cumprimento de funções sociais, para relações sociais, para o livre jogo das forças vitais e físicas e intelectuais, mesmo o tempo livre do domingo – e até mesmo no país do sabbatismo – é pura futilidade! (MARX, 2013, p. 337).

O capitalismo ultrapassa os limites morais da jornada de trabalho e também seus limites físicos. Ele usurpa o tempo para o crescimento, o desenvolvimento e a manutenção saudável do corpo. Ele prolonga o tempo de produção do trabalhador durante certo período mediante o encurtamento de seu tempo de vida (MARX, 2013).

O capital não tem “a mínima consideração pela saúde e duração da vida do trabalhador, a menos que seja forçado pela sociedade a ter essa consideração” (MARX, 2013, p. 342). Destarte, a luta de classes na defesa da saúde do trabalhador é imprescindível, conforme Lourenço (2016), em consonância com Marx:

Assim, antes de mais nada, a saúde do trabalhador só pode ser entendida a partir de um conjunto de medidas que colocam limites à ânsia do capital por mais trabalho e que envolvem a proteção e regulação do trabalho e a proteção social, portanto, somente pode ser garantida por meio da luta de classes, ou seja, apenas a força coletiva dos trabalhadores e trabalhadoras pode propulsionar os movimentos necessários para o reconhecimento dos danos no trabalho, para a luta pela preservação da vida e da saúde e pelas mudanças sociais de cariz emancipatório (LOURENÇO, 2016, p. 28).

As políticas de saúde do trabalhador vivem um paradoxo nos últimos anos, pois têm se constituído em uma política contra-hegemônica, expressando ações de resistência ao predomínio da lógica desenvolvimentista e financeira, ou seja, retratam a disputa entre os sujeitos políticos envolvidos na concepção da política e assinalam o aprofundamento de relações entre o capital e o trabalho e as disputas interministeriais (CFESS, 2014; COSTA et. al., 2013).

Saúde do trabalhador ou saúde da empresa?

As contrarreformas de cunho neoliberal colocam em risco as conquistas sociais acumuladas ao longo dos anos e sem esses direitos a saúde do trabalhador fica comprometida, uma vez que a saúde do trabalhador ultrapassa o ambiente físico de trabalho, pois comunga com a seguridade social e com aspectos maiores da produção e reprodução da vida social. Assim, sem a concepção de seguridade social não é concebível a saúde do trabalhador.

A saúde do trabalhador se situa no cenário político-institucional na perspectiva do direito à Saúde, conquista no Sistema Único de Saúde (SUS), transcendendo o marco dos direitos previdenciários e trabalhistas, ampliando o conceito e o objeto da saúde do trabalhador, isto é, o processo saúde e doença dos grupos humanos, visando “resgatar o real ethos do trabalho: libertário e emancipador” (DIESAT, 2017, p. 3).

Nesse campo, historicamente de disputas na relação capital x trabalho e no terreno das políticas sociais, exige-se do Estado o compromisso de atender às reivindicações da classe trabalhadora. A saúde do trabalhador como direito da população e dever do Estado foi consagrado na Constituição Federal de 1988 e se tornou competência do SUS por meio da Lei Orgânica da Saúde (LOS) de 1990, sendo conquista das lutas de classe no período de redemocratização do país (DIESAT, 2017).

O artigo 200 da CF 88 estabelece que compete ao SUS executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador e colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

A LOS entende por saúde do trabalhador 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.

Em complemento à LOS, em 1998 foi instituída a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, ampliando o olhar e compreendendo como uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los.

Como forma de materializar as premissas constantes nas políticas, se constituiu a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), com o objetivo de integrar as ações de saúde do trabalhador em todos os níveis e pontos de atenção da rede de saúde.

A Renast ganha força com a promulgação da Política Nacional do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e com a emergência dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Os CEREST constituem uma das principais estratégias para a implementação das ações de saúde do trabalhador no SUS, atuando como eixo estratégico de execução e pactuação das ações de saúde, no contexto intra e intersetorial, visando à atenção integral à saúde do trabalhador e a ampliação da visibilidade da área. Dentre as atribuições do CEREST, destacam-se: ações de vigilância, promoção e proteção da saúde, informação e educação em saúde do trabalhador (ROSA; MONTE, 2016, p. 266).

Apesar dos avanços institucionais, os componentes para que a saúde do trabalhador se consolide como uma ação efetiva do SUS vem passando por dificuldades e limites. O princípio da atenção integral que permeia a concepção de saúde deve ser transversalizado pela saúde do trabalhador, pois se constata que ainda não foi incorporada nas práticas de saúde pública a categoria trabalho, enquanto determinante do processo saúde-doença (DIESAT, 2017).

Frisa-se que todo esse processo de instituição de políticas de saúde do trabalhador se dá em um contexto de avanço da ofensiva neoliberal e com o ideário de privatização, austeridade e ajuste fiscal, sucateando as políticas públicas.

A parte III do livro Saúde do trabalhador e da trabalhadora e Serviço Social: estudos da relação trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo, organizado por Lourenço (2016), nos traz um panorama das dificuldades para implementação das ações em saúde do trabalhador nos CEREST em diversas localidades do país.

As subnotificações também são situações preocupantes. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revelou um quadro nosológico dramático do mundo do trabalho, estimando 4.948,00 (milhões) de acidentes de trabalho em 2013, número sete vezes maior que os dados oficiais da Previdência Social (DIESAT, 2017).

Assim, cabe a indagação: como podem se institucionalizar ações no campo Saúde do Trabalhador que se situam no enfrentamento das contradições capital-trabalho se a política real, que conjuga interesses do Estado e do capital, pauta-se pelos princípios do neoliberalismo, conforme assinala Laurell (1995). (COSTA et. al., 2013).

Torna-se inviável fortalecer ações em Saúde do Trabalhador quando o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) financia empresas que adoecem e matam, como a TKCSA (ThyssenKrupp Companhia Siderúrgica do Atlântico, empresa investigada por causar danos ao ambiente e à saúde da população do Rio de Janeiro) e a Eternit (processada em R\$ 1 bi por expor trabalhadores/as ao amianto) (CFESS, 2014). Nesse sentido, temos o Estado, além de financiador, como sócio e parceiro estratégico do capital privado.

A saúde do trabalhador deveria ser formulada e executada exclusivamente pelo SUS, todavia temos ainda o supeito Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), criado pela CLT como aparato de controle da força de trabalho para atender a produção e gerenciado pelos próprios empregadores. O artigo 162 da CLT discorre que as empresas, de acordo com normas a serem expedidas

pelo Ministério do Trabalho, estarão obrigadas a manter serviços especializados em segurança e em medicina do trabalho.

O SESMT foi criado sob a égide da política do regime militar enquanto ação governamental de disciplinamento do trabalhador delegando às empresas a tutela da saúde dos trabalhadores. “Tal política visa a aumentar a produtividade e a saúde tem caráter de razão instrumental para a produção. Essa é a base da atuação do Estado, através do setor trabalho” (LACAZ, 2007, p. 790).

A depender da quantidade de empregados e da natureza das atividades, os SESMT possuem em seu quadro os seguintes profissionais: médico do trabalho, enfermeiro do trabalho, técnico de enfermagem do trabalho, engenheiro de segurança do trabalho e técnico de segurança do trabalho. Todos contratados e pagos pela empresa.

Uma das atribuições do SESMT é a seleção de trabalhadores no momento de admissão e após, nas avaliações periódicas. Todavia, essas funcionam como forma de exclusão daqueles que apresentarem algum tipo de patologia e como forma de isenção da empresa nos casos de doenças desenvolvidas pelo e no trabalho.

Berlinguer (1993) relata que uma pesquisa realizada pelo governo dos Estados Unidos mostrou que 75% das empresas começaram ou pretendem começar programas de screening genético dos trabalhadores e que tais programas têm sido estimulados pelas companhias de seguros, as quais exigem, nas apólices contratadas com a empresa, uma seleção preliminar do seu pessoal. Portanto, é provável que esta tendência se estenda a outros países. O autor elenca algumas consequências desse processo de seleção:

- Aqueles que são excluídos do trabalho com base neste tipo de "screening", correm um maior risco de permanecerem desempregados e, portanto, de adoecerem devido a esta condição;
- Se este sistema se generalizasse, somente as pessoas super resistentes poderiam ser admitidas no trabalho;
- Screening na admissão, baseados não na adequação ao trabalho, como é legítimo, mas na maior resistência aos fatores nocivos presentes no ambiente, podem ser considerados ou tornar-se substitutivos de medidas de prevenção primária e, portanto, constituirão obstáculo para a efetiva introdução desta: na prática "a possibilidade de escolher os empregados e trabalhadores com base no risco pode diminuir a obrigação de tornar o ambiente físico de trabalho seguro e saudável, tornando assim o mundo em geral um lugar mais perigoso e desagradável" (BERLINGUER, 1993, p.108).

Infelizmente os SESMT, que deveriam atuar em favor da saúde e segurança do trabalhador, ainda carregam ranços históricos, permanecendo na abordagem clássica

da medicina do trabalho. É importante distinguir e não generalizar a medicina do trabalho, a saúde ocupacional e a saúde do trabalhador.

De acordo com Dias e Mendes (1991), a medicina do trabalho, que surgiu na Inglaterra com Revolução Industrial, no século XIX, conta com os serviços centrados nos médicos de confiança do empresário e que defendem a empresa. A abordagem clássica da medicina do trabalho baseia-se na análise da ocorrência a partir do ato inseguro, por isso, no caso de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho, há ênfase no comportamento do trabalhador, com apontamentos para a culpa e ignorância deste, bem como a ideia de fatalidade ou má sorte. O relevo não é para o conhecimento dos trabalhadores, mas para o saber médico, o qual, geralmente, mantém uma relação verticalizada com o trabalhador. Esse modelo se difundiu entre diversos países e a preocupação por prover serviço médicos aos trabalhadores passou a fazer parte do cenário internacional, chegando a ser recomendação da OIT (Recomendação 97/1953 e 112/1959).

Com o avanço da industrialização, as doenças decorrentes das condições de trabalho passaram a serem mais frequentes, trazendo questionamentos por parte dos trabalhadores e desnudando a incapacidade da medicina do trabalho de atuar nas doenças decorrentes do processo de produção. Assim, a atuação deixou de ser direcionada ao trabalhador e passou a ser voltada para o ambiente, dando início à saúde ocupacional.

A saúde ocupacional substituiu, de forma ineficiente, a medicina do trabalho e continuou com os traços positivistas de sua antecessora. Não conseguiu avançar na proposta de interdisciplinaridade, com atuação, no máximo, multidisciplinar com justaposição de ações e também não avançou no debate de saúde pública, ficando restrita ao âmbito do trabalho. A realidade é parcialmente modificada, geralmente, apenas no sentido de conter a propagação dos males que podem afetar a saúde daqueles que estão inseridos em determinados ambientes de trabalho e realizam-se algumas ações incipientes de prevenção dentro da ideia de causalidade.

Dessa maneira, torna-se necessário superar o viés da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, dando lugar para a Saúde do Trabalhador, a fim de enfrentar a problemática saúde-trabalho como um todo, conjugando-se fatores econômicos, culturais e individuais para que se possa produzir um resultado que é a saúde como um todo.

Lourenço (2009) elucida que o campo Saúde do Trabalhador não se limita apenas àqueles agravos considerados clássicos, por exemplo, as intoxicações por chumbo ou outros problemas que tem uma causalidade objetiva. A Saúde do Trabalhador

reconhece que muitas doenças e adoecimentos contemporâneos, como hipertensão arterial, diabetes, problemas cardiovasculares, estão relacionados ao trabalho, bem como o sofrimento psíquico e as Lesões por Esforço Repetitivo (LER). Desse modo, se alicerça na análise de realidade a partir de categorias marxistas como processos de trabalho, determinantes sociais e processo de saúde/doença, transcendendo, em muito, aquelas análises presas ao agente causador de acidentes ou doenças clássicas ou, ainda, a concepção de risco iminente e ato inseguro.

Para Vilela et al. (2015), o olhar conservador da medicina ocupacional acaba por dificultar o enfrentamento dos aspectos organizacionais prejudiciais ao trabalhador, bem como limita o alcance das intervenções. Em pesquisas desenvolvidas pelo autor são evidenciadas as práticas de gestão violenta, administrações associadas ao estabelecimento de metas de produção crescentes e abusivas nos moldes da patologia organizacional, bem como do autoritarismo nas relações de trabalho.

As formas de gestão violenta têm se apresentado como ameaças tácitas ou explícitas de demissão, terror psicológico instituído, atitudes de assédio moral de natureza organizacional por parte da hierarquia e cobranças de tarefas para as quais os trabalhadores são obrigados, a contragosto, a fazer ou estão impedidos de executar no contexto real de trabalho. Soma-se a essas formas o modo de dispensa do trabalhador, quando este não mais produz o esperado em virtude de adoecimento pelo trabalho e/ou acidente de trabalho (VILELA et al., 2015).

As gestões violentas constituem um processo de violência psicológica extremada contra o trabalhador, causando-lhe uma série de danos psicossociais. Quanto mais tempo perdura essa situação mais a estrutura psíquica do trabalhador tende a ser afetada, diminuindo seu desempenho no trabalho e, em muitas situações, impossibilitando-o para funções laborativas.

O assédio moral é uma das espécies de violência cotidiana a qual estão submetidos muitos dos trabalhadores não só do Brasil, mas de todo o mundo. Para Barreto (2000), o assédio moral é configurado como:

[...] a exposição dos trabalhadores e trabalhadoras a situações humilhantes e constrangedoras, repetitivas e prolongadas durante a jornada de trabalho e no exercício de suas funções, sendo mais comuns em relações hierárquicas autoritárias e assimétricas, em que predominam condutas negativas, relações desumanas e aéticas de longa duração, de um ou mais chefes dirigida a um ou mais subordinado(s), desestabilizando a relação da vítima com o ambiente de trabalho e a organização, forçando-o a desistir do emprego (BARRETO, 2000, p. 33).

A depressão, o transtorno do estresse pós-traumático e a ansiedade generalizada são as doenças psiquiátricas mais frequentemente diagnosticadas em trabalhadores que sofreram assédio moral, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (FREIRE, 2008).

A devida associação entre violência institucional e saúde mental do trabalhador ainda não está plenamente clara nas instâncias previdenciárias e jurídicas. Urge, além disso, a necessidade de ser debatida e combatida nas empresas. Já houve avanços, mas ainda há um caminho a percorrer.

Para Seligmann-Silva (2011), a escalada da incidência de uma série de agravos à saúde dos trabalhadores é notada ao longo da reestruturação produtiva e encontra-se intimamente ligada à precarização social e do trabalho que acompanha tal reestruturação. A saúde sofre os impactos decorrentes da desregulamentação e da flexibilização do trabalho, principalmente a saúde mental do trabalhador.

O trabalho humano tornou-se, cada vez mais, um trabalho predominantemente mental. Porém o cansaço mental do trabalho intelectual intensificado e a exaustão emocional foram igualmente ignorados nas reestruturações. Esse menosprezo tem ocorrido tanto na indústria quanto nos demais setores, e de modo preocupante na prestação de serviços (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 472).

Nesse sentido, é importante pensar nos modos de suportes sociais e afetivos na proteção à saúde mental que são disponibilizados para os trabalhadores. Para a autora, há uma inter-relação entre o trabalho e os processos saúde/doença cuja dinâmica se inscreve de modo mais vigoroso nos fenômenos mentais, mesmo quando sua natureza seja eminentemente social. Em sua obra Trabalho e Desgaste Mental são apresentados diversos estudos que revelam a constituição e as manifestações do desgaste mental laboral em vários ramos do trabalho, os impactos subjetivos e a vulnerabilização psíquica acarretada pelos acidentes de trabalho.

Quando há adoecimento em decorrência do trabalho em que os sintomas são físicos, geralmente é mais fácil fazer a ligação com o trabalho, porém, o grande imbróglio acontece quando é preciso estabelecer a relação entre trabalho e transtornos mentais. As empresas tentam negar ao máximo a relação do adoecimento com o trabalho, uma vez que há impactos financeiros para a empresa na ocorrência de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho.

Os trabalhadores que se afastam de suas atividades laborais têm os primeiros quinze dias custeados pela empresa, o que significa dias pagos, mas não trabalhados, ou seja, “prejuízo” para a empresa.

Os afastamentos acima de quinze dias de natureza acidentária obrigam o recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) no período de afastamento do trabalhador e incidem no Fator Acidentário de Prevenção (FAP), vigente desde 2009, e calculado com base na quantidade de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) emitida pela empresa, bem como no número de trabalhadores com afastamento superior a 15 dias por acidente de trabalho. O cálculo também leva em consideração a relação entre o benefício recebido e a gravidade do acidente. São benefícios relacionados a acidentes do trabalho: auxílio-doença acidentário, aposentadoria por invalidez acidentária, pensão por morte acidentária e auxílio-acidente (BRASIL, 2007).

O FAP, apesar de impacto exíguo, é um importante instrumento das políticas públicas relativas à saúde e segurança no trabalho e permite a flexibilização da tributação coletiva dos Riscos Ambientais do Trabalho (RAT) – redução ou majoração das alíquotas RAT de 1, 2 ou 3% segundo o desempenho de cada empresa no interior da respectiva Subclasse da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE). Ou seja, pela metodologia do FAP, as empresas que registrarem maior número de acidentes ou doenças ocupacionais pagam mais. Por outro lado, o FAP aumenta a bonificação das empresas que registram menor acidentalidade. No caso de nenhum evento de acidente de trabalho, a empresa paga a metade da alíquota do Seguro de Acidente de Trabalho (SAT) (BRASIL, 2007).

Lacaz (2012) propõe como alternativa à taxaço do FAP uma taxaço variável das empresas mediante a criaço de uma tarifaço relacionada ao grau de risco acidentário de seus ambientes e processos de trabalho, nos moldes da Lei acidentária nº 5.316 de 1967, cuja tarifaço era mais significativa, fazendo com que o investimento continuado, por parte das empresas, em medidas de prevenço de acidentes e doenças do trabalho fosse acompanhado de uma diminuço do nível da tarifaço por elas pago, como estímulo à adoço de tais medidas.

Frise-se que em tempos neoliberais esta taxaço é considerada descabida e uma ingerência na lógica de acumulao, o mesmo acontece com a proposta de taxaço do faturamento e do lucro, a partir do valor agregado da produço, em contraposiço à taxaço somente da folha de salários, o que penaliza as

empresas de mão-de-obra intensivas em relação àquelas empresas capital intensivas, altamente automatizadas e informatizadas (LACAZ, 2012, p. 8).

Como uma das estratégias para manter o trabalhador nas suas funções, as empresas têm usado a Participação em Lucros e Resultados (PLR), pois o trabalhador afastado não faz jus a essa bonificação se não houver acordo coletivo dizendo o contrário. Contudo Lacaz (2012) alerta que a PLR não passa de uma verdadeira armadilha, uma vez que se trata de uma espécie de abono salarial que não é incorporado ao salário efetivo e sobre cujo montante não incide a arrecadação para a Previdência Social e nem do FGTS, tratando-se de uma verdadeira renúncia fiscal.

O artigo 120 e 121 da Lei 8.213/1991 (Planos e Benefícios da Previdência Social) e a Resolução do extinto Conselho Nacional de Previdência Social (CNPS) nº1.291/2007 recomenda à Previdência que amplie as proposituras de ações regressivas contra os empregadores considerados responsáveis por acidentes do trabalho.

Art. 1º Recomendar ao Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, por intermédio de Procuradoria Federal Especializada – INSS, que adote as medidas competentes para ampliar as proposituras de ações regressivas contra os empregadores considerados responsáveis por acidentes do trabalho, nos termos do art. 120 e 121 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, a fim de tornar efetivo o ressarcimento dos gastos do INSS, priorizando as situações que envolvam empresas consideradas grandes causadoras de danos e aquelas causadoras de acidentes graves, dos quais tenham resultado a morte ou a invalidez dos segurados.

Considera-se ação regressiva previdenciária a ação que tenha por objeto o ressarcimento ao INSS de despesas previdenciárias determinadas pela ocorrência de atos ilícitos. Compreende-se por atos ilícitos suscetíveis ao ajuizamento de ação regressiva os seguintes: o descumprimento de normas de saúde e segurança do trabalho que resultar em acidente de trabalho; o cometimento de crimes de trânsito na forma do Código de Trânsito Brasileiro; o cometimento de ilícitos penais dolosos que resultarem em lesão corporal, morte ou perturbação funcional. O valor da causa deverá corresponder ao total das despesas realizadas até o ajuizamento e o correspondente a uma prestação anual, que compreende a 12 parcelas mensais e ao abono anual (BRASIL, Portaria Conjunta PGF/PFEINSS 6/2013).

Dessa forma, é possível que muitas empresas têm se negado à abertura de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), questionam judicialmente os benefícios de natureza acidentária, pedindo a conversão de auxílio-doença acidentário (B91) para auxílio-doença (B31) e buscam ocultar acidentes de trabalhos com o objetivo de se beneficiarem pecuniariamente com relação ao FAP.

Ressalta-se, ainda, que os acidentes de trabalho conferem estabilidade ao trabalhador no emprego por um ano e estabilidade é uma palavra que não combina com o modo de produção capitalista.

Considerações Finais

Evidenciar a construção social da invisibilidade do processo de saúde-doença e compreendê-la significa tornar possível o desvendamento dos mecanismos sociais que ocultam esse processo e encontrar possibilidades de ação. Isso propicia, na perspectiva de superação do que vem limitando a área da saúde do trabalhador, incorporar os seus avanços e, ao mesmo tempo, possibilitar a construção crítica do conhecimento frente o já instituído (MENDES E WUNSCH, 2011).

É preciso fortalecer os vínculos entre os trabalhadores e as organizações que o amparam, tais como sindicatos, conselhos profissionais, movimentos de direitos humanos, para, coletivamente, levantarem-se pautas e proporem-se soluções quanto às problemáticas vivenciadas atualmente pelos trabalhadores em situação de adoecimento no e/ou pelo trabalho.

Redigolo (2013), em sua pesquisa Trabalho, identidade e reabilitação profissional no contexto do serviço público do município de Piracicaba/SP, constata a necessidade de intervenções profissionais que propiciem momentos de escuta do trabalhador, para que consigam se fortalecer como sujeitos políticos, entendendo melhor sua posição como trabalhador e suas possibilidades dentro do processo.

Para Lacaz (2007), à medida que as classes trabalhadoras constituem-se em novo sujeito político e social, conforme sugere o campo Saúde do trabalhador, ele incorpora a ideia de trabalhador que se reconhece como agente de mudanças, com saberes e vivências sobre seu trabalho, compartilhadas coletivamente e, como ator histórico, pode intervir e transformar a realidade de trabalho, participando do controle da nocividade, da definição consensual de prioridades de intervenção e da elaboração de estratégias transformadoras.

Diante das contrarreformas trabalhista e previdenciária, sob o pretexto de facilitar a vida dos empresários e reanimar a economia, pretendem "flexibilizar" a proteção que o Estado estende aos trabalhadores brasileiros, sendo mister a união de todos os trabalhadores para barrar esses retrocessos.

Por fim, acreditamos que a seguridade social se torna ponto nevrálgico que deve ser inegociável pela classe trabalhadora na perspectiva da saúde do trabalhador e

que somente a organização coletiva dos trabalhadores será capaz de frear a política de “saúde das empresas” e, assim, construir a saúde do trabalhador de fato.

Referências

BARRETO, Margarida Maria Silveira. Violência, saúde, trabalho: uma jornada de humilhações. São Paulo: EDVC, 2000.

BERLINGUER, Giovanni. A relação entre saúde e trabalho do ponto de vista bioético. Tradução: Marina Peduzzi. Revista Saúde e Sociedade, 2(2), 1993, p.101-134.

BRASIL. Decreto nº 6.042, de 12 de fevereiro de 2007. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto n. 3.048, de 6 de maio de 1999, disciplina a aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção - FAP e do Nexo Técnico Epidemiológico, e dá outras providências.

BRASIL. Portaria Conjunta Procuradoria Geral Federal/ Procuradoria Federal Especializada junto ao INSS Nº 6 DE 18.01.2013. Diário Oficial da União de 01 de fevereiro de 2013.

CARVALHO, José M. de. Cidadania no Brasil, o longo caminho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. CFESS Manifesta - 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora. Gestão Tecendo na luta a manhã desejada. Brasília (DF), 2014. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/2014cfessmanifesta-saudetrabalhador-site.pdf>>. Acesso em: jul. 2017.

COSTA, Danilo et al. Saúde do trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. São Paulo, 38 (127), p. 11-30, 2013.

DIAS, Elizabeth Costa; MENDES, Rene. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Revista de saúde pública. nº25(5), São Paulo; 1991. p.341-349
DIESAT. Saúde do Trabalhador em Xeque! Trabalho e Saúde. Revista do DIESAT, n. 42, São Paulo, 2017.

ENGELS, Friedrich. A situação da classe trabalhadora na Inglaterra. Tradução: B. A. Schumann. São Paulo: Boitempo, 2013.

FREIRE, Paula Ariane. Assédio moral e saúde mental do trabalhador. Trab. educ. saúde, 2008, v. 6, n. 2, p. 367-380. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462008000200009>>. Acesso em: jul. 2017.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(4), p. 757-766, abr. 2007.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. *Seguridade Social e Saúde do Trabalhador: uma reflexão necessária*. VIII Seminário de Saúde do Trabalhador (em continuidade ao VII Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca) e VI Seminário “O Trabalho em Debate”. UNESP/USP/STICF/CNTI/UFSC, 25 a 27 de setembro de 2012.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. *Na trilha da saúde do trabalhador: a experiência de Franca/SP*. Tese de Doutorado. Serviço Social – Faculdade de História, Direito e Serviço Social – UNESP, 2009.

LOURENÇO, Edvânia Angela de Souza. *Saúde do trabalhador e da trabalhadora no capitalismo contemporâneo*. In: LOURENÇO, Edvânia Angela de Souza. (Org.). *Saúde do trabalhador e da trabalhadora e serviço social: estudos da relação trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo*. Campinas: Papel Social, 2016. p.27-48.

MARX, Karl. *O capital: crítica da economia política*. Livro I: o processo de produção do capital. Tradução: Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

MENDES, Jussara Maria Rosa; WUNSCH, Dolores Sanches. *Serviço Social e a Saúde do Trabalhador: uma dispersa demanda*. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 107, set. 2011. p. 461-481.

NETTO, José Paulo. *Apresentação*. In: ENGELS, Friedrich. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. Tradução: B. A. Schumann. São Paulo: Boitempo, 2013. p. 9-35.

REDIGOLO, Daniela. *Trabalho, identidade e reabilitação profissional no contexto do serviço público do município de Piracicaba/SP*. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2013.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; MONTE, Maria Iamara Soares. *Dez anos de implantação do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador de Teresina e os desafios para a implantação da política de saúde do trabalhador no Estado do Piauí*. In: LOURENÇO, E. A. S. (Org.). *Saúde do trabalhador e da trabalhadora e serviço social: estudo da relação trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo*. Campinas/SP: Papel Social, 2016. p. 265-82.

SELIGMANN-SILVA, Edith. *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez, 2011.

VILELA, Rodolfo Andrade Gouveia et al. *Gestão violenta e patologia organizacional: reflexões para uma intervenção articulada entre academia, serviços e movimento sindical*. *Ciências do Trabalho*, v. 4, p. 27-45, 2015.

Anais do 7º Encontro Internacional de Política social e 14º Encontro Nacional de Política Social ISSN 2175-098X