

MAIRY BATISTA DE SOUZA

**PERCEPÇÃO DO TRABALHADOR SOBRE SEU ACIDENTE DE
TRABALHO GRAVE NA CONSTRUÇÃO CIVIL**

CAMPO GRANDE

2015

MAIRY BATISTA DE SOUZA

**PERCEPÇÃO DO TRABALHADOR SOBRE SEU ACIDENTE DE
TRABALHO GRAVE NA CONSTRUÇÃO CIVIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção de título de Mestre.

Orientadora Profa Dra Alexandra Maria C. Pinto

Co-orientação Prof. Dr. William Waissmann.

CAMPO GRANDE

2015

FOLHA DE APROVAÇÃO

MAIRY BATISTA DE SOUZA

PERCEPÇÃO DO TRABALHADOR SOBRE SEU ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE NA CONSTRUÇÃO CIVIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção de título de Mestre.

Orientadora Profa Dra Alexandra Maria C. Pinto e
Co-orientação Prof. Dr. William Waissmann.

Resultado: _____

Campo Grande (MS), ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Alexandra Maria Almeida Carvalho
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS.

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS.

DEDICATÓRIA

Dedico

Aos sujeitos desta pesquisa, trabalhador da construção civil, vítimas inocentes de acidentes de trabalho, com marcas no corpo e na alma, mas sobreviventes em um País que não os reconhece como cidadãos de direito.

RESUMO

Os acidentes de trabalho estão imersos em concepções que envolvem determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ideológicos. Neste estudo tivemos como objetivo compreender a percepção do trabalhador sobre o acidente de trabalho grave na construção civil, circunstâncias que ocorre, caminho percorrido do momento do acidente ao atendimento na rede de atenção à saúde, e as consequências. Pesquisa com abordagem qualitativa, descritiva e para análise dos dados pautamos-nos no referencial teórico-metodológico da hermenêutica-dialética a percepção da compreensão dos trabalhadores em relação a seu acidente de trabalho grave na construção civil. Utilizamos entrevistas para coleta de dados, com roteiro semi-estruturado, gravadas e transcritas, respondidas, por 17 trabalhadores da construção civil que sofreram acidente de trabalho grave de junho a agosto de 2010, atendidos em Hospital de referência de Campo Grande - Mato Grosso do Sul. Das questões norteadoras emergiram nove categorias. Na categoria ingresso na construção civil é relatado que ocorreu na adolescência. Nas três categorias, a informalidade na construção civil, as circunstâncias do acidente, a atribuição da culpa e a aceitabilidade social do acidente, identificamos que o trabalhador chama pra si a responsabilidade do acidente, assumindo o erro e justificando que ocorre por distração, descuido e desatenção. Na categoria caminho percorrido para o atendimento em saúde se evidenciou o transporte próprio e pelos amigos para acessar o atendimento em saúde. Para período de hospitalização do trabalhador, foi de 1 a 60 dias. As categorias, convivência com as dores, mudanças que não cessam pós-acidente de trabalho e a de difícil recomeço, desvelaram dores físicas, sequelas; incapacidades parciais permanentes; abandono por parte do empregador, perdas econômicas, dificuldades de retorno ao mercado de trabalho em condições satisfatórias de produção. Nas considerações se evidenciam condições de trabalho inalteradas. A saúde do trabalhador é uma área que ainda necessita de construções coletivas, com a participação de trabalhadores, pesquisadores e Estado.

Palavras-chave: Acidentes de trabalho. Construção Civil. Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Accidents at work are immersed in conceptions involving social determinants, economic, political, cultural and ideological. In this study we aimed to understand the perception of the construction worker about serious occupational injuries, circumstances of the accident, the path taken from the time of the accident until the service health care network, and the consequences. Qualitative and descriptive research, and for data analysis we based ourselves on the theoretical and methodological dialectical hermeneutics framework. We used semi-structured interviews to collect data, recorded and transcribed, that were answered by 17 construction workers who have suffered serious occupational injuries from June-August 2010, and were treated at a reference hospital for in Campo Grande – Mato Grosso do Sul. Analyzing the results emerged nine categories. In the category entry into the profession in construction it is reported to occur in adolescence. The three categories, informality in the civil construction, the circumstances of the accident, and the attribution of guilt and the social acceptability of the accident, assuming the error and explaining that it occurs by distraction, carelessness and inattention. Analysing the category path taken for health care was evident the use of own personal vehicle and help of friends to access the health care. For period of worker's hospitalization, one to 60 days. Categories, living with pain, changes that do not cease after work accident and difficult restart, unveiled physical pain, sequels, permanent partial disabilities, abandonment by the employer, economic losses, return difficulties in the labor market in satisfactory conditions of production. In the considerations are evident unchanged working conditions, contributing to the worker discredit. Workers' health is a field that still needs improvements, where the state must take the role of regulator and controller (with fiscalizations), ensuring the worker rights and equal opportunities.

Keywords: Accidents at work. Civil Construction. Worker Health.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Quadro 1	Categorias de análise para as entrevistas do trabalhador da construção civil vítima de acidente de trabalho grave.....	37
Figura 1	Cuidado! O Perigolino quer ferir você.....	45
Figura 2	Segurança e saúde para trabalhadores da indústria.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária de Saúde
AT	Acidente de Trabalho
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CEREST	Centros de Referência em Saúde do trabalhador
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FUNDACENTRO	Fundação de Segurança e Medicina do Trabalho
FUNDECT	Fundação de apoio ao Desenvolvimento do Ensino da ciência e da Tecnologia de Mato Grosso do Sul
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores da Indústria
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MTPS	Ministério do Trabalho e Previdência Social
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIAIS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNVT	Programa Nacional de Valorização do Trabalhador
PPSUS	Programa de Pesquisa para o SUS
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SAMU	Serviço Médico de Urgência
SESI	Serviço Social da Indústria
SINAIT	Sindicato Nacional dos Auditores Fiscais do Trabalho
SUDS	Sistema único e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1 Saúde no Brasil	12
2.2 Saúde do trabalhador	14
2.3 Marco Legal para Saúde do trabalhador.....	17
2.4 Historia da construção civil	26
2.5 Retratos do acidente de trabalho	29
3 OBJETIVOS	33
3.1 Objetivo geral	33
3.2 Objetivos específicos	33
4 PERCURSO METODOLÓGICO	34
4.1 Tipo de estudo	34
4.2 Sujeitos da pesquisa, local e período de estudo	34
4.3 Questões norteadoras	35
4.4 Instrumento de coleta de dados	35
4.5 Coleta de dados	36
4.6 Análise do material qualitativo segundo Minayo (2010).....	37
4.6.1 Ordenação de dados	37
4.6.2 Classificação de dados	37
4.7 Aspectos éticos	38
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5.1 Percepção do trabalhador sobre as causas do acidente	38
5.1.1 Ingresso na construção civil	39
5.1.2 Informalidade na construção civil	39
5.1.3 Circunstâncias do acidente	41
5.1.4 Atribuição da culpa, e a aceitabilidade social do acidente	43
5.2 Atendimento em saúde	51
5.2.1 Caminho percorrido para o atendimento em saúde	51
5.2.2 Período de hospitalização do trabalhador	53
5.3 Consequências do acidente na vida do trabalhador	55
5.3.1 Conviver com as dores	56
5.3.2 Mudanças que não cessam pós-acidente de trabalho	58
5.3.3 Dificil recomeço	60
6 CONSIDERAÇÕES	63
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICE A - Entrevista com o trabalhador	73
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	80

1 INTRODUÇÃO

O Brasil adotou o modelo de desenvolvimento voltado para o crescimento econômico sem priorizar as dimensões políticas, sociais e humana do cidadão. Devido as consequências diretas dessa escolha, várias mudanças ocorreram nas condições e organização do trabalho, impactando diretamente na saúde do trabalhador, como: a precarização das relações de trabalho, que se caracteriza pela desregulamentação e perda de direitos trabalhistas e sociais; e a legalização de trabalhos temporários (BRASIL, 2001, p. 1.3).

A informalidade, o subemprego, a terceirização, a carga horária, além das permitidas por lei, e as pressões por produtividade têm contribuído para um processo de vulnerabilidade do trabalhador e violação de seus direitos como cidadão (MATTOS; SANTOS, 2006). A vulnerabilidade é produzida pela ausência do Estado na adoção de políticas públicas, que traduzem-se na fragilidades das relações de trabalho

A saúde do trabalhador compõe uma área de conhecimento da Saúde Coletiva, com raízes no movimento da medicina social latino-americana, com fortes influências na experiência Italiana. Um corpo de práticas teóricas interdisciplinares - técnicas, sociais, humanas - e interinstitucionais desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e com uma perspectiva comum (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997). Para Mendes e Dias (1991), saúde do trabalhador caracteriza-se como um campo em construção da saúde pública que busca explicar, por meio do processo do trabalho sobre o adoecer e o morrer do trabalhador.

Na crítica aos modelos vigentes de atenção à saúde, que não conseguem atender a complexidade da saúde do trabalhador, surgiu uma nova forma de apreender a relação trabalho-saúde, uma construção que combina o momento histórico, com condições intelectuais favoráveis para a discussão das contradições que permeiam as relações entre capital e trabalho. Ela se caracteriza por ser uma área de conflitos constantes “entre empresas, trabalhadores e instituições públicas” (MINAYO-GOMEZ, THEDIM-COSTA, 1997, p. 26).

Para Gomes (2003), a inflexão conceito de acidente de trabalho teve início a partir do surgimento do modo capitalista de produção, quando os acidentes de trabalho aumentaram em quantidade e gravidade, com a perda do controle dos meios de produção por parte dos trabalhadores, que deixavam de produzir para si e para a família, em detrimento de um terceiro com a lógica do lucro. O acidente deixa, assim de ser pensado como um acontecimento transcendente e infortúnio casual.

Os estudos e dados conhecidos sobre esse problema de saúde pública respaldam e tornam muito clara a necessidade de uma definição das políticas de proteção ao trabalhador. As condições de trabalho ultrapassadas e a baixa eficiência na cobertura da regulamentação dos ambientes de trabalho traduzem-se na alta mortalidade e incidência de acidentes de trabalho no país. Essa situação aponta uma dificuldade da saúde pública em implementar as ações específicas da área da saúde do trabalhador (SANTANA; NOBRE; WALDVOGEL, 2005).

Pesquisa “Perfil dos Acidentes de trabalho graves atendidos nos hospitais sentinela de Campo Grande”, identificou no período de três meses, em 2010, 1166 casos de acidente de trabalho. Um dos hospitais sentinela de Campo Grande atendeu 80,5% (939) da demanda, desses 49,84% (588) foram classificados como acidentes de trabalho grave, segundo critérios do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). Sendo, 64,3% (301) acidentes típicos e 34,6% (162) acidentes de trajeto, 1,1% (5) violência sofrida no local de trabalho. Os trabalhadores da construção civil representaram 19,2% (90), da demanda dos trabalhadores acidentados. (AJALLA, 2010).

Os acidentes de trabalho estão imersos em concepções que envolvem determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ideológicos. Para tanto é fundamental atentarmos para os impactos desses na história de vida das pessoas que os sofrem. O desejo de identificarmos a percepção do trabalhador, sobre o acidente de trabalho grave e ampliar o debate teórico/prático sobre o tema, levou-me a optar pela pesquisa qualitativa

Posto isso, pretendemos nesta pesquisa buscar resposta ao questionamento: Qual é a percepção do trabalhador, vítima de acidente grave, sobre as circunstâncias que ocorreu, o atendimento em saúde e consequências.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Saúde no Brasil

Os modelos de atenção à saúde no Brasil relacionam-se aos diferentes momentos da história. No início da República, temos as campanhas para lutar contra epidemias, como febre amarela, varíola e peste, que atendiam os interesses da economia agroexportadora. Modelo esse que permanece como referência de intervenção no enfrentamento de endemias e epidemias (JUNIOR, ALVES, 2007).

Na primeira República (1889-1930), foram criados e implementados os serviços de saúde e programas de saúde pública em gestão nacional, tendo como modelo “campanhas sanitárias” voltadas ao enfrentamento das epidemias urbanas e, posteriormente, estendidas para a zona rural, modelo de inspiração americana, porém importado de Cuba, de estrutura centralista, tecno-burocrática e corporativista, tendo o médico como figura central. Esse traço autoritário de gestão ainda permanece em algumas instituições de saúde do Brasil. Nos 30 ao 50, temos a permanência de um modelo de saúde clientelista, populista e paternalista. A partir de 1950 até 1960, no período conhecido como desenvolvimento, os serviços de saúde aconteciam com justaposição, repetição, incompetência, ineficiência e dicotomia entre saúde pública, e atenção médica individual. (LUZ, 1991). Na ditadura militar (1964-1984), predominava o modelo de saúde centralizador, concentrador, privatizante e ineficaz, aliado ao campanhismo e curativismo, “com uma medicalização sem precedentes na história do País”. A política da saúde do “milagre” foi produzida, com perdas para a maioria das categorias da saúde. A saúde passou a ser vista, então, como um bem de consumo médico (LUZ, 1991, p.81).

A organização Mundial de Saúde (OMS), de 7 de abril de 1948, trouxe, em seu preâmbulo, os contornos da saúde, nos seguintes termos “Saúde é o completo bem estar físico mental e social, de uma pessoa e não apenas ausência de doença”. Podemos, a partir dessa definição, entender a saúde como um bem coletivo, que depende do amplo comprometimento do indivíduo, da sociedade e do Estado para a sua conquista.

Tendo como referência a Conferência Internacional de Alma Ata, o Brasil passa a planejar e implementar políticas, como: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIAS), que tinha como objetivo a descentralização das ações e serviços de saúde às zonas rurais e às comunidades periféricas. Nesse contexto, o Movimento Sanitário Brasileiro

articulava-se em busca de prover mudanças para minimizar as desigualdades sociais, principalmente na saúde (SIMÕES et al., 2011). A luta pela reforma sanitária foi à resposta dos movimentos sociais e de trabalhadores para uma saúde universal e dever do estado. Essa percepção social de saúde como direito de cidadania foi um dado novo na história das políticas sociais do país. O despertar da consciência do direito foi construído pela participação dos movimentos sociais em saúde na segunda metade de 1970 e início dos anos 1980 (MATTOS, 1990).

Esse caminhar pela saúde, enquanto direito civil, foi coroado pela realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, um marco histórico da cidadania. As discussões foram pautadas em questões fundamentais como, finalidades, diretrizes e métodos da reforma sanitária, e a garantia de instrumentos que garantissem sua efetividade. Em 1987, foi criado o sistema unificado e descentralizado de saúde – SUDS, sendo assegurada na constituição federal de 1988, a proposição do Sistema Único de Saúde - SUS (LUZ, 1999).

A Lei Federal nº 8.080/90, denominada Lei Orgânica da Saúde (LOS), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, ampliou a definição de saúde do disposto no Artigo 3º, não mais vista apenas como ausência de doença. Para tanto, a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros, cujos níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

Não obstante a responsabilidade individual, temos a responsabilidade do Estado na garantia do direito à saúde aos indivíduos, conforme lei 8.080, de 9 de setembro de 1990.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

A promulgação da Constituição Federal de 1988, garantiu direitos à saúde. A Constituição preconiza, em seu art.198, que as ações de saúde e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constitui o Sistema Único de Saúde (SUS), organizado de acordo com as seguintes diretrizes: a Descentralização – direção única

em cada esfera de governo; o Atendimento Integral – com prioridade das atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e o controle Social.

Com a (re)democratização do País, a assistência à saúde respaldou-se na Constituição Federal de 1988, nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), 8.080/90 e 8.142/90, e nas Normas Operacionais, nos princípios da igualdade de acesso aos sistemas de saúde, na integralidade da assistência e no controle social, na rede regionalizada e hierarquizada de atenção, com enfoque epidemiológico para estabelecimento de ações e programas de saúde.

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza as Redes de Atenção à Saúde (RAS), como estratégia para o enfrentamento e superação das fragilidades da saúde, tendo, na Atenção Primária à Saúde (APS), seu *locus* privilegiado para prover atenção contínua, integral, qualificada, responsável e humanizada, o mais próximo possível dos locais onde as pessoas vivem e trabalham, ou seja, o princípio da territorialidade (DIAS et al., 2012).

Nesse sentido, evidencia-se o conceito ampliado de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), visto como um repleto bem-estar biopsicossocial, as conquistas decorrentes do Projeto de Reforma Sanitária, construído a partir dos anos 1980 e, conseqüentemente, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma estratégia implementada, pautada fundamentalmente nos ideais de sociedade democrática e Estado provedor de bens e serviços, reflexos diretos no âmbito da saúde do (a) trabalhador(a).

2.2 Saúde do Trabalhador

De acordo com Mendes e Dias (1991), a medicina do trabalho surge, na Inglaterra, com a Revolução Industrial. Convém lembrar que o processo de produção da época tinha como características a exploração física extrema do trabalhador com jornadas extenuantes e ambientes totalmente desfavoráveis, comprometendo a sobrevivência do próprio processo de trabalho. A Medicina do trabalho “orienta-se pela teoria da unicausalidade, ou seja, para cada doença um agente etiológico” (MINAYO-GOMEZ, THEDIM- COSTA, 1997, p. 23).

A medicina do trabalho mostrou-se insuficiente para intervir nesse cenário causado pelo processo de produção. Surge, assim, a saúde ocupacional, com traços multi e interdisciplinares, focada na higiene industrial (MENDES, DIAS, 1991).

É interessante mencionar que a saúde ocupacional volta-se para o diagnóstico e tratamento dos problemas orgânicos, marcada por uma visão empirista e positivista. O

trabalhador é tratado como objeto, “estreitando a possibilidade de apreensão das formas de adoecimento no trabalho na contemporaneidade” (LACAZ, 2007, p. 759).

As causas do adoecer no trabalho são extremamente complexas, estando diretamente relacionadas com a organização do trabalho e, seus nexos, com a subjetividade dos coletivos de trabalhadores. No final dos anos 1960, temos um período marcado por intensos movimentos sociais e de trabalhadores, com questionamento das condições de trabalho, valor da liberdade, o significado do trabalho na vida, o uso do corpo. Além disso, os trabalhadores passam a exigir a participação nas questões de saúde e segurança. Vale comentar que esses movimentos abalaram a estrutura do Estado, colocando em xeque o lado místico do trabalho enquanto instituição sagrada (MENDES, DIAS, 1991).

Desse amplo movimento social e político com a participação de diferentes atores, com um novo olhar sobre a saúde e a segurança no trabalho, emerge o campo da Saúde do trabalhador, com assessoria técnica especializada e suporte parcial do Estado. No Brasil, a saúde do trabalhador toma visibilidade a partir do início década de 1980 (MINAYO-GOMEZ, THEDIM-COSTA, 1997), com discussões voltadas para a saúde pública, em contraposição à base conceitual e prática das concepções hegemônicas sobre a relação trabalho-saúde da medicina do trabalho.

Segundo Waissmann (2000, p.41), a medicina tem como objetivo básico:

A não culpabilidade do trabalho na gênese de patologias, cuja ação médica é dirigida à adequação dos indivíduos à produção e voltada para as patologias individuais para evitar que efeitos aparentes nos coletivos [de trabalhadores] pudessem vir a esclarecer vínculos entre eles e o trabalho.

A construção do campo da Saúde do trabalhador acompanha o campo do conhecimento das relações saúde/doença/trabalho, situando-se dentro da Medicina Social Latino Americana que, desde os meados da década de 1970, tem construído seu arcabouço teórico e metodológico. Apresenta, como eixos: “a defesa do direito ao trabalho digno e saudável, a participação do trabalhador nas decisões sobre a organização e gestão dos processos produtivos, e a busca de atenção integral à saúde” (DIAS; HOEFEL, 2005, p. 818).

Dialogar com a saúde do trabalhador significa adentrar em um tema ainda recente de discussão, ainda na adolescência, mas que necessita de debates entre saberes para trilhar caminhos que possibilitem atingir uma maturidade consistente e duradoura (LACAZ, 1997).

A saúde do trabalhador caracteriza-se como uma área da Saúde Coletiva, entendida como o conjunto de conhecimentos oriundos de diversas disciplinas, além da medicina e

engenharia de segurança, como: Sociologia, Psicologia, Farmácia e Bioquímica, Medicina do Trabalho, Engenharia Ambiental, Serviço social, dentre outras, aliado ao saber do trabalhador sobre seu ambiente de trabalho e suas vivências (DIAS, 2000). Saúde do trabalhador é uma construção teórica e metodológica que ocorre em determinado momento histórico e retrata as contradições presentes entre capital e trabalho (MINAYO; THEDIM-COSTA 1997). Dessa maneira o campo da Saúde do Trabalhador compreende um corpo de práticas teórico, interdisciplinar, construído por diferentes atores situados em lugares sociais distintos, buscando instrumentalizar o trabalhador enquanto agente ativo na atenção à sua saúde, desde a promoção da saúde, prevenção da doença, cura e reabilitação.

A lei n.º 8080/90, em seu art.6,§3.º, define, como Saúde do trabalhador:

[...] 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.

A saúde do trabalhador encontra na saúde coletiva seu campo privilegiado de conhecimento, no tripé epidemiologia, administração, planejamento em saúde e ciências sociais em saúde. Enquanto produtora de conhecimentos, a saúde do trabalhador possibilita a compreensão dos vários níveis de complexidade que envolve o processo trabalho e saúde. De acordo com Lacaz (2007, p. 758), “a configuração do campo da saúde do trabalhador constitui-se por três vetores: a produção acadêmica; a programação em saúde na rede pública; o movimento dos trabalhadores”.

Lacaz (2007) acrescentou que o objeto da saúde do trabalhador é o processo saúde e doença e sua relação com o trabalho. Compreender esse processo como e por que ocorre é um dos desafios postos nesse campo de conhecimento. Mesmo com dificuldade no campo teórico, a saúde do trabalhador, busca desvendar a nocividade dos processos de trabalho e suas consequências; “alienação sobrecarga e/subcarga; pela interação de cargas sobre os corpos que trabalham, conformando um nexos biopsíquico” que comprometem as potencialidades e criatividade do trabalhador (p. 458-459).

2.3 Marco Legal para Saúde do Trabalhador

No século XV, surge o primeiro livro voltado “integralmente aos riscos de uma ocupação, escrito por Ellenbog (1440-1499)”, sobre os ourives de Augsburg. O livro descreve os riscos dessa atividade profissional, e outras que trabalham com metais, e os efeitos dos vapores de prata, mercúrio e chumbo. Esse autor elencou sintomas e sinais do envenenamento por metais (WAISSMANN, 2000, p. 31).

No final do século XVII, foi escrito “De morbis artificum diatriba”, de Bernardino Ramazzini, considerado o “primeiro tratado completo sobre doenças ocupacionais e a obra de referência para a área até o século XIX”. Com o advento da Revolução Industrial, outros problemas se apresentaram (WAISSMANN, 2000, p. 41).

No que concerne aos primeiros projetos de lei sobre acidentes de trabalho, eles datam do início do século XX, e foram justificados pelo aumento do maquinismo, das reclamações operárias, do desenvolvimento da teoria do risco profissional e pela necessidade de apaziguar os conflitos entre capital e trabalho (FALEIROS, 2010).

No Brasil, a questão foi disciplinada pela primeira vez por meio da Lei n.º 3.724, e regulamentada pelo Decreto 13.498, de março de 1919. Essa lei foi concebida pelo risco profissional, em decorrência das manifestações de trabalhadores apresentadas em congressos realizados durante a Primeira Guerra Mundial. Culminaram na Conferência da Paz, em 1919, e aprovação do Tratado de Versailles, tratado plurilateral, elaborado pelas nações vitoriosas na primeira Guerra que, na sua parte XIII, garantiu a criação da Organização Internacional do Trabalho – OIT (TEIXEIRA 2012).

Em 26 de novembro de 1930, na era Vargas, ocorreu a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio chamado pelo seu primeiro ministro, Lindolfo Collor, de “Ministério da Revolução”. No Brasil, até a criação desse ministério, as demandas relativas ao mundo do trabalho eram mediadas pelo Ministério da Agricultura, mas pouco valorizadas pelo Estado. Em sua gestão, o então ministro pautava suas agendas em cooptar os sindicatos para a órbita do ministério, com controle pelo Estado. Ao mesmo tempo, envidava esforços na criação de sindicatos patronais. No que refere-se à questão dos direitos trabalhistas, o regime procurava atender algumas reivindicações históricas do trabalhador. Entretanto, apenas alguns sindicatos com pouca tradição organizativa submetiam-se às condições exigidas pelo novo ministério para que fossem oficialmente reconhecidos. Nessa década, também foram regulamentados o salário mínimo e o aprimoramento de toda a legislação social, produzida na Consolidação das Leis de Trabalho - CLT (FALEIROS, 2010).

Em 1944, foi estabelecida uma maior intervenção do Estado no domínio dos seguros contra acidentes de trabalho, quando vigorou a obrigatoriedade da realização de seguro na Instituição Previdenciária em que o empregado estivesse filiado (HENNINGTON, 1996).

Essa ideologia de colaboração com o Estado legitimou a política do Estado Novo (1937 – 1945), de Vargas. Nesse contexto, o estado encarregava-se de controlar as classes dominantes e suas crises (FALEIROS, 2010).

No governo Vargas, devido à ausência de comunicação dos acidentes pelas empresas, os registros eram controlados pela polícia, não sendo possível registrar o número de acidentes de trabalho. Em 1940, o Ministério do Trabalho realizou em 44 instituições de seguro uma enquete sobre acidentes de trabalho, contudo, apenas 21 responderam. Verificaram-se 98.848 acidentes para uma população de 95.033 segurados, no Distrito Federal, segundo dados da polícia; em 1939, foram computados 50.662 acidentes para uma população operária de 123.459, a maioria não são assegurados, o que corrobora com os dados do Ministério do trabalho. Não foi identificada, na leitura do livro do autor, uma justificativa para o número de acidentes terem sido superior ao número de segurados (FALEIROS 2010, p. 110). Esse autor relatou que as quedas de operários durante o trabalho e as quedas de objetos, que prejudicam o trabalhador, correspondem a 32,83% dos acidentes. Os choques com obstáculos 15,95%, e as feridas causadas pela utilização de instrumentos e máquinas 25,17%.

A prática dos empregadores em relação ao acidente de trabalho era a de desobrigar-se da mão de obra inutilizada pelos acidentes de trabalho. Essa “desobrigação chega até a demissão dos acidentados”. Era muito comum que os acidentados na rua fossem socorridos pela assistência policial que as encaminhava às santas casas, local onde se amontoam os pobres. “Operários e pobres se confundem na sociedade da Primeira República”. Nas mãos da polícia, o acidentado era aceito nessas instituições em nome da caridade, todavia sem nenhum direito assegurado (FALEIROS, 2010, p. 53-54).

Conforme boletim do Departamento do Trabalho:

A assistência policial fornece aos acidentados do trabalho os primeiros socorros e frequentemente os socorros ulteriores. Generalizou-se o hábito de chama-la todas as vezes que uma serra circular corta a face de um operário ou que um torno lhe corta três falanges. Uma vez pedida ajuda, os patrões não se sentem em geral mais obrigados a tomar outras medidas (FALEIROS, 2010, p. 54).

Em 10 de novembro de 1944, temos a assinatura do decreto-lei nº 7.036, que suspende a estatização dos seguros. O Estado amplia seu campo de intervenção no domínio do

acidente com a implantação do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores da Indústria – IAPI¹, para favorecer os trabalhadores urbanos mais combativos em seus sindicatos, como, ferroviários, bancários, marítimos, estivadores, algumas categorias de funcionários públicos. Esses trabalhadores eram considerados essenciais para o modelo econômico agroexportador da época (LUZ, 1991). O número de segurados passou de 707.753, em 1938, a 1.136.475, em 1943, o que possibilita uma base para a implantação de um setor estatal para seguros de acidentes de trabalho, período marcado por práticas clientelistas, típicas do governo Vargas. “Abol-se a distinção entre incapacidade temporária total e parcial e a comunicação do acidente de trabalho passa a ser feita ao juiz e não a autoridade policial” (FALEIROS, 2010, p. 141-142).

Com o desenvolvimento crescente da indústria e as definições da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT)², as práticas em matéria de saúde e segurança no trabalho diversificaram demissões, acordos extrajudiciais, introdução de equipamentos de segurança e de serviços de higiene, elaboração de normas, contratação de pessoal de fiscalização, já com o despertar de uma prática preventiva. (FALEIROS, 2010).

A lei nº 4.892, de 09.12.1965, deveria estimular a implantação de melhores condições de trabalho, visto assegurar a isenção de imposto para a importação de equipamentos de segurança. De acordo com o juiz Luís Roberto Ruech, “custa mais barato substituir o doente que importar equipamentos”. Assim, algumas medidas são adotadas para a prevenção de acidentes, decreto nº 68.213/71, que institui medalhas de mérito para pessoas que se destacam no domínio da segurança do trabalho e do decreto nº 68.255/71, houve uma campanha permanente de prevenção, além de medidas de caráter simbólico, sem impactos concretos na redução de acidentes A prevenção pressupõe a compreensão sobre as origens e causas que podem provocar um acidente (FALEIROS, 2010, p. 257).

A Constituição de 1967 possibilitou alguns ganhos como o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), criado e regulamentado em 1966, a aposentadoria da mulher, e as colônias de férias. Continha, porém, em seu bojo, medidas autoritárias, como, por exemplo, a proibição de greves nos serviços públicos e nas atividades essenciais. A lei nº 5.316, de setembro de 1967, garantiu várias prestações de serviço, como: auxílio doença, aposentadoria por invalidez, auxílio acidente, pensão por morte, assistência médica, pecúlio e reabilitação

¹ Instituto de Aposentadoria e Pensões das Indústrias – IAPI. Instituto criado pela Lei nº 367, em 31 de dezembro de 1936, para atender os trabalhadores na área de Previdência Social.

²Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, decreto lei 5.452 de 1º de maio de 1945.

profissional. Reconheceu-se o acidente de trajeto no caso de trabalhadores/as urbanos, entre outras medidas (HENNINGTON, 1996).

Em 1967, o Estado passa a responsabilizar-se pela indenização e controle dos acidentes de trabalho, quando teve início à construção de uma legislação trabalhista, especificamente voltados para a segurança e saúde do trabalhador. O tema tornou-se, então, a integrar a política de segurança nacional, que tinha como prioridade “o processo de acumulação de capital, o arrocho salarial e a eliminação do direito de greve” (FALEIROS, 2010 p. 231).

Faleiros (2010) referiu que o ponto mais importante da lei nº 5.316, de setembro de 1967, é a passagem de seguros de acidentes de trabalho das companhias privadas para o Estado, e a ampliação dos benefícios concedidos aos acidentados ou portadores de doenças ocupacionais. Para o governo, essa estatização representou uma repartição das cargas entre os segurados ativos, a cada ano. Para o autor, esse discurso revela que os custos do seguro acidente seriam divididos pelas empresas e indiretamente (ou mesmo diretamente) entre os trabalhadores, abrindo campo para o seguro do conjunto do empresariado com taxas e tarifas diversificadas, conforme o risco do trabalho. Em 1968, foi instituído o salário insalubridade e, por volta de 1969, a lei previdenciária estendida aos trabalhadores rurais. A partir de 1974, foi criado o Ministério da Previdência Social separado do Ministério do Trabalho.

As Portarias 3.236 e 3.237, de 1972, do Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS), regulamentam os serviços de medicina do trabalho como parte do Programa Nacional de Valorização do Trabalhador (PNVT), implantado a fim de dar cumprimento à Recomendação nº 112, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), complementando os objetivos do governo na questão do trabalho (FERNANDES, 2003).

O discurso desenvolvimentista do Brasil, como potência econômica da ditadura militar, não condizia com o elevado número de acidentes de trabalho, que poderia comprometer a imagem do País que os ditadores queriam mostrar para o mundo. Seria necessário, então, amenizar o grande número de acidentes nas indústrias, estruturando a segurança e a saúde do trabalho em todo o seu conjunto, desde a legislação acidentária, incipiente para a conjuntura e os objetivos da época, passando pela formação de profissionais da área, para atender às empresas, incluindo a constituição de um centro de pesquisas voltado para a segurança e saúde do trabalhador (FALEIROS, 2010).

De acordo com Cohn (1985), o marco legal referente às leis voltadas para o acidente de trabalho ao período militar (Lei 5.316/1967 e Lei 6.367/1976, dentre outras), transfere para o Estado o seguro acidente, ficando a Previdência Social responsável por arcar com as

responsabilidades indenizatórias relativas aos acidentes do trabalho (AT). A Lei 6.367/1976 revelou que:

“Custeio das prestações por acidente do trabalho cabe ao Estado e ao segurado, sendo que a tarifa paga pelo empregador, conforme as faixas preestabelecidas, conta apenas com uma complementação de recursos, tanto assim que recebe o título de contribuição”.

O governo ditatorial tinha como meta, em seu plano de governo, modernizar e desenvolver a economia do país e transformá-lo em potência mundial, o conhecido “milagre brasileiro”, que nada mais era da combinação perversa do aumento da mais valia absoluta com a redução de salários e aumento das horas trabalhadas. Toda essa política “desenvolvimentista” impactou profundamente na questão da saúde e segurança do trabalhador e trabalhadora, com o aumento de acidentes e agravos a sua saúde, em todos os setores, principalmente aqueles ligados à infraestrutura, como por exemplo, a construção civil (FALEIROS, 2010).

De acordo com Monteiro (2013), o trabalhador era tido no discurso da ditadura militar como protagonista tanto na esfera econômica (aumento da produtividade e crescimento econômico) quanto na esfera social (arrocho salarial e repressão), presente nas alocações dos generais referentes à nova política de acidentes de trabalho. Mesclavam, geralmente, tons de solidariedade e ameaça aos trabalhadores, que deveriam ser controlados pelo Estado, como na alocação do presidente Médici, em 1º de maio de 1973:

Sentimos hoje que as intenções e decisões do governo, ditadas pelo imperativo supremo de nosso lema – Ordem e Progresso – encontraram no coração dos trabalhadores a compreensão e o entusiasmo, de que precisamos para o esforço coletivo, que nos fará vencer dificuldades, superar problemas e completar, a passo firme, a jornada redentora iniciada em março de 1964 (MONTEIRO, 2013, p.40)

Nesse discurso, o presidente Médici colocou o trabalhador como ator principal para o cumprimento dos objetivos governamentais do pós-1964. O trabalhador era tratado como um aliado compreensivo e animado com as decisões de um governo ditador, amparado pelo lema da bandeira – “Ordem e Progresso”, mesmo com práticas violadoras de seus direitos à cidadania e dignidade.

Em outro discurso do então presidente Geisel, também, em 1º de maio,

Esperamos que nunca venham a medrar desconfianças, ressentimentos e tensões insuportáveis, prejudiciais à própria dinâmica do desenvolvimento

acelerado em que estamos empenhados. Desse modo a Revolução de 64 sentir-se-á, afinal, realizada, identificando-se, em plenitude, com as legítimas aspirações dos trabalhadores brasileiros, aos quais, na verdade, quase em tudo se deve à grandeza da Pátria (MONTEIRO, 2013, p.41).

O tom amigável ainda prevalece, fica, porém, perceptível em uma reeleitura mais acurada a ameaça por trás das palavras “desconfianças, ressentimentos prejudiciais ao desenvolvimento”. Temos, então, o tom de tutela e o de ameaça, característico do período ditatorial brasileiro (MONTEIRO, 2013, p. 41).

Monteiro apud Ginnold (2013) relatou a situação alarmante no número de acidentes, com destaque aos acidentes na construção civil:

Das grandes empresas mineiras brasileiras apresentavam uma frequência de 125 a 253 lesões por 500 trabalhadores em 1976. Isto significa que entre 25 e 50% da força de trabalho dessas empresas sofreu acidentes com lesões no ano de 1976. Na construção civil, observamos o mesmo comportamento em três grandes empresas, todas com mais de mil empregados, onde a frequência de lesões por acidentes está entre 109 e 141... É importante notar que algumas das empresas brasileiras que mostram um alto coeficiente de frequência são empresas multinacionais de origem (MONTEIRO, 2013, p. 64).

A partir da Lei 6.367/76, os cuidados e a remuneração do trabalhador, nos primeiros quinze dias, ficaram sob a responsabilidade do empregador, o que pode ter contribuído para a redução das estatísticas de acidente de trabalho nesse período. Esses acidentes, resolvidos no interior da empresa, não chegavam a ser relatados à Previdência Social (MENDES, 1988). Ação, essa, alterada pelas medidas provisórias 664 e 665, de 30 de dezembro de 2014 (BRASIL, 2014).

Nas leis de 1976 (Previdência Social) e de 1977 (prevenção), temos a comprovação de um governo autoritário com o complexo socioindustrial, visando às políticas do retorno ao trabalho, aumento da produtividade, diminuição dos custos da previdência, diminuição dos custos da produção, passando pela profissionalização da prevenção (FALEIROS, 2010).

Segundo Mendes e Dias (1991), no Brasil, ainda que tardiamente, a preocupação com a saúde do trabalhador manifestou-se na academia com a criação da Faculdade de Saúde pública da Universidade de São Paulo, nas instituições com a criação da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho – FUNDACENTRO. Na questão jurídica, a regulamentação do Capítulo V, das Leis do Trabalho (CLT), reformada na década de 1970.

Em um período de superexploração do trabalho e forte repressão militar, maquiado por discursos benevolentes ao trabalhador, medidas relacionadas à segurança e saúde no trabalho eram urgentes para amenizar uma situação caótica de perdas da força de trabalho e, conseqüentemente, da produtividade. A Fundacentro foi uma instituição sob medida para dar respaldo técnico e formar profissionais para atuarem nas fábricas, com o empresariado, tutelando-se, assim, mais uma vez, os trabalhadores (MONTEIRO, 2013).

A Fundação Centro Nacional de Segurança e Higiene do Trabalho - Fundacentro³ foi concebida para atender as necessidades urgentes do empresariado tutelado pelo governo militar, que tinha como suas atribuições:

Estudos e pesquisas, para esclarecer no meio brasileiro, as questões relacionadas com a segurança, higiene e medicina do trabalho, visando identificar as causas, e estabelecer as medidas preventivas necessárias, (...); assessoramento aos órgãos responsáveis pela política nacional de segurança, higiene e medicina do trabalho, (...); atividades de formação e treinamento. (MONTEIRO, 2013, p. 37).

A Fundacentro participou ativamente da política oficial de segurança e saúde do trabalhador no Brasil, oferecendo assessoria técnica ao Legislativo e ao Executivo, por meio da integração projetos de formação de técnicos e profissionais na área de saúde e segurança do trabalho. A execução dessas ações possibilitou à Fundacentro grande visibilidade política (MONTEIRO, 2013).

Considerando as regulamentações e legislações no âmbito dos direitos do trabalhador, processo contraditório marcado por conquistas e retrocessos, temos, na Constituição da República Federativa do Brasil, em seu artigo 200, as atribuições do Sistema Único de Saúde – SUS, destacando-se o que se refere à saúde do trabalhador: “Constituição da República Federativa do Brasil, Art. 200 - Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei”... II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido, o do trabalho.

Posteriormente, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

³Fundação de Segurança e Medicina do Trabalho - Fundacentro denominada oficialmente, em 1981, de Fundação Jorge Duprat Figueiredo, é uma instituição de pesquisa e estudos relacionados à segurança, higiene e medicina do trabalho.

funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentou em seu artigo 6º, parágrafo 3º, os dispositivos constitucionais.

No período de 1990-2012, diferentes portarias do ministério da saúde foram insituidas para regulamentar as ações e serviços de atenção à saúde do trabalhador

Em 2012, o Brasil, enfim, institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora, por meio da Portaria n.º1823,

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

Dos princípios e diretrizes da Portaria n° 1.823, de 23 de agosto de 2012, segue-se:

Art. 5º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora observará os seguintes princípios e diretrizes, conforme preconizados no Sistema Único de Saúde-SUS.

I - universalidade;

II - integralidade;

III - participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social;

IV - descentralização;

V - hierarquização;

VI - equidade; e

Art.8º da portaria 1.823:

Garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede, considerando os seguintes componentes:

a) atenção primária em saúde;

b) atenção especializada, incluindo serviços de reabilitação;

c) atenção pré-hospitalar, de urgência e emergência, e hospitalar;

d) rede de laboratórios e de serviços de apoio diagnóstico;

e) assistência farmacêutica;

g) sistema de regulação do acesso;

h) sistema de planejamento, monitoramento e avaliação das ações;

i) sistema de auditoria; e.

j) promoção e vigilância à saúde, incluindo a vigilância à saúde do trabalhador;

IV - ampliar o entendimento de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção;

V - incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde;

VI - assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas pessoas, com as suas possíveis consequências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção em saúde; e

VII - assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora instituída a partir da portaria n.º1.823, de 23 de agosto de 2012, define, como sujeitos de sua política, em seu art.3º.

Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal, informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado [...].

Dessa maneira, cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) ser o protagonista nas ações e serviços voltados à saúde, além de estabelecer onexo causal do trabalho e os agravos à saúde do trabalhador, mediante a construção conjunta de protocolos, linhas de cuidados e matriciamento, organizando fluxos da rede de atenção, concebida como ação transversal, corroborando os princípios da lei orgânica da saúde, da universalidade, integralidade, participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, e da descentralização. O código Sanitário Estadual de Mato Grosso do Sul, lei 1293, de 1992, estabelece, em seu art.177.

Saúde do trabalhador como um conjunto de medidas que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde que serão desenvolvidas através da assistência individual concomitante com a coletiva, desenvolvendo atividades de prevenção diagnóstica, tratamento e reabilitação, visando à redução da morbimortalidade (MATO GROSSO DO SUL, 1992).

As classes trabalhadoras “constituem em novo sujeito político e social”, com um olhar ativo sobre o trabalhador enquanto sujeito de mudanças, vivências e de saberes sobre o seu fazer profissional, capaz de intervir, controlar e prover mudanças em suas relações primárias e profissionais (LACAZ, 2007, p. 3).

Em termos de legislação, os avanços dos direitos do trabalhador são inegáveis, contudo, a garantia desses direitos ainda está sendo construída a passos muito lentos, pelo Estado, academia, entidades de classes, trabalhadores e sociedade, ainda não se opera a profissionalização, a prevenção e proteção ao trabalho e, conseqüentemente, imperam as injustiças, com impactos diretos na vida do trabalho e de seus familiares.

2.4 História da construção civil

Em 1889, com a proclamação da República, não foram identificadas grandes mudanças econômicas e políticas no cenário nacional, apenas aquelas decorrentes da modificação do capitalismo e das relações internacionais. Com a abolição da escravatura, passamos a vivenciar novas formas sociais do cultivo do café, torna-se possível obter trabalhadores livres mais baratos que os escravos. O período de 1889-1930, conhecido por Velha República ou Primeira República, foi marcado por um sistema de organização social, econômica e político dominado pelos grandes proprietários de terra, principalmente pelos produtores de café, que controlavam as fazendas e a máquina Estatal (FALEIROS, 2010).

Com a Primeira Guerra Mundial, a industrialização torna-se acelerada, com distribuição majoritária de indústrias na região sul, predominância do setor têxtil e um crescimento de 83%, no número de operários, constituído por trabalhadores estrangeiros, escravos libertos e trabalhadores rurais das regiões mais pobres. A exploração do trabalho da mulher e de crianças era comum na indústria, com longas jornadas e baixos salários, período, esse, marcado por modelo paternalista e repressivo, máximo de lucro e mínimo de revolta. O autor não explica o que significa “mínimo de revolta”. A repressão ocorria mediante uma aliança com a oligarquia, com a participação da polícia e, em caso de greve, a expulsão de operários imigrantes e “organização de listas negras” (FALEIROS, 2010, p. 51). Nesse período, ocorreu a substituição do artesão, trabalhador com características marcantes pelo domínio da arte e de todas as fases do processo de trabalho, pelo operário, migrante da zona rural, com baixa escolaridade e formação profissional. Esse operário é conhecido, hoje, como trabalhador da construção civil, que começou a delinear-se nos fins do século XIX, mantendo-

se até nossos dias. Essa constituição foi gradativa, acompanhando as diferentes transformações sociais, econômicas e tecnológicas (GOMES apud VALLADADES et al., 1981).

O trabalhador da construção civil, na década de 1930, compunha-se de indivíduos, expulsos do setor cafeeiro, deslocados do campo para a cidade em busca de trabalho. Nessa época, houve uma redução de imigrantes Europeus, o que contribuiu para as mudanças do perfil do trabalhador da construção civil. Dessa maneira, não temos mais o imigrante culto, com alta qualificação profissional, bem remunerado, organizado politicamente, mas, sim, indivíduos com baixa escolaridade, baixa qualificação e pouco ativos politicamente (FLEURY; FISCHER, 1992).

Na construção de obras sofisticadas, como igrejas, palácios, conventos, utilizava-se a mão de obra dos assalariados que detinham conhecimento de técnicas estrangeiras. O desenho das obras era realizado por mestres portugueses, militares oficiais de engenharia, e até por padres com conhecimento de arquitetura para a construção de igrejas e mosteiros (BARROS, 1996).

As primeiras atividades ligadas à construção civil tiveram seu início nas fazendas de açúcar, nos colégios jesuítas, na mineração, nos arsenais da marinha e no artesanato urbano. A organização de trabalho era mantida por uma estrutura interna de muita rigidez, com diferentes categorias profissionais, havia os mestres de ofício, oficiais assalariados e aprendizes que trabalhavam em troca de ensinamentos. A mudança de postos ocorria mediante avaliação do responsável, após ter cumprido período mínimo de aprendizado mediante exame prestado perante um juiz de ofício e um escrivão, o candidato tinha que executar obras previamente definidas. Com esse modelo adotado de “qualificação profissional”, o resultado foi a obtenção de trabalhadores de excelência (GOMES apud VALLADARES et al., 1981). Nessa época, a irmandade de São José, do Rio de Janeiro, em suas ações de qualificação profissional, definia o tempo que um aprendiz deveria manter-se na referida posição antes de ser promovido a oficial. Após aprovação nessa primeira etapa de profissionalização, passava a ser assalariado, e quando estivesse em condições de galgar outro posto na hierarquia profissional, era examinado pela “mesa da irmandade” e avaliado por juízes. Caso fosse reprovado, apenas após seis meses poderia ser novamente submetido à avaliação. Percebe-se, portanto, uma rigidez no processo de aprendizado profissional do trabalhador da construção civil, com etapas bem definidas na profissionalização (GOMES apud VALLADADES et al., 1981).

Na década de 1950, o Estado elaborou um projeto de desenvolvimento nacional, focado na economia. Esse projeto dividia-se em seis grandes objetivos: energia, transportes, alimentação, indústria de base, educação e a construção de Brasília com grande impacto na construção civil (FLEURY, FISCHER, 1992).

Gomes (apud VALADARES et al., 1981) apontou o crescimento vertiginoso na construção civil, no Brasil, dos 263.000 trabalhadores, em 1940, saltou para 1.934.000 em 1973. É nesse período que ocorreu o momento de transição profissional do artesão para o operário da construção civil. Esse aumento na oferta de mão de obra contribuiu para a pauperização⁴ do trabalhador, com piora nas condições de trabalho⁵, e para a desorganização política.

A consolidação do Brasil enquanto sociedade industrial, impulsionada pela indústria, acentuou o perfil urbano com grande deslocamento da população rural, e intensificação das diferenças sociais. Dentro de um processo de reestruturação produtiva, a indústria avançou na modernização, robotização e racionalização organizacional. Como consequências dessa modernização temos o aumento do desemprego, queda nos postos de trabalho formal, flexibilização e desregulamentação do emprego (WÜNSCH, 1999).

Atualmente, o perfil de trabalhadores da construção civil é formado por indivíduos que, por sua vulnerabilidade social, não encontram outra forma de sustento. Se já não bastasse essa realidade permeada de injustiça social, temos o processo de globalização, a inserção de novas tecnologias e a reestruturação produtiva que têm provocado mudanças significativas no mundo do trabalho, como por exemplo, o surgimento de um novo modelo de produção baseado na acumulação flexível de capital, denominado terceirização, que vem se expandindo de forma acentuada. Essa prática, que já era comum devido a algumas das características do processo de trabalho, alcançou outra dimensão, justificada pelas “novas exigências do mercado”. Também a terceirização disseminou-se pelo mundo empresarial como forma de garantir qualidade, produtividade e competitividade (BARROS, MENDES, 2003).

⁴Pauperização nesta pesquisa é o empobrecimento do trabalhador em termos econômicos.

⁵Condições de trabalho podem ser entendidas por meio do ambiente físico (luminosidade, temperatura, pressão, vibração, irradiação barulho); do ambiente químico (poeiras, vapores, gases e fumaças); do ambiente biológico (presença de vírus, Bactérias, fungos, parasitas); pelas condições de higiene, de segurança e as características antropométricas do posto de trabalho nas indústrias, e a organização do trabalho é a divisão do trabalho, conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder e responsabilidade. Para esse tema, sugiro a leitura de Dejours, 1988.

Na construção civil, a terceirização se manifesta na execução de alguns serviços, como na contratação de empresas ou pessoas para determinada tarefa, do tipo fundação, estrutura, acabamento que, nos últimos anos, vêm se tornando uma prática nesse mercado. A terceirização dos serviços foi assimilada na construção civil como uma forma de redução de custos. Como consequência direta desse modelo para os trabalhadores, temos desde a multiplicidade de vínculos, a deterioração das condições de trabalho e o sofrimento físico e mental (BARROS; MENDES, 2003).

A terceirização, como modelo de relação de trabalho, adotada por alguns setores da construção civil impõe um ritmo acelerado ao trabalhador, que passa a receber por produtividade. Esse modelo afeta a vida do trabalhador, à medida que gera insegurança nas relações trabalhistas, perda da identidade e cidadania. No âmbito político, temos o enfraquecimento dos sindicatos e das relações de trabalho (REINHART; FISHER, 2009).

As mudanças políticas, econômicas e tecnológicas ocorridas nas últimas décadas transformaram as relações no mundo do trabalho, com a perda de conquistas dos trabalhadores, como a redução dos salários, a flexibilização dos contratos de trabalho, o abandono social, contudo, sem provocar alteratividade nas condições precárias e processos de trabalho. A partir dos anos 1980, o desemprego duplicou: de 9% para 18%. Dados da década de 1990 denunciam que, de cada dez novos empregos criados, apenas dois são formais, até na década de 1980, a proporção era de oito para dez. A ampliação do desemprego e das ocupações precárias colocam em questão as políticas de geração de emprego e renda. O Estado apresenta uma fase de baixos investimentos produtivos, sem uma contrapartida de política favorecedora da ocupação e de bem-estar social (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1999).

2.5 Retratos do acidente de trabalho

O Ministério da Previdência Social, na seção V, define acidente de trabalho como:

Aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, permanente ou temporária, que cause a morte, a perda ou a redução da capacidade para o trabalho. Consideram-se acidente do trabalho a doença profissional e a doença do trabalho. Equiparam-se também ao acidente do trabalho: o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a ocorrência da lesão; certos acidentes sofridos pelo segurado no local e no horário de trabalho; a

doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade; e o acidente sofrido a serviço da empresa ou no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado e vice-versa.

Os acidentes do trabalho classificam-se em típico: acidente decorrente da característica da atividade profissional desempenhada pelo acidentado; e de trajeto: acidente ocorrido no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado e vice-versa (BRASIL, 1991).

No ano de 1959, em São Paulo, a partir de 46 estabelecimentos, foram calculados 105.336 acidentes, com uma perda média de 45 dias por acidente. Convém destacar que o trabalho e a cidade são perigosos para a vida do trabalhador. O Instituto de Geografia e Estatística (IBGE), em 1961, constatou 30.557 acidentes na cidade de São Paulo. O Instituto de Aposentadoria e Pensões das Indústrias (IAPI) apresentou 400 mil acidentes por ano somente entre os segurados do instituto, perfazendo 25% da mão de obra. Mesmo com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e das normas de segurança, as condições de trabalho da indústria são bastante precárias (FALEIROS, 2010).

A perda de vidas por acidentes de trabalho e doenças ocupacionais foi comparada às condições da II Guerra Mundial, despertando empregadores e donos de companhias de seguros para essa problemática, os empregadores ávidos por mão de obra e as seguradoras insatisfeitas pelo pagamento de vultosas indenizações (MENDES, DIAS, 1991).

A Previdência Social, desde 1970, vem demonstrando uma redução sistemática da incidência e da mortalidade por acidentes do trabalho no País. Em 1970, por exemplo, ocorriam 167 acidentes em cada grupo de mil trabalhadores segurados pela Previdência Social; em 1980, essa relação reduz-se a 78 por mil; em 1990, a 36 por mil; em 1994, atingiu 16 por mil. No tocante à mortalidade, a taxa reduziu: entre 1970 e 1994, de 31 para 14 por 100 mil trabalhadores segurados. O decréscimo da mortalidade é menos intenso que o da incidência. Consequentemente, a letalidade mostrou-se ascendente naquele período, crescendo mais de quatro vezes: de 0,18%, em 1970, para 0,84%, em 1994. Apesar de os números indicarem uma queda da notificação desses agravos, não devemos acreditar que a situação esteja controlada (DIAS, 2000).

De acordo com Machado e Gómez (1994), a magnitude dos acidentes de trabalho traduzem as fragilidades das condições e organização do trabalho. Convivemos, com uma organização da classe trabalhadora frágil, que pouco se impõe nas melhorias das condições e

organização do trabalho⁶. Em 25 anos de estudo, mais de 29 milhões de acidentes e mais de cem mil mortes relacionadas ao trabalho foram registradas no Brasil (WÜNSCH; 1999).

Em 1998, a Previdência Social registrou 401.254 acidentes de trabalho, acidentes típicos (337.482), de trajeto (35.284) e doenças do trabalho (28.597). Os acidentes foram, assim identificados: (46,1%), serviços (40,1%) e agricultura (8,1%). Na divisão por região, temos 88,3% ocorrências nas regiões Sudeste e Sul. Entre trabalhadores do sexo masculino, o principal ramo gerador de acidentes, é o da construção civil. Houve aumento de acidentes no “ramo dos serviços prestados”, principalmente às empresas. Foram 32.642 acidentes em 1998, confirmando o significativo contingente de trabalhadores acidentados do setor terceirizado no Brasil (DIAS, 2000). Em 2009, foram registrados 723,5 mil acidentes de trabalho, no Brasil. Desses, em torno de 2.5 mil culminaram em morte do trabalhador, “uma média de quase sete mortes por dia” (TEIXEIRA, 2012, p. 104).

A alta taxa de incidência de acidentes de trabalho demonstra que os riscos são assustadores para o trabalhador brasileiro, principalmente em certos setores da economia, como na atividade extrativa mineral e na construção civil, em que a taxa de mortalidade aproxima-se de 50 por 100 mil (DIAS, 2010).

Discutir acidentes de trabalho, em todo e qualquer contexto, remete-nos á visão não homogênea do fenômeno. O acidente de trabalho está associado a aspectos sociais, culturais, econômicos e deve ser entendido no plural, ou seja, os acidentes em suas múltiplas expressões. Os diferentes tipos de acidentes de trabalho fazem parte do cotidiano de milhares de trabalhadores, caracterizando-se como uma violação aos direitos de cidadania, com reflexos em todas as esferas da vida humana, que atinge o trabalhador, a família e a sociedade (AREOSA, 2010).

Os acidentes de trabalho, em sua maioria poderiam ser evitados, assim como os custos para a economia e o sofrimento gerado à família e à sociedade. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), ocorrem cerca de 270 milhões de acidentes de trabalho e, aproximadamente dois milhões de mortes por ano em todo o mundo, que por serem potencialmente evitáveis, expressam negligência e injustiça social. Não se têm visto, todavia, muitos estudos sobre os custos dos acidentes de trabalho, mesmo em Países com história de políticas no campo da prevenção. Estima-se que 4% do Produto Interno Bruto (PIB) sejam perdidos por doenças e agravos ocupacionais, o que pode aumentar para 10% quando se trata

⁶ Divisão de tarefas entre trabalhadores, repartição, cadência e, enfim o modo operatório prescrito e a divisão de pessoas, repartição das responsabilidades, hierarquia, comando, controle.

de países em desenvolvimento. No Brasil, com base no PIB do ano 2002, essas estimativas de perda ficaram entre US\$ 21, 899,480 e US\$ 54, 748,700, ou seja, pouco tem caminhado na busca da efetividade das políticas, programas e ações de prevenção de agravos à saúde no trabalho. Em termos econômicos, alguns valores são apresentados à sociedade, mas as perdas decorrentes dos impactos emocionais do trabalhador e seus familiares de difícil mensuração ficam à espera de pesquisas (SANTANA et al., 2005).

Os custos indiretos dos acidentes de trabalho são, em geral, “quatro vezes mais elevados que os custos diretos”. No Brasil, onde ocorre um grande número de acidentes de trabalho, o departamento de economia da Federação das Indústrias de São Paulo - FIESP coloca que as jornadas perdidas por acidente de trabalho podem equivaler a uma guerra. A perda com as jornadas de trabalho afeta o processo de acumulação de capital e são enfrentadas pelos tecnocratas por meio da contratação de profissionais (FALEIROS, 2010, p. 265).

Estudos revelam que, para cada R\$ 1,00 que a previdência gasta com benefícios por incapacidade causada por acidente ou doença profissional, mais R\$ 3,00 de gastos são gerados por custo social, falta de trabalho, redução da produtividade e por todos os trabalhadores impedidos de executar atividades profissionais em decorrência de acidente de trabalho (SANTANA et.al., 2005).

Para Faleiros (2010) as categorias mais afetadas por acidentes de trabalho são aquelas ligadas à execução de trabalho com os salários mais baixos, como os serventes da construção civil que sofrem problemas por traumatismos, varizes, bronquites, tuberculose e reumatismos. A construção civil, indústria da celulose e os serviços domésticos, estão entre os grupos de maior vulnerabilidade para ocorrência de acidentes não fatais (SANTANA, et al., 2005).

A industrialização trouxe para o trabalhador a deterioração das condições de vida e a degradação do trabalho, com reflexos cada vez mais acentuados no aumento de acidentes de trabalho (LACAZ, 2007).

Os acidentes de trabalho provocam, desgastes físicos e mentais nos trabalhadores, e consequências econômicas para o Estado, e para a sociedade em termos econômicos; tempo que a vítima demora a retornar ao mercado de trabalho, redução na produtividade, danos materiais, atrasos, custos da investigação do acidente e gastos judiciais.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender a percepção do trabalhador sobre seu acidente de trabalho grave na construção civil.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar as circunstâncias que desencadearam o acidente de trabalho.
- Descrever o caminho percorrido pelo trabalhador do momento do acidente ao atendimento na rede de atenção à saúde.
- Relatar as consequências do acidente na vida pessoal e profissional.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

O desejo de compreender a percepção do trabalhador da construção civil, sobre seu acidente de trabalho, me levou a optar pela pesquisa qualitativa. Assim apresento o caminho percorrido para chegar à produção deste estudo..

4.1 Tipo de estudo

Para o desenvolvimento deste estudo realizamos uma abordagem qualitativa, descritiva, e para análise dos dados pautamos-nos no referencial teórico-metodológico da hermenêutica-dialética. Pesquisa qualitativa é centrada na compreensão, interpretação das relações sociais, trabalha com significados, aspirações, crenças valores atitudes (MINAYO, 2010).

4.2 Sujeitos da pesquisa, local e período do estudo.

Os sujeitos desse estudo foram identificados na base de dados do projeto de pesquisa “Perfil dos acidentes de trabalho graves atendidos nos hospitais sentinela de Campo Grande-2010”, ATG-2010, que identificou 588 trabalhadores que sofreram acidente de trabalho grave no período de junho a setembro de 2010, em Campo Grande, Mato Grosso do Sul (ANEXO C).

Para classificar o caso atendido no serviço de emergência, como acidente de trabalho grave, utilizamos a PORTARIA Nº 777/GM, de 28 de abril de 2004, que dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2004). Entre os agravos de notificação compulsória regulamentada estão os “Acidentes de Trabalho com Mutilações”. Neste trabalho utilizaremos o termo “Acidente de trabalho grave”, utilizado pelo Protocolo de Notificações do Trabalho, nesse protocolo, define-se a necessidade da existência de pelo menos um dos 13 critérios objetivos para ser considerado acidente de trabalho grave (BRASIL, 2006).

Assim, dos 588 trabalhadores com acidente de trabalho grave, identificamos 90 da construção civil, 19,2% da demanda total.

O desejo de compreender a percepção do trabalhador sobre seu acidente de trabalho grave e contribuir nessa área de saber, foram determinantes para escolha desse fenômeno, e impulsionaram a realização deste estudo.

Para participar dessa pesquisa, o trabalhador deveria ter idade acima 18 anos e aceitar em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Não incluímos indígenas, pessoas em regime de privação de liberdade. Foram excluídas entrevistas de trabalhadores acidentados na construção civil, mas que pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), não são trabalhadores, da construção civil, e também trabalhadora da construção civil que se acidentaram em outras atividades que não o da construção civil.

4.3 Questões norteadoras

Com o intuito de conhecer como o trabalhador acidentado compreende as circunstâncias, o atendimento em saúde e suas consequências do acidente de trabalho, foram elaboradas três questões norteadoras:

- Questão norteadora 1: Quais são suas percepções sobre o seu acidente de trabalho (circunstâncias: como ocorreu, em que momento, as causas)?
- Questão norteadora 2: Como foi o atendimento em saúde (do momento do acidente até acompanhamentos/tratamentos posteriores)?
- Questão norteadora 3: Quais as consequências do acidente de trabalho na sua vida (pessoal, familiar, profissional, econômica)?

4.4 Instrumento de coleta de dados

Utilizamos como instrumento de coleta de dados uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), para compreender na voz do trabalhador, sua percepção sobre o acidente de trabalho, circunstâncias, atendimento em saúde e consequências.

Realizamos pré-testes com três trabalhadores para adequação do instrumento, agrupando as questões para responder aos objetivos deste estudo:

Perfil do trabalhador: idade, sexo, escolaridade e profissão.

O acidente de trabalho: tipo de atividade na construção civil, local de trabalho onde ocorreu o acidente, treinamento de prevenção a acidentes, como foi o acidente e possíveis causas, e se o acidente poderia ser evitável. A representação sobre o acidente de trabalho serviu para verificar se o trabalhador questiona as condições e a organização do trabalho, pilares para compreender o acidente de trabalho.

O atendimento à saúde: locais onde foi atendimento na rede de atenção à saúde, tipo de transporte utilizado para acessar o serviço, se houve internação e tempo de internação, custos com exames, consultas e medicação, e satisfação com o serviço.

As consequências do acidente de trabalho: renda à época do acidente e depois, mudanças na atividade profissional, fragilidades nas relações sociais e comunitárias.

4.5 Coleta de dados

Inicialmente, coletamos na base de dados da pesquisa ATG 2010: nome, endereços, telefone, profissão, data do acidente e tipo de acidente de trabalho (típico ou trajeto). Estas informações foram utilizadas para contatar por telefone o trabalhador. O objetivo do contato telefônico foi convidá-lo para participar da pesquisa, aceito, a entrevista era agendada em local e horário definidos pelo mesmo. As entrevistas foram realizadas de janeiro de 2014 a junho de 2014.

Previamente foram agendadas e efetuadas 20 entrevistas semiestruturadas, gravadas em locais privativos. No dia agendado, a pesquisadora apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que, depois de lido, foi assinado formalmente, ficando uma via com o entrevistado e outra com o entrevistador (APENDICE B).

Dezoito entrevistas foram realizadas nas residências dos sujeitos, em ambiente privado e sem interferência de terceiros. Um trabalhador escolheu ser entrevistado no seu local de trabalho. Outro preferiu ir ao local de trabalho da pesquisadora. Em ambas as situações respeitamos os critérios de sigilo e privacidade do entrevistado.

As entrevistas foram realizadas utilizando um gravador, e posteriormente transcritas. A transcrição é um exercício técnico e minucioso e possui uma importância singular, para garantir a qualidade do estudo. Alberti (2010) coloca que qualidade designa fidedignidade ao que foi gravado. Pressupõe explorar toda a oralidade, sem expor a pessoa ou “ridicularizá-la”.

Após realização de cada entrevista, realizamos anotações, da comunicação não verbal dos sujeitos, expressa em gestos, hesitações, silêncios, entonações, por concordar com Thiollent (1980), ao afirmar que o pesquisador precisa ter uma “atenção flutuante”, estar atento aos sinais ao não dito, não apenas ao roteiro norteador estabelecido.

4.6 Análise do material qualitativo segundo Minayo (2010)

4.6.1 Ordenação de dados

Transcrição e releitura do material para organização dos relatos em determinada ordem (corpus) em atendimento às questões norteadoras de acordo com a proposta analítica.

4.6.2 Classificação de dados

Inicialmente foi realizada uma leitura horizontal do texto, sendo consideradas, as informações contidas em cada entrevista e do diário de campo, com observações da pesquisadora sobre a comunicação não verbal. Nessa fase, apreendemos as ideias centrais. A seguir foi realizada a leitura transversal, sendo eleitas diversas categorias, e após refinamentos chegamos a nove categorias definitivas de análise.

Quadro 1 Categorias de análises para as entrevistas do trabalhador da construção civil vítima de acidente de trabalho grave.

Categorias de análise
<p>Quais são suas impressões sobre o seu acidente de trabalho (como ocorreu, em que momento, as causas)?</p> <p>5.1.1 Ingresso na construção civil</p> <p>5.1.2 Informalidade na construção civil</p> <p>5.1.3 Circunstâncias do acidente</p> <p>5.1.4 Atribuição da culpa e a aceitabilidade social do acidente</p>
<p>Como foi o atendimento em saúde (do momento do acidente até acompanhamentos/tratamentos posteriores)?</p> <p>5.2.1 Caminho percorrido para o atendimento em saúde</p> <p>5.2.2 Período de hospitalização do trabalhador.</p>
<p>Quais as consequências do acidente de trabalho na sua vida (pessoal, familiar, profissional, econômica)?</p> <p>5.3.1 Convivência com as dores</p> <p>5.3.2 As mudanças que não cessam pós-acidente de trabalho</p> <p>5.3.3 Difícil recomeço</p>

Nos resultados apresentamos recortes com as falas na íntegra de 17 trabalhadores, para não identificar os sujeitos, utilizamos nomes fictícios. Excluimos as entrevistas do piloto. O tamanho amostral, foi definido pelo critério de saturação que para Minayo (2010), o número de entrevistas é suficiente quando começa ocorrer reincidências nas informações. Na discussão utilizamos hermenêutica dialética, utilizando referencial em saúde do trabalhador.

4.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (protocolo CAAE, 25171913.1.0000.0021, de 31 de março de 2014 - em atendimento à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde). Um requisito obrigatório para a pesquisa foi à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), em duas vias, onde uma fica com o participante e outra com o pesquisador.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram excluídas entrevistas de trabalhadores acidentados na construção civil, mas que pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), não são da construção civil, e também trabalhadora da construção civil que se acidentaram em outras atividades que não o da construção civil.

Todos os 17 sujeitos desta pesquisa eram homens, idade média de 46,5 anos, o mais jovem com 29 e o mais velho com 65 anos. Quanto à escolaridade, 58% não concluíram o ensino fundamental. A profissão pedreiro foi a mais frequente com 11 trabalhadores, três pintores, um eletricista, um mestre de obras e um servente de pedreiro. Setenta por cento deles apresentaram vínculo informal da economia. Referente ao tipo de acidente de trabalho, nove foram acidentes típicos, e oito acidentes de trajeto.

5.1 Percepção do trabalhador sobre as causas do acidente

Partindo da leitura e análise das entrevistas, buscou-se identificar a percepção do trabalhador sobre o acidente de trabalho: em que circunstâncias que o acidente ocorreu, quais foram às causas, como foi o atendimento à saúde e as consequências. Recordar de um passado que traz lembranças de dor e sofrimento pode contribuir para uma compreensão crítica do

processo de trabalho e sua relação com a ocorrência do acidente. A seguir são apresentados e discutidos os resultados, segundo as categorias definidas neste estudo.

5.1.1 Ingresso na construção civil

Na construção civil, o ingresso no mercado de trabalho pode ocorrer na infância ou na adolescência. O jovem é levado por familiares, amigos, conhecidos, já com responsabilidades de adulto, esse ingresso precoce contribui para prejuízos visíveis na formação educacional e profissional do trabalhador. O aprendizado profissional na construção civil é um aprender fazendo. Nessas histórias de vida, de poucas oportunidades e muitas responsabilidades, as condições precárias de trabalho nada mais representam que uma mazela a mais em suas vidas, apenas fazem parte de uma realidade de vida marcada por desigualdades de oportunidades como mencionado abaixo:

[...] O destino da vida casei com 18 anos não tinha profissão nenhuma ai teve que apelar para isso não tinha estudo também eu casei com 18 anos o tio da minha mulher trabalhava com obra também e eu tinha uma família ele falou assim vou te ajudar você vai entrar comigo como um meio oficial e assim foi indo correndo do tempo fui trabalhando hoje com 50 anos sou um mestre de obra” [fala com orgulho] (Antonio., pedreiro).

Estudos realizados por Santana e Oliveira (2004), apontam que o ingresso na atividade da construção civil por trabalhadores ocorreu em 28,7%, quando crianças, 41,4% na adolescência, e 69,8% responderam que começaram a trabalhar com idade abaixo dos 15 anos. Este ingresso precoce impacta negativamente para que o trabalhador não usufrua de seu direito a uma qualificação profissional e contribui para perpetuar a baixa escolaridade deste segmento profissional, neste estudo 58% dos trabalhadores entrevistados não concluíram o ensino fundamental.

5.1.2 Informalidade na construção civil

O setor informal têm, na sua essência, as fragilidades da qualidade e condições de trabalho, práticas de trabalho perverso, como o trabalho perigoso, descobertos de qualquer segurança ou garantias trabalhistas e previdenciárias. A informalidade provoca baixa mobilização, amplia as vulnerabilidades políticas econômicas e sociais, empurra o trabalhador

para a clandestinidade e para a invisibilidade, privando, muitos trabalhadores, de proteção e do reconhecimento moral, assegurados apenas pelo trabalho assalariado (LAVINAS,2002).

[...] Vou te falar uma coisa onde eu tava trabalhando não tinha essa coisa de contrato, me indicavam para o engenheiro eu fui trabalhando lá eu ele de boca como eu vamos supor pego um serviço seu tenho que dar conta [...].
(Antonio.,pedreiro).

[...] Não eu sempre trabalhei particular assim autônomo, trabalhava não pagava [...] INSS eu parei de pagar [...]. (João.,pedreiro).

[...] Na realidade verdade eu trabalhava para uma com outra pessoa ele tinha sido contratado, feito contrato com a empresa e eu prestava serviço para ele era como pedreiro [...].(Pedro.,pedreiro)

[...]não tinha convênio [...].(Manoel., pedreiro).

A categoria de trabalhadores da construção civil é marcada pela ausência de vínculo formal de trabalho. Dos 17 (dezessete) trabalhadores entrevistados, 70,58% estavam no mercado informal da economia, com vínculos precários ou inexistentes, o que exclui trabalhador no caso de acidente de renda e aposentadoria. Trabalhadores da construção civil vivenciam condições precárias de trabalho, e sobrevivem de pequenos serviços (SANTANA; OLIVEIRA, 2004).

O trabalhador da construção civil tem, na informalidade, o pilar do seu vínculo empregatício, sua trajetória profissional é marcada pela desproteção social. A desproteção social foi verificada pela ausência da cobertura da previdência social, da regulamentação de direitos básicos, duração da jornada de trabalho, remuneração digna, expropriação do acesso a transporte, alimentação, moradia, dentre outros (MATTOS, SANTOS 2006),

O final do século XX, segundo dados do Ministério do Trabalho e Emprego, sinalizou um aumento 14,2% das chamadas ocupações não qualificadas. O economista José Pastore, em pesquisa sobre mercado de trabalho, no período de julho de 2003 a julho de 2004, apontou que a taxa de crescimento do mercado informal foi quatro vezes maior que a do mercado formal. Há, na verdade, uma preocupação mundial quanto à existência de uma sociedade de trabalhadores que não vão conseguir acessar o mercado de trabalho (FALEIROS, 2010).

A informalidade entrelaça as pessoas no mundo do trabalho, combina exploração, produtividade e abuso, empregador ganancioso, com trabalhador vulnerável, trazendo consigo a privação, uma massa de desvalidos, com maior precariedade do processo de trabalho. Pode conferir aos trabalhadores efeitos, como a fragilidade relacional, novas formas de adoecimento individual e coletivo, e isolamento social, com profundas repercussões na vida pessoal e social. A forma do vínculo laboral contribui para a produção de sofrimento. A ausência de vínculos formais de trabalho gera angústias, medos, inseguranças, afetando diretamente a sobrevivência do trabalhador e sua família (LEÃO; MINAYO-GOMEZ, 2014).

Em média, para cada 156 trabalhadores formais, existem 100 sem registro, sendo predominantes na informalidade à agricultura e a construção civil. A informalidade, setor informal, atividade informal, setor não estruturado representam toda a gama de situações relacionadas à ausência do Estado. “A ausência do Estado, nessas regulações, faz com que haja um crescente aumento e consolidação das relações sociais desprotegidas” (MATTOS; SANTOS, 2006, p. 151-152).

Para Carrasqueira e Barbarin (2010), vivemos um momento de precarização do trabalho, que se traduz pela competição desmedida, impulsionada pelo desemprego estrutural, que provoca no trabalhador um sentimento de tensão e sofrimento inevitável. As autoras salientaram que a autoconfiança do trabalhador também é abalada, pela, dificuldade de atender o grau de exigências das chefias. As condições em que o trabalho é realizado torna-se um exercício de prazer ou sofrimento (DEJOURS, 2005).

5.1.3 Circunstâncias do acidente

Dentre os 17 trabalhadores entrevistados, nove sofreram acidentes típicos e oito de trajeto. A voz do trabalhador nos desvela que a unicausalidade no acidente típico é o ato inseguro, e a fatalidade, no acidente de trânsito. Apresentam em comum a ausência de reflexões que possam conduzir as causas reais do acidente como o processo de trabalho e a insegurança no trânsito. Os trabalhadores de forma sutil são levados ao não cumprimento de regras de segurança, pelo empregador e colegas de trabalho, para aumento na produção, e que em várias situações desencadeiam acidente (DEJOURS, 2007).

Os relatos de acidente de trajeto não estabelecem relação entre o acidente e as condições inseguras do trânsito, ausência ou precariedade de sinalização, condições do asfalto, descuido do condutor. Pela voz do trabalhador não foi possível identificarmos

denúncias sobre as condições do trânsito, ou relacionadas aos baixos salários que não possibilitam acesso á transporte que garantam à segurança do trabalhador.

[...] Tava descendo para trabalhar e o cachorro passou na frente da bicicleta e de repente eu cai [silêncio] (Marcos pintor).

[...] Eu tava me deslocando para voltar ao trabalho, ai um carro passou no sinal vermelho e aconteceu o acidente (Fernando., pintor).

[...] Eu tava descendo o cruzamento para entrar no serviço, tava na preferencial, tinha a placa de pare tinha o chão pintado ele passou e acertou minha moto na época quebrou minha perna. [...] (Silvio., pedreiro).

[...] Distração muito cansaço, stress, mais estava a 15 km por hora, mais não tinha saída próxima à escola com muitas pessoas não sendo possível desviar, (Carlos, mestre de obra).

[...] Sim eu ia de moto mesmo cai numa curva bati o ombro no meio fio, que ate hoje ta difícil, secou se to segurando um copo da água assim ele cai [...] (Antonio , pedreiro).

Chegar ao trabalho e retornar para casa, têm se tornado perigoso para o trabalhador, os acidentes de trânsito, vem impactando significativamente nos acidentes de trabalho, e se constituem um problema de ordem social e de saúde no País. Corroborando com outros estudos, existe uma tendência de culpar o trabalhador, pelo acidente, e consequente absolvição do Estado (BASTOS et al.,2005).

[...] Eu tava quebrando uma parede em vez de quebrar por cima eu tava quebrando por baixo nós tava querendo liberar pra fazer uns muros e ela veio pra cima de mim ai eu pulei não deu tempo de sair fora e quebrou minhas duas pernas (Luis., pedreiro).

[...] Eu tava fazendo uma cobertura de madeiramento de telha romana. Estava fazendo a cobertura de telhado madeiramento, quando eu pisei na viga ela quebrou e eu cai. (João., pedreiro).

Os acidentes típicos se fazem presentes em locais com precárias condições e expõem o trabalhador, a sofrerem acidentes de trabalho graves e fatais. A fala do trabalhador mostra a existência da dupla punição pelo ato inseguro que culminou no acidente, e por não ter avaliado que seu ato provocaria o acidente, desculpa-se comentando que não observou o material, manifestação de uma fragilidade pessoal, como se acidente pudesse ter sido evitado com um pouco mais de atenção e cuidado.

Atos inseguros consistem sempre um evento inesperado por parte do indivíduo, representando uma ação ou omissão que antecede imediatamente o evento, contrariando o preceito de segurança e pode causar ou favorecer a ocorrência do acidente; condição insegura é a condição do meio que causou o acidente ou contribuiu para a sua ocorrência (OLIVEIRA, 2007).

Com o desenvolvimento tecnológico, é de se estranhar que em algumas profissões continue a persistir a cultura de trabalho inerentemente perigoso, dentre essas as da construção civil (servente de obra, pedreiro, mestre de obras). Buscar as respostas parece não estar distante das condições de trabalho, uma vez que esse processo não é controlado pelo trabalhador.

5.1.4 Atribuição da culpa e a aceitabilidade social do acidente

A causa básica dos acidentes do trabalho é atribuída ao próprio trabalhador, este vê a si mesmo na condição de mutilado e culpado. De fato, as interpretações vigentes sobre as causas dos acidentes do trabalho dividem-se em duas vertentes: uma que a atribui ao ato inseguro do trabalhador, e outra a determinadas características do trabalhador, à existência de tipos mais propensos a se acidentarem. Ambas têm em comum o fato de atribuírem fundamentalmente ao trabalhador a responsabilidade pelo acidente, e não às condições e organização do trabalho (OLIVEIRA, 2007).

A análise do acidente de trabalho é focada sobre o comportamento do trabalhador, com isto outras causas, como as condições e organização do trabalho são desconsideradas. Desta maneira o erro do trabalhador se configura como causa principal do acidente, refletindo na autoconfiança do trabalhador, pois os mesmos não são capazes, de garantir sua segurança.

[...] Foi descuido simplesmente um descuido, [...] porque no serviço de pedreiro não tinha tanta prática eu havia trabalhado um tempo atrás, mas às vezes por falta de prática a gente dá um descuido, foi um vacilo simplesmente o acidente poderia ter sido evitado. Com certeza tanto é que eu tava evitando, mas o vacilo não tem como você evitar, [...] às vezes pressa às vezes vontade de terminar o serviço logo. Esse é o vacilo Com certeza (Edgar., servente de pedreiro).

[...] Foi descuido né, descuido [...], não sempre trabalhei normal, sem curso por conta própria, trabalhei 25 anos nunca tive acidente, eu tinha parado de trabalhar de pedreiro eu acho que não é um negócio muito rápido [...] assim a gente nem pensa que vai ter esse acidente (Guilherme., pedreiro/pintor).

[...] Foi uma fatalidade, [...] bem mais cuidadoso e com mais medo (Valter., eletricitista).

[...] Eu tinha colocado uma tabua, pra ficar entre as vigas só que num momento de vacilo que eu fui puxar o balde de massa mudar de um lugar para outro meu pé escorregou eu desci pela telha é rápido não tem jeito é rápido, (Eduardo, pedreiro).

Estes relatos descrevem as contradições, do trabalhador acidentado, no sentido dialético, pois ao mesmo tempo em que eles se culpam, também apresentam outros sentimentos, de desgaste e tristeza. A lógica da organização do trabalho tece uma rede de relações complexas, que perpassa aspectos subjetivos e objetivos, e confundem o trabalhador.

As percepções de riscos no trabalho são construídas pelas vivências e práticas cotidianas do mundo laboral, “a forma como os indivíduos, pensam, representam, classificam ou analisam as diversas formas de ameaça (riscos)” sendo influenciadas pelos discursos e interações sociais no mundo do trabalho. “Elas são elaboradas das diversas variáveis do meio envolvente de pertença de cada ator social, são montadas e remontadas através de múltiplas dimensões coletivas ou sociais.” Na verdade, as percepções são flexíveis e podem ser alteradas (AREOSA, 2012, p. 55).

Os riscos presentes no processo de trabalho não são apenas consequências do ambiente físico, das máquinas, equipamentos, produtos e substâncias, eles estão relacionados às características da organização do trabalho: “precarização, terceirização, fragilidades dos vínculos empregatícios, alta rotatividade, baixos níveis de escolaridade e baixos salários” (TAKAHASHI et al., 2012, p.977)

Nestas falas temos a demonstração da culpa do trabalhador pelo acidente. Cohn (1985) coloca que essa formação da consciência culposa foi disseminada pela Fundacentro, na década de 1970, mediante seus cursos e materiais didáticos desenvolvidos para a prevenção de acidentes. O trabalhador vitimado legitima esse fenômeno. A experiência profissional, aqui traduzida nos anos de profissão, verbalizada pelo trabalhador, não foi capaz de evitar o acidente, uma vez que os anos de conhecimento profissional nas atividades, por si só, não são suficientes para evitar o acidente. Não evidenciamos pela voz do trabalhador referência às condições de trabalho, se o material utilizado para o corte da madeira estava em condições adequadas de conservação e uso.

Douglas (2003, apud JACKSON FILHO et al., 2013) citou a “atribuição de culpa’ entre os mecanismos institucionais para atribuição de responsabilidade sobre acidentes de trabalho. No caso de óbito, deixa de colocar um “bode expiatório’, as pessoas vivas, pois

“culpar a vítima é efetivo para silenciar as acusações de todo o sistema social”. Serve para todas as ocasiões (MANGAS et al., 2008), considerando-se que “muitas empresas omitem as verdadeiras causas dos acidentes, utilizam recursos escusos para descaracteriza-los e tentam responsabilizar o trabalhador pelo desfecho trágico” (JACKSON FILHO et al., 2013, p. 2)

A culpabilização do trabalhador também se expressa e se legitima de forma institucionalizada, conforme se evidencia no cartaz de campanha de prevenção de acidentes de trabalho utilizado pela Fundacentro, na década de 1970, ilustrado na Figura 1. Esse cartaz contribui para reforçar a atribuição da culpa a própria vítima, tática que permanece em muitas situações de acidente de trabalho, que algumas décadas não foram suficientes para provocar alteração na prática predominante em várias instituições e organizações, que consideram o trabalhador como pessoa de pouca responsabilidade, sem conhecimento e formação, portanto, culpado pelo acidente em que são vítimas.

Para exemplificar as discussões acima, apresentamos dois cartazes (Figura 1 e Figura 2) utilizados em campanhas de prevenção a acidentes de trabalho, de períodos históricos diferentes, que corroboram com a representação dos trabalhadores quando eles respondem a questões sobre a condição em que o acidente ocorreu.



Figura 1 – Cuidado! O Perigolino quer ferir você
Fonte: Boletim Informativo da Fundacentro.(1975).



Figura 2 - Segurança e saúde para trabalhadores da indústria
 Fonte: Serviço Social da Indústria (2014).

Cartaz da Fundacentro, de 1975 (MONTEIRO, 2013), e do Serviço Social da Indústria (SESI) de 2013 (SESI, 2014), cujas imagens de campanha de prevenção de acidente apresentam em comum a culpabilização do trabalhador pelo acidente. Na primeira figura, o calçado (a bota) aparece no cartaz: a empresa faz sua parte, e o trabalhador descalço representa que é descuidado, desatento. A figura Perigolino apresentando como diabo, representa o trabalhador acidentado mexendo com o imaginário religioso do trabalhador. Na Figura 2, o trabalhador caminhando sobre um andaime improvisado reforça a cultura vigente da culpa do trabalhador pelo acidente. No interstício de 39 anos, que separam uma campanha da outra, praticamente quatro décadas nos surpreendem mostrando que, em pleno século XXI, ainda persiste a mesma visão do trabalhador vilão, irresponsável e causador de acidente de trabalho.

Em pesquisa realizada em 71 laudos de acidentes emitidos pelo Instituto de Criminalista de Piracicaba, em situações de trabalho de extremo risco, estudos apontam que 80% dos laudos indicam o “ato inseguro” como a principal causa dos acidentes. Essa estratégia é utilizada para desresponsabilizar profissionais, gestores, instituições públicas por sua inação e, assim, culpar as vítimas. Contribuem, com isso, para a proteção de profissionais e instituições para que não sejam punidos pela justiça (JACKSON FILHO et al., 2013).

Essas explicações seguem um roteiro construído historicamente, ou seja, o ato inseguro é uma das explicações correntes para o acidente, algo que surge inesperadamente. As condições inseguras, por sua vez, representam outro tipo de causa dos acidentes, nesse arcabouço de explicações dos trabalhadores (OLIVEIRA, 2007).

Para Heinrich (1959, apud OLIVEIRA, 2007), o acidente seria causado por diferentes fatores, como uma sequência de dominós justapostos que causariam a lesão. A primeira peça

do dominó seriam os "fatores sociais e ambientais prévios" responsáveis pela formação do caráter dos operários. A segunda peça, os comportamentos de risco dos trabalhadores construídos historicamente. Esses comportamentos de risco poderiam constituir-se em atos inseguros, isto é, em comportamentos inadequados que, juntamente com a presença de condições inseguras (atos e condições inseguros são a terceira peça do dominó), levariam à ocorrência do acidente e, por fim, à lesão e, assim sucessivamente.

Atos inseguros consistem sempre um evento inesperado por parte do indivíduo, representando uma ação ou omissão que antecede imediatamente o evento, contrariando o preceito de segurança e pode causar ou favorecer a ocorrência do acidente; a condição insegura é a condição do meio que causou o acidente ou contribuiu para a sua ocorrência (OLIVEIRA, 2007).

[...] Na minha visão foi uma madeira fina que ele comprou em vez de por viga ele, pois caibro era fininha uma madeira cheia de nó, [...] foi à causa do acidente eu pisei nela ela quebrou bem no nó rachou [...] acho que não, não podia ser evitado à prevenção da gente, a madeira tudo nova eu falei vou pisar (João., pedreiro).

[...] Olha o que causou o acidente foi que nem eu falei falta de companheirismo na área da construção civil, porque muitas pessoas, mas não tem aquela à união adequada para com o próximo Sim tinha sim só que ele estava muito ocupado no caso tava faltando, mas encarregado na obra naquele momento que é (Edgar., servente de pedreiro).

[...] Não esqueci mesmo quando lembro só que me cuida mais você vai subir numa escada se tá seguro num andaime tá bem seguro fica mais esperto porque nunca sofreu acidente quando ocorre quebra tudo tem que ficar esperto [...] quebrei não foi só destroncado porque ele vieram aqui me consultaram aqui quebrei um dente quebrei essa perna direita na junta aqui e essa aqui quebrei em três lugares, quebrou aqui porque quando caiu eu caí de pé na viga que e a bancada foi mais forte tava no chão e aí quebrou e o dente quando caiu não deu tempo de segurar bati o dente na viga no chão (Claudio., pedreiro).

[...] À causa do acidente foi falta de atenção minha [...] se eu tivesse prestado mais um pouco de atenção eu não teria feito daquele jeito quebrado a parede por baixo devia ter quebrado por cima, ela veio encima de mim infelizmente aconteceu [...] falta de atenção. (Luis., pedreiro).

[...] Eu nem vou dizer que foi um descuido meu porque foi uma viga de 16 que eu pus que ela quebrou num espaço de 2,20m ela quebrou problema na viga eu vou lá adivinhar que ela ia quebrar acho também que foi uma parte que foi descuido meu falta de treinamento, orientação [...] né aí você tendo orientação você sabe o que vai fazer né foi o meu caso aqui já há sim se tivesse mais uma orientação, [...], pois hoje começa qualquer serviço o ministério do trabalho o sindicato chega e exige tudinho para você andar

dois três de altura tem que por corrimão antes era a Deus dará (Claudio .,pedreiro).

[...] Pior que eu lembro (risos) a gente estávamos era já sexta feira, lembro ainda que era jogo da seleção aquele dia a gente tava fazendo aquele serviço para poder ir embora mais cedo lá pela quatro e meia e terminando o reboco e o menino estava encima do andaime né terminando de desempenar um pedaço que ficou faltando eu avisei para ele eu falei avisei cuidado cuidado cara você vai derrubar essa caixa de massa ele tava com uma caixa de massa falei pare ele cuidado que você vai derrubar essa caixa de massa eu tava embaixo do andaime terminando uma parte de reboco que estava tinha faltado e de repente eu só escutei o barulho o primeiro que veio foi o balde depois a caixa de massa (Pedro.,pedreiro).

De acordo com Dejours et al. (2005), na fala da vítima, acentua-se o “fator humano” como sendo responsável pelo acidente. “Fator humano” está associado à ideia de erro, falha, falta cometida por trabalhadores. Os humanos falham e os erros são esperados em diferentes organizações, mesmo as consideradas de excelência. Os erros têm sua origem em fatores sistêmicos, que estão acima da natureza perversa do ser humano, destacando que o erro humano pode ser visto como uma falta em atingir uma meta, devido a um comportamento intencional e não intencional (CORREIA; JUNIOR, 2007).

Os humanos cometem erros, que representam as atividades mentais ou físicas dos indivíduos que falham em alcançar o objetivo pretendido. Por outro lado, temos as violações que se referem à desobediência de regras, regulamentos, normas que existam na organização visando à segurança do trabalhador (CORREIA; JUNIOR, 2007).

As teorias sobre a falha humana podem ser divididas em dois grupos de hipóteses: negligência ou incompetência, difícil metodologicamente de serem validadas. O erro, ou falha, não procedem da negligência ou da incompetência do trabalhador, podem proceder de um erro ou de uma insuficiência da concepção e da prescrição (DEJOURS, 2005).

Também o atributo do risco não pode ser repassado ao trabalhador ou mesmo à atividade profissional por ele exercida, mas à própria organização do trabalho, uma vez que as circunstâncias em que ocorrem o acidente são bastante objetivas, e decorrentes das condições que impõe ao trabalhador ritmos, sem garantias mínimas de segurança, corroborando com a hipótese subjetivista de culpabilização do trabalhador, como se ele tivesse propensão natural à automutilação (COHN et al., 1985).

As pessoas reagem de forma diferente às dificuldades de trabalho; para algumas, o medo estimula a criatividade e, para outras, pode significar o sofrimento e conseqüente adoecer, pois, segundo Mendes (1988, p. 316), “o excesso de risco atribuível” à ocupação

parece ser devido a mais fatores estressores decorrentes da organização do trabalho, o ritmo, a duração da jornada, [...], a sobrecarga psíquica, que propriamente a presença de agentes físicos ou químicos.

A teoria do "Puro Acaso" ocorre quando todas as pessoas expostas ao mesmo risco têm igual possibilidade para o acidente que acontece ao acaso, atendendo à "vontade de Deus", consciência mágica do acidente. O autor faz referência à teoria da propensão tendenciosa, ou seja, ao fato de quando um indivíduo se envolve em um acidente pode aumentar ou diminuir suas chances para um novo acidente (MENDES, 1988).

Mundialmente, predomina uma visão simplista do acidente de trabalho, com origem em uma ou poucas causas, abordagens focadas na culpabilização da vítima, falha dos trabalhadores (ações ou omissões), situações em que os trabalhadores não seguem as instruções ou normas de segurança e acidentam-se. Os comportamentos são considerados como escolhas livres e conscientes dos trabalhadores ensejando responsabilidades da pessoa (VILELA; ALMEIDA, 2004).

Algumas considerações técnicas e tecnológicas sobre segurança no trabalho foram surgindo com o intuito de mediar à relação nem sempre harmônica entre patrões e empregados. A ciência, com seu saber, passou então a definir o que é ou não seguro para o trabalhador. Nesse contexto, o que se buscou foi desconstruir todos os conhecimentos e julgamentos dos trabalhadores sobre a periculosidade do trabalho e a discussão saiu da esfera social para o campo técnico-científico, ocultando os interesses políticos e econômicos presentes nessa posição (MACHADO E MINAYO-GOMEZ, 1995).

[...] Eu vou te falar o seguinte sabe lá se foi bobeira minha ou bobeira da escada, [...], você não conhece passar a espuma para quebrar a quina do pre-molado ai quando fui passar de um pé pra outro pra mim voltar de escada quando ela fechou comigo uma escada de abri de seis degrau, ela veio por cima de cima não tinha onde segurar minha mão tentei pegar na não fatais m eu cai bati com a cabeça no chão e bati com o braço com o braço mais forte bati os dois quebrou em dois lugares [...] não tinha ninguém na obra eu tive que esperar socorro pra vir o pintor tava la encima quando ele viu eu caído no chão (Moacir .,pedreiro).

No século passado, as legislações sobre os acidentes de trabalho eram fundamentadas em doutrinas jurídicas, sendo que a doutrina que guiou a primeira lei acidentária foi pautada na noção de culpa delituosa. Apesar dessa lei responsabilizar o empregador pelo acidente, ela exigia que o trabalhador, para receber a indenização, comprovasse a culpa daquele ou de seus

subordinados diretos, seja por negligência, imprudência ou desrespeito aos regulamentos (COHN et al., 1985).

O mesmo grupo de autores, comentou que a noção de risco profissional mantém-se nas leis posteriores que introduzem algumas mudanças quanto às obrigações de patrões e empregados. Somente após o golpe de 1964, a legislação acidentária começou a caminhar em direção à doutrina do risco social, que continua até os dias atuais.

A passagem da culpa delituosa para risco profissional e para risco social é, inegavelmente, um avanço jurídico protetivo, uma vez que garante a assistência mínima ao acidentado, “mas se torna perversa à mediada que dissolve, o dever do empregador em reparar os danos resultantes da violação do direito personalíssimo do indivíduo, que tem na sua capacidade de trabalho a garantia única de reconhecimento social enquanto cidadão” (COHN et al.1985, p. 143-144).

A construção social da consciência culposa tem como referência os atos inseguros “comportamentos emitidos pelo trabalhador que podem levá-los a sofrer acidentes, os fatores de risco”: conceituados pela Fundação de Segurança e Medicina do Trabalho - Fundacentro. Atos inseguros:

- 1) Inadequação entre o homem e função,” pessoa com coordenação deficiente que trabalha em função que exija precisão de movimentos”, desequilíbrio emocional estado de fadiga [...].
- 2) Falta de conhecimento, má formação profissional, falta de conscientização.
- 3) Necessidades psicológicas insatisfeitas, que podem gerar; exibicionismo, negligência, [...] (Cohn et al. 1985 p.144-145).

A partir do momento que é adotada a teoria do risco social, pode-se inferir uma pré-disposição em não responsabilizar jurídica e financeiramente os empregadores. Nessa teoria, os produtos e serviços resultantes dos processos de produção capitalista são consumidos e usufruídos pela sociedade como um todo, logo: “[...] os seus efeitos positivos e negativos devem ser compartilhados pela própria sociedade. A responsabilidade é atribuída à sociedade, portanto, a mesma é obrigada a arcar com os ônus derivados dos infortúnios ocorridos no trabalho” (MACHADO; MINAYO-GOMEZ, 1995, p. 23).

Os acidentes ocorrem, portanto, por culpa e responsabilidade do trabalhador que, em seu local de trabalhado, não toma os devidos cuidados, “é inclusive responsável por trabalhar com equipamentos defeituosos, como se a organização e o processo de trabalho não tivessem como regra de ouro o princípio que a produção não pode parar” (COHN et al., 1985, p. 147).

5.2 Atendimento em saúde

Depois do acidente, o trabalhador inicia uma jornada árdua em busca do atendimento em saúde, um tempo gasto numa busca infundável, desde o socorro imediato que não chega, às desinformações prestadas pelo sistema de saúde, e a peregrinação por diferentes unidades de saúde.

O acidente de trabalho não só lesa fisicamente o trabalhador, mas sua condição de cidadão pelas múltiplas e sucessivas violações de direitos a que é submetido, na sua trajetória institucional em busca de tratamento de saúde. Nessa trajetória, a cidadania é negada, não apenas pela desinformação nos serviços, mas principalmente pelo não reconhecimento pela própria sociedade da sua condição de trabalhador acidentado e de cidadão de direitos. De repente, o trabalhador se vê envolvido em acidente de trabalho típico ou de trajeto, nesse exato momento, inicia a busca pelo atendimento em saúde, desde o transporte, passando por diferentes unidades de saúde até a unidade hospitalar. No entanto, não sabe como chegar, aonde ir e o que esperar do sistema de saúde. Essas incertezas são vividas pelo trabalhador e permanecem sem respostas, pois, quando chega aos serviços de saúde, depara-se com unidades superlotadas e trabalhadores esgotados.

O descrédito do trabalhador no sistema de saúde faz com que esse tenha mais uma vez seu direito violado, opta por desistir, vencido por um cansaço, pela assistência pública em saúde que se esgota em várias tentativas de acesso, que terminam em desistência do trabalhador. Em muitas situações, a família é duplamente penalizada pela dor do ente ferido e pelo ônus do tratamento. Não lutam, e as fragilidades do sistema o vencem. Calam-se, talvez porque sua vida foi feita de silêncios, frente às consequências da violência social a que estão expostos..

O sentimento da falta de assistência em saúde é generalizado, daí a desesperança. Para o mercado laboral, a força de trabalho sucateada é a força de trabalho inutilizada e substituível. E, no trabalhador, fica um misto de sentimento de resignação e de revolta.

5.2.1 Caminho percorrido para o atendimento em saúde

Na análise do conteúdo das entrevistas com os trabalhadores acidentados, ficou evidente um aspecto nevrálgico, a lógica do modelo de saúde que inflexível impõe ao trabalhador uma peregrinação por unidade de saúde de pronto atendimento. Essa lógica hierarquizada de porta

de entrada, dificulta o acesso do trabalhador a assistência de alta complexidade. Sendo percebido pelo trabalhador como descaso do serviço de saúde..

[...] De bicicleta, e fui daqui para o CEM de bicicleta com o pé enfaixado, e do Cem para Santa Casa? Fui de bicicleta (tosse), (Pedro, pintor).

[...] no carro dele, (patrão) e do CRS (Centro Regional de Saúde) Nova Bahia para o CEM (Centro de Especialidades Médicas), também no carro dele, e do CEM para Santa Casa, fui na ambulância (Moacir, pedreiro).

[...] passei na unidade do posto do guanandy, até eles costurar isso aqui (mostra o joelho esquerdo) ai outro médico chegou e falou que estava com hemorragia daí mandaram direto para Santa Casa, (João,pedreiro).

Mesmo tratando de emergência em saúde, diferentes meios de locomoção foram utilizados pelos trabalhadores acidentados em busca de assistência à saúde, de ambulância do Serviço Móvel de Urgência – SAMU, do Corpo de Bombeiros, moto e bicicleta. Dessa maneira entendemos que o trabalhador acidentado no local de trabalho, ou no trânsito não constitui rioridade para ser transportado por veiculo que assegure redução de dano.

[...] Posto de saúde do Guanandi para onde me levaram depois para o Centro de Especialidade Médicas (CEM) depois que me levaram para Santa Casa [silêncio], mas sofri guria do céu me deu fome comi um lanche fiquei 48 horas sem comer nada fiquei a noite gemendo de dor (Claudio, pedreiro).

[...] Do posto de saúde Vila Almeida, o médico olhou para minha cara fez um encaminhamento e fui para o Centro de Especialidades Medicas - CEM, fez um encaminhamento você vai para o CEM porque aqui não temos raios-X ai fui para o CEM tiraram um raios-X constataram três fraturas no meu pé, você tá com três fraturas você tem que ir para Santa Casa, (Pedro, pintor).

Esses relatos, são reflexos não apenas daquilo que o trabalhador acidentado da construção civil enfrenta, mas de toda a população que usufrui as mesmas condições de vida. Além do sofrimento gerado pela indecisão de onde será prestado o atendimento, há também uma luta contra o tempo, em que cada minuto gasto nessa procura pode significar uma perda irrecuperável para o trabalhador.

Poucos minutos podem ser determinantes para a manutenção ou amputação de um membro. A história de A. J. S, por exemplo, deixa clara a inexistência de um protocolo que aperfeiçoe esses encaminhamentos, evitando essa peregrinação por unidades de saúde até chegar a uma unidade hospitalar.

5.2.2 Período de hospitalização do trabalhador

O período de hospitalização é definido por protocolos, a serem adotados frente à complexidade da demanda, no caso do trabalhador da construção civil acidentado, esse período variou de 1 a 60 dias, a média por trabalhador é seis dias de internação. Dos 17 trabalhadores entrevistados, apenas um não ficou hospitalizado.

[...] Na Santa Casa eu fiquei dois dias o dia que eu machuquei a noite o outro dia o médico liberou, consultas nenhuma eu voltei assim para fisioterapia, mas acho que eu voltei questão assim vamos por ai [...] (Claudio., pedreiro).

[...] Dois dias, sim conclui até eles acharam muito engraçado [...] porque apesar da tipo reclamação que eu tinha dor nas costas os exames médicos não mostraram nada de diferente entendeu eu fiquei bastante tempo até hoje sinto dor na coluna e eles fizeram tomografia raios-X e não acharam nada de diferente (Pedro ., pedreiro).

[...] Quatro dias para primeira cirurgia, e quatro dias para segunda cirurgia, Muitas eu tive um cartãozinho rosa que eu enchi atrás e me deram mais outro [...], muitas vezes (Francisco., pedreiro).

[...] olha eu fiquei dois dias primeiro ai me deram alta aí costuraram esse joelho aqui (mostra joelho esquerdo) me deram alta daí esse joelho aqui inflamou estava só machucado, daí voltei para Santa Casa fiquei mais 15 dias até operar o joelho, (João., pedreiro).

[...] Espera ai, fiquei 23 dias na ortopedia, fui para enfermaria você lembra o dia bem eu tenho a receita tudo documentado acho que tenho na carteira porque se um dia eu quiser entrar na justiça eu não vou entre na justiça com ele, acho que não tenho, mas lembro que fiquei lá uma base de 60 dias, só no corredor da ortopedia fiquei 23 dias (Moacir., pedreiro).

[...] Mandaram para Santa Casa fiquei 13 dias internado e para esperar á operação, não tinha possibilidade de chegar lá e fazer a cirurgia porque tava muito cheio o hospital, (Pedro., pintor)

A rede de saúde sempre foi insuficiente para a demanda crescente, organizada para atender dentro da disponibilidade do serviço instalado, que não considera as especificidades das demandas e necessidades do usuário (COHN et al., 1991). O trabalhador conseguiu ser assistido parcialmente pelo sistema público de saúde quando do acidente, e os demais custos ficam para a família.

O usuário se queixava dos raios-X que não conseguiu agendar, das dores que o impedem de exercer sua atividade profissional plenamente. O trabalhador não é apenas vítima do acidente de trabalho, a violação de direitos continua quando ele é exposto ao agravamento

do acidente pelo modo que chega à unidade de saúde e o tempo que demora em acessar os serviços de saúde.

O relato do usuário demonstra que a demora na assistência não era referente simplesmente à falta de vaga para cirurgia do hospital, mas também pelo desrespeito ao paciente, pela negligência de alguns profissionais do hospital, uma vez que o usuário relatou; ter ficado durante cinco dias e sem saber quem era o profissional responsável por seu tratamento.

No momento da visita, o usuário havia recém chegado de unidade de saúde com inúmeros medicamentos; na semana anterior, permanecera internado, em unidade 24h, por uma semana, ainda sem diagnóstico definido. Ao trabalhador, vítima e acidente de trabalho, com uma vida interrompida, cabe esperar, não sabemos quanto ou mesmo se essa espera terá fim.

[...] Sou meio suspeito para falar porque onde estava trabalhando a família dos arquitetos tem medico cheguei meio dia e quinze, no hospital e as duas e quarenta da manhã, na cama com a cirurgia pronta, vou reclamar do que, mas se você vir às causas em volta tem um motivo nisso ai Acho não, foi conversado o arquiteto estava junto comigo os médicos estavam lá era oncologista onde quebrei a perna o dito dono da casa era oncologista e o outro onde tinha terminada a obra era ortopedista, que não trabalha na Santa Casa estava viajando, mas ligou para o companheiro (Carlos., mestre de obras).

[...] No começo era até foi mais vezes acho que era quinzenal acompanhamento bem serio acho uns 60 dias, quatro cinco vezes foi assim ai foi dilatando o prazo com abertura sentindo alguma coisa retorna imediatamente, a priori ficava a consulta marcada em um dia fazia o raiox, no outro dia que você vai la pegar o raios-X e no e vai la

Nesse relato, o SUS funcionou 100%, o usuário foi assistido integralmente quando ocorreu o acidente e, depois, no processo de recuperação, com agendas prévias, tendo assegurados os exames complementares. A diferença na integralidade foi garantida pelo conhecimento entre operador da obra e proprietário do imóvel em construção, trabalhador em saúde (médico), que foi extremamente generoso ao garantir toda a assistência necessária em saúde ao acidentado. É lamentável que a maioria dos trabalhadores vítima de acidente de trabalho na construção não tenha o mesmo direito.

Passado esse primeiro momento do atendimento inicia-se uma nova fase: a do tratamento. Essa etapa possui duração variável e representa, para alguns, a recuperação e, para outros, unicamente a adaptação a uma nova condição de vida, sendo esse processo realizado

pelo trabalhador, de forma solitária ou com a presença da rede sócio-familiar, percebe-se na fala dos trabalhadores a ausência do Estado e da sociedade.

A saúde ainda é um direito a ser conquistado pelo trabalhador. A percepção social da saúde como direito é um dado novo na história das políticas sociais brasileiras. Ainda convivemos com uma visão da saúde atrelada ao vínculo formal de trabalho (LUZ, 1991). A busca pela assistência à saúde do trabalhador, após a ocorrência do acidente, portanto, é uma trajetória que se expressa por diversas vias. Uma, pelas condições precárias, morosas e burocráticas dos serviços de saúde; outra, permeada, por vezes, pela não compreensão dos direitos civis do trabalhador.

5.3 Consequências do acidente de trabalho na vida do trabalhador

Quando o acidente acontece, surgem as incertezas para o presente e futuro, trazendo confusões para o trabalhador sobre o caminho a seguir. É o rompimento de sonhos e esperanças, o reinventar de uma vida com marcas físicas, de uma solidão que parece não ter fim, e que depende dos laços de pertencimento para amenizar-se.

Tais questões extrapolam o âmbito profissional propriamente dito. O acidente atinge outras dimensões da vida desses trabalhadores, a vida familiar e comunitária fica comprometida, pelas perdas econômicas e pelas limitações físicas impostas pelo acidente. As marcas físicas os impedem de muitos prazeres e diversões que exigem um corpo saudável. Como consequência, têm a autoestima retraída nas falas, um sentimento de incapacidade que dificulta a vida pós-acidente.

O trabalhador conforma diferentes grupos, família consanguínea, família extensa ou ampliada, entendida, neste estudo, como aquelas pessoas com quem o trabalhador mantém vínculos de afinidade e afetividade, sociais, religiosos, recreativos, profissionais, dentre outros, contribuem para que ele possa seguir em frente. Esse caminhar é percorrido com vários tropeços, havendo, em muitas situações, o rompimento da convivência familiar, sociais, comunitários e dificuldades de acesso ao trabalho e renda.

Temos um novo recomeçar após a ocorrência do acidente de trabalho, limitações físicas, traduzidas em sequelas físicas que faz com o trabalhador execute com dificuldades suas atividades profissionais e da vida diária, perda na renda, 70,58% (12) não estavam inseridos no mercado formal de trabalho, portando sem garantias de proteção previdenciárias.

A fragilidade nos vínculos de trabalho, o medo de um novo acidente, o desamparo pelo Estado com sua face de desproteção social, contribuiram para que 23,52% dos

trabalhadores que sofreram acidente de trabalho grave na construção civil, mudassem de atividade profissional, acessaram postos de trabalho com relação formal de vínculo empregatício.

5.3.1 Convivência com as dores

Pela voz do trabalhador, tivemos acesso às descrições das dores físicas, presentes em seu corpo, dores que não cessam e o imobilizam para uma vida cotidiana familiar, para uma vida social, impedindo-lhe o desempenho profissional com a mesma presteza e agilidade, o sofrimento causado pela dificuldade nos movimentos, pela dependência do outro, contrapõem as manifestações de generosidades da rede primária, que os auxiliam na busca de formas de sobrevivência, de uma nova profissão de um novo recomeço. O trabalhador acidentado convive com carência, e privação de bens básicos, que os obriga retornarem ao mercado de trabalho ainda não totalmente recuperados de sua saúde. Dessa maneira, temos um trabalhador que busca estratégias para retorno ao trabalho, com sua capacidade física limitada.

Ao mesmo tempo em que tenta cumprir os procedimentos terapêuticos estipulados, o trabalhador acidentado mantém outra preocupação, a busca pela sobrevivência, essa é mais uma das dificuldades encontradas nessa jornada, quando sua condição de cidadão é novamente questionada e negada. Esses trabalhadores entendem que nada voltará a ser como antes, e que é necessário lidar com as limitações físicas, e perdas financeiras que o acidente lhe impôs. Essa situação assume contornos particulares no caso dos trabalhadores da construção civil, por ser uma atividade que possui no corpo do trabalhador uma importante força motriz, qualquer acidente que o incapacite funcionalmente, o impede de retornar ao setor com a mesma produtividade, e a vida toma outros contornos, quase nunca favoráveis ao trabalhador. A vida pós-acidente toma outro caminho, o trabalhador passa a depender do outro no seu fazer profissional, limitado na sua ação e, com poucas perspectivas de avanços, a vida transforma-se numa eterna espera, de uma época que não volta mais, o acidente incapacitante não tem volta.

[...] Não esqueci mesmo quando lembro só que me cuido mais você vai subir numa escada se tá seguro num andaime tá bem seguro fica mais esperto porque nunca sofreu acidente quando ocorre quebra tudo tem que ficar esperto (Claudio, pedreiro).

[...] Agora mudou tudo a gente trabalha assim normalmente, mas não tem o mesmo rendimento não tem, Porque a gente tem problema de saúde, coluna

essas coisa tem dia que vai trabalhar tem dia que não vai, [...] Qualidade da função caiu uns 30% mais ou menos. .(Willian., pedreiro).

[...] De porteiro hoje, Não porque fiquei sem trabalhar tipo por causa do acidente fiquei sem trabalhar uma faixa de uns três meses a três mês e pouquinho porque doía muita as costas [...] a coluna não tinha possibilidade ficava muito ruim daí ainda trabalhei de pedreiro durante uns três quatro meses e ai parei daí fui trabalhar mesmo na área de portaria consegui uma vaga” (Pedro.,pedreiro).

[...]. No caso deixei de trabalhar fiquei quase dois anos encostado, à gente vai vendo eu ganhei peso, e eu tenho a perna machucada eu não sei se da alguns anos quando eu tiver com 40 anos se vou aguentar subir andaime fazer o mesmo esforço que eu fazia antigamente mudou eu tinha vontade de subir pra ficar encarregado, mas hoje em dia pra mim eu trabalho em prédio tem que subir andaime tem que fazer esforço físico direto, tem vez que forçar muito eu posso sentir a perna onde rachou bem aqui no meio pra mim, serviço, [.] mas leve moderado ganhando quase a mesma quantidade, (Francisco., pedreiro).

[...] Não agora é um pouco mais limitado, [...] Não posso fazer muita força porque minhas mãos doem onde machucou [...] Acostumei com a dor [...]. Olha á vida antes e depois que a gente nunca é o mesmo a gente olha ta faltando um pedaço, mas fora isso tá tranquilo (Edgar.,servente de pedreiro).

Os trabalhadores utilizam a inteligência prática que os auxilia a resistir, mesmo com dores no exercício profissional. A sua capacidade inventiva também é aguçada pressupondo a ideia de astúcia. Um saber particular, que transforma o sofrimento em prazer, e permite a continuidade do trabalho (BUENO; MACEDO, 2012). O trabalhador é obrigado a conviver com o medo, sem deixar que ele se revele, pois se aparecesse, os trabalhadores não poderiam continuar suas tarefas por muito mais tempo, a consciência do risco o obrigaria a tomar tantas precauções individuais, que tornar-se-ia ineficaz na produtividade. Em um cenário em que o lucro prevalece sobre as condições de trabalho, esse profissional poderia não ter acesso a trabalhar na construção civil (DEJOURS, 1988).

Para sobreviver a tarefas que colocam sua vida em risco, o trabalhador apresenta atitudes desafiadoras da negação do perigo, uma forma de redução da consciência do risco, uma tentativa de defesa, que o protege dos impactos nocivos dessa ação. Em última instância, essas defesas favorecem a adequação entre organização do trabalho e estrutura mental do trabalhador (DEJOURS, et al., 2005).

Convém pontuar que a ideologia defensiva é usada para a continuidade do trabalho, e para exclusão dos que não aderem. Em muitos momentos, o que o trabalhador faz é tentar esconder o medo, que lhe parece vergonhoso, frente aos companheiros e para si mesmo.

Quanto maior for o desconhecimento sobre o trabalho, mais fácil será ultrapassar a fronteira entre o medo e a angústia (DEJOURS, 1988).

5.3.2 Mudanças que não cessam pós-acidente de trabalho

Sobre a representação das mudanças ocorridas em sua vida pessoal e profissional após o acidente, o trabalhador relata situações de sequelas físicas, de abandono por parte do empregador, de perdas econômicas, de dificuldades de retorno ao mercado de trabalho em condições satisfatórias de produção, de insegurança, de medo. Temos, então, o silêncio como uma manifestação das dores sobre o não dito que pode revelar significados diversos.

O acidente incapacitante atinge de forma profunda essa luta por melhores condições para si e para seus familiares e, em algumas situações, promove o reencontro com a exclusão social⁷, econômica e política.

O acidente de trabalho não restringe-se apenas a uma violência invisível socialmente aceita, Oliveira, Iriart (2008), mas vem de uma cadeia de violências que o acidentado é alvo, reside no estigma social que coloca esses trabalhadores nos tênues limites raramente definidos pela sociedade na situação de parcialmente inválidos e de mão de obra sobrando.

[...] Eu não consigo correr, não consigo agachar, não sei como falar porque não é igual antes com grande dificuldade mudança mudou tudo não sou o cara ágil que eu era, sou mais lento tenho essa dificuldade não posso mais abaixar trabalho de pedreiro se eu reboco uma parede embaixo tenho que ficar de joelhos no chão porque eu não agacho encima das pernas sei que é difícil.” a gente fica com trauma essas coisas [silêncio], (Antonio., pedreiro).

[...], A vida é um pouco mais difícil? Se eu tivesse bom como era antes a vida era melhor você tem que depender dos outros depois do acidente isso igual vou pegar um saco de cimento eu não consigo (Pedro., pedreiro).

O acidente incapacitante atinge de forma profunda essa luta por melhores condições para si e para seus familiares, o que significa um retrocesso na qualidade de vida, um reencontro com a ausência de recursos materiais, a perda da renda, do emprego, o enfraquecimento nos vínculos primários e comunitários. Para essa realidade, aplica-se o conceito de pobre definido por Lavinias (2002), pobre não é o que se encontra em estado de

⁷ Exclusão social nesta pesquisa é utilizada para designar situação ou condição de carência, dificuldade de acesso a direitos, bens e serviços, vulnerabilidade e precariedade, para caracterizar a pobreza urbana.

privação por falta de recursos materiais, ou bens econômicos; pobre é o que vive na dependência, que não é sanada apenas com transferência de renda, mas com ações efetivas de inserção social, a ausência de inserção social é resultado do triângulo: desemprego, relações sociais frágeis, crise de existência, dando origem a uma identidade negativa. Lavinás (2002).

A pobreza para Sen (2010) é interpretada como a destituição de habilidades e meios para agir de modo a alcançar o estado de bem-estar social, entendida como falta de capacidades básicas ou capacidades de autoalavancagem para alcançar, minimamente, níveis aceitáveis de qualidade de vida. Dar destaque à autonomia, enfatiza a liberdade, distancia-se de uma abordagem meramente quantitativa, valorizando o conjunto de funcionamento e capacidade ao alcance de cada indivíduo.

[...] Principalmente sexo depois que fui operado duas vezes [...] É verdade não tenho não posso pegar peso, entendeu trabalho com madeiramento, madeiramento é pesado pra mim é dificuldade hoje em dia não posso mais fazer isso dificuldade de serviço, não podia trabalhar mais nem posso, nem posso sofri acidente desse aqui, [...] depois tive uma operação fiquei mais noventa dias parado minha mulher que sustentava a casa depois começou a trabalhar de novo biscateiro também [...], pera ai eu casei em 1972 quando vim de Corumbá pra cá, minha função não era essa, eu jogava futebol abandonei futebol e comecei a trabalhar na construção civil, [...] 72, eu acho que foi em 1972, [...] (Moacir., mestre de obra).

Esse trabalhador, que atingiu o ápice da carreira da construção civil: Mestre de Obra, atualmente vive de bicos, com a saúde bastante vulnerável. Em visita para a realização da entrevista, observou-se a moradia em precárias condições de estrutura física, mobília e equipamentos de longo uso, em total situação de vulnerabilidade pessoal e social. O que produz vulnerabilidades não é ausência da alimentação, moradia, saúde, educação, e sim o efeito de integração ou não ao trabalho; a inserção ou não em uma sociabilidade primária e comunitária (BRANDÃO, 2002).

O trabalhador vítima de acidente de trabalho grave com sequelas se encontra no entrelaçamento da zona de desfiliação, que se manifesta como uma ruptura em relação às normas de reprodução social hegemônica, ausência de trabalho e isolamento social, e na zona de assistência, incapacidade para o trabalho e forte inserção social. As ausências de trabalho provocam uma vulnerabilidade que faz com que o trabalhador fique privado de proteção e reconhecimento moral, ambas garantidas pelo trabalhador assalariado (WANDERLEY, 2013).

Não haveria, porém, uma divisão nítida entre vulneráveis e desfiliaados. Essa indefinição de fronteiras seria obra da própria precarização do emprego. O trabalhador

vulnerável é aquele que pode ser demitido por decisão do empregador, já o desfilado corresponde aos “inúteis para o mundo”, ou os “supranumerários”, mantém-se na sociedade por um conjunto de proteções sociais e a preservação de vínculos familiares e comunitários. Em contrapartida, o “supranumérico” não consegue sequer ser explorado no mercado de trabalho; é um indivíduo “supérfluo”, que não possui um lugar demarcado na sociedade exatamente porque não carrega competências que sejam úteis para o conjunto dessa mesma sociedade (BRANDÃO, 2002, p.147).

[...] Deixei de fazer muitas coisas pelo menos no trabalho deixei de fazer muita coisa essas coisas minha casa tá sem terminar até hoje, [...] Não eu consigo um pouco, mas subir escada eu não posso mais subir em telhado, assentar piso tem que ficar de coque eu não consigo eu não consigo ficar de coque do dando para outra pessoa assentar o piso pra mim, Pra mim foi grande eu fazia tudo, eu fazia tudo madeiramento, carpintaria, pedreiro, [...] (João., pedreiro).

Esse trabalhador, depois de uma vida dedicada à construção civil e, atualmente com 65 anos de idade, sobrevive, com o benefício da Lei Orgânica da Assistência Social, benefício social garantido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8742 de 7/12/1993, que instituiu o repasse mensal de 1 (um) salário mínimo ao idoso, com 65 (sessenta e cinco anos), e que comprovem não possuir meios para prover sua sobrevivência, nem tê-la assegurada pela família. É um Programa de transferência de renda federal, com corte de um quarto do salário mínimo *per capita* familiar para acessar o benefício.

Em sua fala, o trabalhador demonstra a tristeza e a dor da limitação da vida pós-acidente e a tentativa de minimizar as consequências do acidente fez com que tivesse a esperança de voltar a viver como antes do seu trabalho e não dependente economicamente do poder público.

5.3.3 Difícil recomeço

O trabalhador vítima de acidente de trabalho grave com sequelas se encontra no entrelaçamento da zona da pobreza, que se manifestam com perda de renda e fragilidade nos vínculos profissionais, que impactam negativamente nas redes de sociabilidades.

Nessa perspectiva, o trabalhador acidentado vivência uma situação de comprometimento e de incapacidades nas relações de trabalho e no contexto sociofamiliar, em razão das dificuldades físicas, ocasionadas pelo acidente.

[...] Fiquei um ano parado, [...] difícil porque a pessoa que já sabe que eu tive o acidente fica com medo de me arrumar um serviço, [...] não como antes eu só trabalho onde piso firme como era meio louco andava encima de telhado essa coisas ai, não faço mais (Vitor., pintor).

Para Gomez e Thedim-Costa (1999), hoje, surge uma nova questão social, que se apresenta pela progressiva pauperização de trabalhadores formais e informais, gerando insegurança, instabilidade no trabalho, e sua magnitude e centralidade muito se assemelham às do pauperismo da primeira metade do século XIX. Para muitos trabalhadores cujos atributos do trabalho firmaram-se definitivamente como essenciais para situar e classificar as pessoas na sociedade, em detrimento de outros suportes de identidade, como o pertencimento familiar e comunitário, a ausência ou fragilidade nos vínculos de trabalho afetam-no diretamente.

[...] Aquele negócio ficou muito difícil de arrumar serviço ta difícil mesmo to duas semanas parado, tenho um servicinho, mas tudo coisa pequena dinheiro não ganho, mas como antes por causa desse acidente fiquei totalmente inútil, para falar a verdade. (Vitor., pintor).

Os trabalhadores, vítimas de acidente de trabalho grave, constituem um segmento periférico e residual, situados na zona de exclusão formal do mercado de trabalho associada ao “individualismo negativo”, definido pela falta de vínculos e suporte, por uma “ausência de lugar”, de segmentos sociais de baixa empregabilidade (LIMA, 1999).

[...] Faço caminhar de bicicleta ir à beira de rio, córrego meu lazer é esse, acho que fiquei mais velho, porque uma pessoa aleijado fica mais velho, [...] tem dia que eu deito desse lado, depois tem que virar do outro lado começa a doer dá câimbra eu acho que vou te que operar de novo pelo jeito to perdendo a força de uma vez da perna procurar o mesmo médico que me operou (João., pedreiro).

Tratar exclusão social como sinônimo de miséria e pobreza pode ser um erro. “A exclusão social não se define pela “linha da pobreza” que separa os cidadãos entre miseráveis, pobres, remediados, sem renda [...], a exclusão social não pode ser tratada com base meramente econômica”. A exclusão social supõe ter por referência um padrão de vida de inclusão de costumes, de valores, de qualidade de vida, de desenvolvimento humano, de autonomia, de equidade. Nessa visão, ser pobre significa ausência de renda; enquanto excluído pode ser a pessoa do sexo feminino, raça negra, orientação sexual, idoso, obeso, magro etc. A exclusão social refere-se a toda uma gama de características e valores culturais,

resultando em abandono, perda ou fragilidade dos vínculos sociais e comunitários, e que, necessariamente, não apresentam laços estreitos com a miséria (SPOSATI, 2000, p. 30).

[...] Uns 40% porque antes eu trabalhava sem dificuldade e hoje [...]. Minha esposa vende lingerie, minha filha ajudou [...] (Antonio., pedreiro).

[...] tipo assim eu fiquei com sequela não consigo abaixar, minha produção em vista do que eu ganhava na época eu era empreiteiro na carteira foi que eu citei não tem como ou aposentar (Luis., pedreiro).

[...] Essa sequela que eu fiquei do acidente de 2010, quebrou o calcâneo que entrou o ferro da moto entrou na minha perna esse eu fiquei com sequela perda de 20% do movimento do pé direito. Sim atividade doméstica educacional zero, trabalho financeira primeira, voltar à visão a respeito de família e poder contar com as pessoas mais próximas, [...] e a dificuldade de voltar ao mercado de trabalho foi bem grande, eu já tinha certo respaldo na profissão trabalhava como autônomo foi uma das maiores dificuldades outro acidente em 2012 foi pior que esse ai, [...] Sim voltando do trabalho pior que esse ai, eu tive perda de órgão, perdi o baço fiz cirurgia quebrei a perna em varias lugares cheia de ferro a historia se repetiu de novo na minha vida mais uma vez (*vítima do segundo acidente de trabalho*) (Fernando., pintor).

A partir do acidente de trabalho, o trabalhador passa a ser excluído socialmente. O termo exclusão social é usado para descrever processos de desintegração social, com variadas e diferentes formas de fragilidades, rompimento dos vínculos entre o indivíduo, à sociedade e o Estado. A exclusão é consequência de processos pertencentes a não inserção social, quando os laços de solidariedade se rompem, surge o risco da marginalização (que vive à margem da sociedade), rendimento insuficiente, que ocorre pelas perdas das competências sócio profissional, gerando subemprego, a fragilização das relações interpessoais e dos sentimentos de pertença a determinado grupo social ou comunitário (GUERRA, 2012).

[...] Tive decepção porque agora para você arrumar serviço você tem uma fratura eles não pegam mais não tenho como trabalhar registrado, você tem que ir ao médico deles para ver se você ta apto (Vitor., pintor).

Nos dias atuais, a exclusão tende a criar "indivíduos inteiramente desnecessários ao universo produtivo para os quais parece não haver mais possibilidades de inserção", um grupo de trabalhadores que não tem mais oportunidades de obter emprego, com uma vida de carências, de precariedade, situação, essa, que faz crescer situações de pobreza, ruptura de vínculos sociais primários e secundários (WANDERLEY, 2013, p. 25).

É importante ter cuidado quando se discute exclusão social, para não confundirmos com pobreza. Essa diferenciação ocorre em primeiro lugar de uma análise estática para uma

análise dinâmica, apreendendo os processos pelos quais as pessoas e os grupos tornam-se excluídos. O segundo discute a privação como conceito ampliado, fugindo da simplicidade de análise apenas como ausência de renda, mas ampliando para o debate sobre habitação, educação, emprego, saúde, rendimentos, fragmentação da identidade social (GUERRA, 2012).

As marcas dos acidentes de trabalho fazem parte da vida do trabalhador a elas estão associadas à exclusão social, a desproteção, a pobreza, as sequelas, as restrições na vida social, enfim, uma série de fragilidades, que designam um conjunto de violação dos direitos do trabalhador.

6. CONSIDERAÇÕES

Quando decidimos compreender o acidente de trabalho grave na construção civil, pela voz do trabalhador, sabíamos da complexidade desse fenômeno, e o número reduzido de pesquisas que pudéssemos estar nos referenciado. Contudo, o desafio de interpretar uma realidade social de violação de direitos socialmente aceita e, nossa experiência e vivência profissional motivou esse caminhar.

Historicizamos, a trajetória da constituição da categoria de trabalhador da construção civil, com suas especificidades e particularidades que revelam contradições, conflitos que acompanham o Brasil desde o início do século XIX.

Apresentamos retratos dos acidentes de trabalho, cujos dados são apenas números, dentre outras estatísticas, que acometem outros segmentos em condições de vulnerabilidades, e mesmo sendo expressivos e preocupantes não são suficientes para indignar e mobilizar a sociedade..

Os depoimentos dos trabalhadores vítimas de acidente de trabalho reforçam a cultura em vigor de que medidas de prevenção devem ser centradas na mudança de comportamento dos trabalhadores, para que esses fiquem mais atentos, cuidadosos, prestem mais atenção, concentrem-se nas atividades; enfim, as condições, processos de trabalho, atividades, meios produtivos, permanecem intocáveis.

É importante informar que encontramos uma população de trabalhadores que levam para o trabalho na construção civil uma visão de mundo do tipo tradicional, aquele que não tem medo do trabalho, que enfrenta as adversidades, está sempre disposto, um trabalhador que se submete às condições de trabalho e que põem a sua vida em risco sem questionar. O perigo

e o risco de acidente continuam sendo minimizados ou aceitos como parte da atividade profissional. A vivência do acidente pouco os abalava; ferir-se faz parte do trabalho.

No conjunto dessas características, fica implícito um tom de aceitação e resignação, expõem a fragilização dos trabalhadores em defesa de suas vidas. Na realidade, essa visão de mundo está alicerçada em fortes marcas culturais, onde o homem é o provedor da família, sendo necessário, portanto, demonstrar saúde e virilidade. É somente em oposição a uma identificação positiva tão duramente conquistada que se pode compreender a submissão de trabalhadores a riscos tão evidentes.

A compreensão das falas das vítimas de acidente de trabalho revela também algumas lacunas importantes para consideração. Nota-se que o centro das narrativas foi a desproteção social e as perdas econômicas, mas praticamente nada foi indicado em relação a medidas de prevenção, como as inspeções dos locais de trabalho, ou ainda mudanças nas condições e processos de trabalho. É interessante observar também que os trabalhadores não estabelecem uma relação entre trabalho informal e maior risco de acidentes ou adoecimento no trabalho e vulnerabilidade social e econômica que ficam expostos nessa relação informal de trabalho. O que se enfatiza é a manutenção da renda após a ocorrência do acidente ou adoecimento.

O acidente não se encerra no momento em que ocorre, deixa sequelas no corpo e na alma, como nos casos de acidente incapacitante. Esses eventos desencadeiam uma nova fase na vida desses indivíduos, cujas marcas vão segui-lo pelo decorrer de suas vidas, impedindo que eles possam ter perspectivas de presente e futuro. O acidente, então, toma outra dimensão, não apenas técnica e temporal, mas também social, política e econômica, impactando toda a sociedade.

As histórias contadas são de pessoas marcadas por uma questão social característica, a ausência de oportunidades, trabalho infantil, baixa escolaridade, ausência de formação e capacitação profissional, onde o abrir cada porta é um grande desafio e, de repente, alguns caminhos não poderão mais ser tomados e, outros, não escolhidos, é que irão determinar suas formas de vida. Nos casos aqui estudados no meio deste caminho, havia um acidente que abriu alguns caminhos e restringiu outras possibilidades de vida, de sonhos e esperanças

A ocorrência de acidentes de trabalho grave na construção civil, suas causas e consequências têm levado os trabalhadores a mudar de profissão.

Este estudo revela que o ingresso do trabalhador da construção civil acidentado grave (trajeto ou típico) ocorre na adolescência, predominando a informalidade. A atribuição da culpa é reforçada nas falas do trabalhador que chama pra si a responsabilidade do acidente, assumindo o erro e justificando que ocorre por distração, descuido e desatenção. Isso

corroborar com a aceitabilidade social que naturaliza o acidente enquanto processo de trabalho da construção civil.

Quanto ao caminho percorrido do local do acidente para o atendimento no serviço de emergência em saúde, foi desvelado nas falas, que a maioria dos trabalhadores acidentados graves foram levados por amigos, ou utilizaram de veículos próprios como bicicleta e motos. Alguns iniciaram o caminho na rede de atenção à saúde pelo atendimento de emergência SAMU ou Corpo de Bombeiros. Além disso, o trabalhador acidentado realiza uma peregrinação por unidades de saúde até a assistência de alta complexidade e somente um relato mostra atendimento inicial em hospital especializado. O período de hospitalização do trabalhador da construção civil acidentado grave varia de um dia a 60 dias.

Com relação às consequências, o trabalhador relata dores físicas, que não cessam e que comprometem a vida cotidiana familiar, social, e limita o seu desempenho profissional. Revela ainda sequelas físicas, abandono por parte do empregador, perdas econômicas, dificuldades de retorno ao mercado de trabalho em condições satisfatórias de produção. O difícil recomeço devido às sequelas, incapacidades parciais leva a perda de renda e fragilidade nos vínculos profissionais, que impactam negativamente nas redes de sociabilidades.

Como limitação do estudo, aponta-se a não inclusão da escuta dos operadores do sistema de atenção à saúde do trabalhador, como sindicatos, ministério público, secretaria municipal de saúde, que poderiam ter contribuído na discussão dos resultados.

Recomendamos à aplicação deste tipo de estudo a diferentes categorias profissionais que sofreram acidente de trabalho, tendo em vista que o trabalhador ao ser ouvido, expressa, suas angústias sofrimentos, tristezas, dores, que podem impactar para melhorias do processo de trabalho.

A relevância desse estudo está em apresentar as fragilidades do processo de trabalho que o trabalhador da construção civil de Campo Grande – Mato Grosso do Sul está inserido. Ambiente de trabalho inseguro com altos riscos tais como: andaimes improvisados e mesmo ausência deles, falta de qualificação profissional, renda por produção, falta de fiscalização sistemática as obras, pouco conhecimento do trabalhador de seus direitos. Enfim, o estudo alerta as entidades representativas dos trabalhadores, e Estado para a necessidade do cumprimento das legislações vigentes.

Temos alguns desafios quando o assunto é saúde do trabalhador como, comprometer o Estado na implantação de políticas públicas voltadas para a formação e proteção do trabalhador, introduzir e/ou valorizar uma relação dialógica entre o trabalhador, Estado e Sociedade. Convém, ainda, empreender esforços para romper com a invisibilidade, com a

apresentação real do número e gravidade dos acidentes de trabalho para mudanças efetivas no processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, Verena. *Manual de História Oral*. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.
- AJALLA, M. E. A. *Perfil dos acidentes de trabalho graves atendidos, nos hospitais sentinelas de Campo Grande*, 2012.
- ALMEIDA, L. M.; JACKSON FILHO, M. J. Acidentes e sua prevenção. *Revista Brasileira de Saúde ocupacional*. v. 32, n. 1115, jan/jun, 2007.
- ALMEIDA, L. M. *Diálogos com a Teoria das Representações Sociais*. Alagoas: UFAL/UFPE, 2005.
- AREOSA, J. A. Importância das percepções de riscos dos trabalhadores. *Internacional Journal on Working Conditions*. v. 40, n. 03, p. 54-64, jun. 2012.
- ARRUDA, A. teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cadernos de Pesquisa*, n. 117, p. 127-147, novembro 2002.
- BARROS, M. M. S. B. *Metodologia para implantação de tecnologias construtivas racionalizadas na produção de edifícios*. Tese de Doutorado, São Paulo: Escola Politécnica, Universidade de São Paulo. 1996.
- BASTOS, Y. G. L.; ANDRADE, S. M.; Soares, D. A. características do acidente de transito, e das vítimas atendidas no serviço pré – hospitalar , em cidade do Sul do Brasil,1977/2000. *Cadernos de Saúde Publica* Rio de Janeiro. v. 21, n. 3, p. 815-822. 2005.
- BUENO. M; MACÊDO, K. B. A Clínica psicodinâmica do trabalho: de Dejours às pesquisas brasileiras. *ECOS Estudos Contemporâneos da Subjetividade*. v. 2, n. 2, 2012.
- BLANES, D. N. *O trabalhador acidentado na construção civil: sua trajetória na busca de seus direitos*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). São Paulo, 1992.
- BRANDÃO, A. A. Conceitos e coisas: Robert Castel, A “Desfiliação” e a pobreza urbana no Brasil. *Revista Emancipação*. v. 2, n. 1, p. 141-157, Paraná, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Notificação de acidentes de trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes Brasília*. Editora do Ministério da Saúde. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Organização Pan-Americana da Saúde. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 580 p. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf> Acesso em: 18 abr. 2014.

MEDIDA PROVISÓRIA Altera as Leis nº 8.213, de 24 de julho de 1991, nº 10.876, de 2 junho de 2004, nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e a Lei nº 10.666, de 8 de maio de 2003. *Diário Oficial da União*, 30 de dezembro de 2014.

_____. Lei 8080 de 20 de setembro de 1990 Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços.

_____. Portaria nº 1. 823 de 23 de agosto de 2012 Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União*. 24 de agosto de 2012.

CAMPOS, C. S.; DUTRA, F. C. R. A globalização e dignidade da pessoa humana. *Rev. Trib. Reg. Trab. 3ª Reg.*, Belo Horizonte, v. 43, n. 73, p. 79-84, jan./jun.2006.

CARRASQUEIRA A. F.; BARBARINI, N. Psicodinâmica do trabalho: Uma reflexão acerca do sofrimento mental nas organizações. *Jornada de Saúde Mental e Psicanálise da PUCPR*, Curitiba, v. 5, n. 1, nov. 2010.

COHN, A.N.;et al. *Acidentes do Trabalho: uma forma de violência*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1985.

COHN, A. N., E.; JACOBI, P. R.; KARSCHE. U. S. *A saúde com direito e como serviço*. São Paulo: Editora Cortez, 1991.

CORREA, C. R. P.; JUNIOR, M. M. C. *Análise e classificação dos fatores humanos nos acidentes industriais Produção*, v. 17, n. 1, p. 186-198, Jan./Abr. 2007.

DIAS, E. C. et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, Dec. 2009. Disponível <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000600013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 jan. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000600013>.

_____. Desafios para a construção cotidiana da Vigilância em Saúde Ambiental e em Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde. *Caderno de Saúde Coletiva*. v. 2, n. 1, p.15-24. Rio de Janeiro, 2012.

DIAS, E.C; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS, a estratégia do RENAST. v.10, n. 4, p. 817-827. *Rev. Ciência Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, out/dez.2005.

DEJOURS, Christophe. *A loucura do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Ed. Cortez, 1988.

_____. *O fator humano*. Tradução Maria Irene Stocco, Maria José Tonelli. 5. ed., Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2005.

_____. *A banalização da injustiça social* (2007a), 7.ed. Rio de Janeiro, FGV. [Links].

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho*. Tradução de Maria Irene Stocco Betiol et. al. 1.ed. São Paulo, Ed. Atlas, 1994.

FALEIROS, V. de P. *O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores*. 2. Ed. Cortez, São Paulo, 1986.

FERNANDES, Anníbal. *Os acidentes do trabalho: do sacrifício do trabalho à prevenção e à reparação*. 2.ed. São Paulo: Ltr, 2003.

FERNANDES, K. R.; ZANELLI, J. C. O processo de construção e reconstrução das identidades dos indivíduos nas organizações. *Revista de administração Contemporânea*, v. 10, n. 1, p.55-72, 2006.

FRANCO, M. L. P. B. Representações Sociais, Ideologia e Desenvolvimento da Consciência, *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 34, n. 121, p.169-186, 2004.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da Fala do Outro ao Texto Negociado: Discussões sobre a Entrevista na Pesquisa Qualitativa. *Revista Paidéia*, v. 14, n. 28, 2004.

FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R. M. Relações de trabalho e políticas de gestão: uma história das questões atuais. *Rev. de Administração*. São Paulo. v. 27, n. 7, p. 5-15, out/dez1992.

GOMES, R. F. *A produção social do infortúnio: acidentes incapacitantes na construção civil (mestrado em saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2003.*

GOMES, C. M.; THEDIM-COSTA, S.M.F., Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva, *Ciência Saúde coletiva*, v. 4, n. 2. Rio de Janeiro, 1999.

GUERRA, G. C. M.; ICHIKAWA, E.Y. *A institucionalização de representações sociais: uma proposta de integração teórica REGE*, São Paulo – SP, Brasil, v. 18, n. 3, p. 339-359, jul./set. 2011.

GUERRA, G. C. M. «*Da exclusão social à inclusão social: eixos de uma mudança paradigmática*», *Revista Angolana de Sociologia* [Online], 10 | 2012 posto online no dia 03 Outubro 2013, consultado no dia 28 Janeiro 2015. URL: <http://ras.revues.org/257> ; DOI : 10.4000/ras.257.

HENNINGTON, E. A. *Saúde e Trabalho: considerações sobre as mudanças na legislação acidentária brasileira e sua influência sobre a classe trabalhadora*. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas, 1996.

JACKSON FILHO, J. M. VILELA, R. A. G.; GARCIA, E. G. ALMEIDA, I. M. Sobre a “aceitabilidade social” dos acidentes do trabalho e o inaceitável conceito do ato inseguro. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. v. 38, n. 127. Jan/Jun. São Paulo, 2013.

LACAZ, F. A. C. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. v. 13, suppl. 2, p. S07-S19. 1997.

LACAZ, F. A. C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007.

LAVINAS, L. Pobreza e exclusão: Traduções regionais de duas categorias de prática, *Rev. Econômica*, v. 4, n. 1, p. 25-59, junho, 2002.

LEÃO, L. H. C.; Minayo Gomez, C. A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. v. 19, n. 12, dez. 2014.

- LIMA, M. H. T.; RANDOLPH, R. Novas Formas de Exclusão Social? Reflexão sobre o digital divide. *Cadernos Metrópole*, São Paulo, v. 1, n. 4, p. 281-314, 1999.
- LUZ, M. T. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática” - Anos 80. *PHYSIS. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro v. 11, n. 2, 1991.
- MACHADO, J. M. H & MINAYO-GOMEZ, C.. Acidentes de trabalho: Concepções e dados. In: *Muitos Brasis: saúde e população na década de 80* (M. C.MINAYO, org.), pp.117-142. . São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco. 1995
- MANGAS, R. M. N.;MINAYO-GOMEZ, C. Acidentes de trabalho fatais e desproteção social na indústria da construção civil do Rio de Janeiro.*Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo. v. 33, n. 118, p. 48-55. 2008.
- MATTOS, U. A. O.; SANTOS, P. R. Discutindo o trabalho informal: Uma amostra da situação no município do Rio de Janeiro. In.: PORTO, Marcelo F.; BARTHOLO, Roberto (orgs). *Sentidos do Trabalho Humano: Miguel de Simoni, presença inspiração*. Rio de Janeiro: E-Papers *Serviços Editoriais*, 2006.
- MATTOS, A. M., *Participação popular ou cidadania regulada – movimentos pela saúde no Rio de Janeiro, (1980-1988)*, Dissertação de mestrado em Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Rio de Janeiro. 1990.
- MENDES, R. Impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde dos trabalhadores. I. Morbidade. *Revista de Saúde Pública*, v. 22, n. 4, p. 311-326. Sao Paulo.1988.
- MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trbalhador. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349 1991.
- MINAYO, M. C. S., SANCHES, O, Quantitativo-Qualitativo:oposição ou complementaridade. *Caderno de Saúde Publica*. -Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 237-248, 1993.
- MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Revista Ciênc. Saúde Coletiva*. v.17, n. 3. Rio de Janeiro, Mar. 2012.
- _____. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MINAYO-GOMEZ C., THEDIM –COSTA, S. M. F. A construção do campo de saúde do trabalhador :percursos e dilemas.*Caderno de Saúde Publica*, Rio de Janeiro v. 13, n. 2, p. 21-32, 1997.
- MONTEIRO, J. S. *Fundação social da política sobre acidentes de trabalho no período ditatorial brasileiro (1966 a 1976)*. Dissertação Mestrado em história social – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)). São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/biblioteca/biblioteca-digital/acervodigital/detalhe/2013/11/fundacentro-funcao-social-da-politica-sobre-acidentes-de-trabalho-no-periodo-ditatorial> >Acesso em: 13 abr. 2014.
- OLIVEIRA, F. A persistência da noção de ato inseguro e a construção da culpa: os discursos sobre os acidentes de trabalho em uma indústria metalúrgica. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. v. 32, n. 115, p. 7-18. São Paulo, 2007.

OLIVEIRA, R. P.; IRIART, J. A. B. Representações do trabalho entre trabalhadores informais da construção civil. *Psicologia em Estudo*, Curitiba, v. 13, n. 3, p. 437-445, 2008.

TAKAHASHI, M. A. B. C.; SILVA, C. LACORTE, L.E.C. CERVERNY, G.C.O.; VILELA, R. A. G. precarização do trabalho e risco de acidentes na construção civil: um estudo com base na Análise Coletiva do Trabalho (ACT), *Rev.Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 976-988, 2012.

REINHARDT, E. L.; FISCHER F. M. Barreiras às intervenções relacionadas à saúde do trabalhador do setor saúde no Brasil. *Rev. Panam. Saldo Publica*; v. 25, n. 5, p. 411-417, 2009.

REIS, S L. A. BELLINI, M. *Acta Scientiarum. Human and Social Sciences* Maringa, v. 33, n. 2, p. 149-159, 2011.

SANTANA, V. S.; NOBRE, L.; WALDVOGEL, B. C. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 841-855, 2005.

SANTANA, V. S.; OLIVEIRA, R. P. Saúde e trabalho na construção civil em uma área urbana do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 797-811, 2004.

SANTOS, M. F. S. Representação social e a relação indivíduo-sociedade. *Temas psicol.* v. 2 n.3. Ribeirão Preto. dez. 1994.

SEN, A. *Desenvolvimento como Liberdade*. Tradução: Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SIMÕES, A.V.; et; al.; Modelos de Atenção à Saúde e Estratégias de Controle social, *Revista . Saúde. Com*, v. 7, n. 1 p. 33-43, 2011.

SILVA Jr, A. G.; ALVES, C. A. *Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas*. In: Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D.Andrea Corbo (org). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-41. ISBN: 978-85-98768-24-3.

TAKAHASHI, M. A. B. C., SILVA, R. C., LACORTE, E.C., CERVERNY, G. C.O., VILELA, R. A.G. Precarização e risco na construção civil: um estudo com base na Análise Coletiva de trabalho (ACT). *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo. v. 2, n. 4, 2012.

THIOLLENT, M. *Crítica metodológica, investigação Social e enquete operária*. São Paulo: São Paulo. Polis, 1980. SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA. *Improviso X Segurança*. [2014?]. il. 232 K. Formato JPG. Disponível em: < <http://pro-sst1.sesi.org.br/portal/main.jsp?lumPageId=4028E481107EDB4F0110836BD84B0C25&lumI=galeriaimagens.listGalleryItems&lumItemId=8A90152A397E489101398893656F7EB1&itemId=8A90152A397E489101398893656E7EB0>> Acesso em: 14 nov. 2014.

SPOSATI, A. *A Exclusão Social e Fracasso Escolar*. v. 17, n. 71, p. 21-32 jan. Brasília. 2000

TEIXEIRA, M. C. A. Invisibilidade das doenças e acidentes do trabalho na sociedade atual. *RDisan*, São Paulo, v. 13, n. 1, p.102-131, Mar./Jun. 2012.

VILELA, R. A. G, IGUTI. A. M; ALMEIDA I. M. Culpa da vítima: um modelo para perpetuar a impunidade nos acidentes de trabalho. *Rev. Cadernos de Saúde Pública*; v. 20 n. 2, p. 570-579 mar-abr, 2004. Acesso em 14 de novembro 2014. Disponível em www.scielo.br

WANDERLEY, M. B. Refletindo sobre a noção de exclusão “in *As artimanhas da exclusão: análise e ética e da desigualdade social*/Bader Sawaia (org.), 13. ed. Petrópolis Vozes, RJ, 2013.

WAISSMANN, W. A "*cultura de limites*" e a desconstrução médica das relações entre saúde e trabalho. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.

WÜSCH FILHO. Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil, estruturas e tendências. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 17, n. 1 p. 41-51. Rio de Janeiro, 1999.

APÊNDICE A - Entrevista com o Trabalhador

A - BANCO DE DADOS DO PROJETO (ATG2010)

Nome do paciente: _____

Endereço:

Rua: _____

Nº: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Telefone Fixo: _____ Celular: _____

Data do acidente: ____/____/____ Data da entrevista: ____/____/____

Nome do informante: _____

Idade: _____ (em anos) Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: F () M ()

B - DADOS DE CONTATO DIRETO COM O TRABALHADOR

Cor da pele: _____

Renda: a - () até 1 salário mínimo

b - () de 2 a 3 salários mínimos

c - () de 4 a 6 salários mínimos

d - () mais de 7 salários mínimos

Vínculo empregatício (Na época do acidente): a - () formal b - () informal

Tipo de acidente: a - () típico b - () de trajeto

C - INFORMAÇÕES SOBRE AS CIRCUNSTÂNCIAS QUE OCORRERAM O ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE

1) Onde o (a) Senhor (a) trabalhava quando aconteceu o acidente?

Construção civil (descrever o tipo de atividade desenvolvida).

2) Quantas horas por semana eram dedicadas a esta atividade? () horas

3) O que o (a) Sr.(a) estava fazendo no momento do acidente? Como aconteceu o acidente?

D CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHADOR QUE SOFREU ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE

4) Até que ano o(a) Sr.(a), estudou? _____

a - () não estudou

b - () fundamental incompleto c - () fundamental completo

d - () médio incompleto e - () médio completo

f - () médio técnico g - () superior

h - () pós-graduação i - () outro _____

5) Você estuda atualmente? a - () sim b - não ()

a - () fundamental incompleto b - () fundamental completo

c - () médio incompleto d - () médio completo

e - () médio técnico f - () superior

g - () pós-graduação h - () outro _____

6) Qual era sua renda mensal antes do Acidente de Trabalho? (NA ÉPOCA O SALÁRIO MÍNIMO ERA DE R\$ 510,00)

a - () nenhuma

b - () um salário mínimo (R\$ 510,00)

c - () até 2 salários (até R\$ 1020,00)

d - () mais de 2 até 5 salários (R\$ 1.020,01 – 2.550,00)

e - () mais de 5 até 10 salários (R\$ 2.550,01 – 5.100,00)

f - () mais de 10 até 20 salários (R\$ 5.100,01 – 10.200,00)

g - () mais de 20 salários (mais de R\$ 10.200,01)

7) Deixou de receber esta renda mensal depois do acidente?

a - () não.

b - () sim, perdi o emprego.

8) A sua renda foi reduzida então em: (CONFORME A RESPOSTA, ESTIMAR EM TERMOS PERCENTUAIS):

- a - () 100% b - () 75%
- c - () 50% d - () 25%
- e - () não sabe

09) O(A) Sr.(a), recebeu algum tipo de treinamento de prevenção de Acidente de Trabalho?

- a - () sim b - não ()

Quanto? _____

Qual instituição? _____

10) Estamos terminando esta seção, antes de iniciarmos a próxima eu gostaria de ter certeza de que o(a) Sr.(a) ainda sente-se confortável para continuar responder. As próximas perguntas são sobre tratamento hospitalar, medicamentos e perdas em suas atividades. Posso continuar?

- a - () sim b - () não

11) Por favor, relate suas impressões do acidente (COMO OCORREU, EM QUE MOMENTO, NA SUA VISÃO QUAIS FORAM ÀS CAUSAS) _____

12) Em sua opinião o acidente poderia ter sido evitado () sim () não (JUSTIFIQUE A RESPOSTA)._____

D - INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTOS À SAÚDE

13) No dia do acidente, o(a) Sr.(a) foi atendido(a) na Santa Casa de Campo Grande. Antes de ir para lá o (a) Senhor (a) esteve em outra unidade de saúde?

a - () não

b - () sim

14) Quais? (pode marcar mais de uma resposta) _____

a - () Unidades Básica de Saúde;

b - () Centro Regional de Saúde 24 horas;

c - () Unidade de Pronto Atendimento - UPA

d - () Outras _____

15) O(A) Sr.(a) se lembra para qual unidade, de qual bairro, o(a) Sr.(a) foi?

a - () sim. Qual? _____

b - () não

16) Como o(a) Sr.(a) foi transportado(a) no dia do acidente? _____

a - () carro próprio b - () carro de terceiros c - () moto própria

d - () moto de terceiros e - () taxi f - () Samu g - () bombeiro

f - () ambulância particular

Outros _____

17) Quantos dias o(a) Sr.(a) ficou internado na Santa Casa de Campo Grande em consequência do acidente de trabalho? (PRIMEIRA INTERNAÇÃO, EM 2010) _____ dias.

18) Após ter alta da Santa Casa, quantas consultas médicas o(a) Sr.(a) realizou após o acidente de trabalho? _____ consultas

19) Quanto o(a) Sr.(a) gastou com medicação após o acidente de trabalho?

R\$ _____

20) Os custos com consultas, hospital (além do primeiro momento na Santa Casa, após o acidente), exames, foram pagos por: _____

a - () SUS b - () Plano de saúde público c - () Plano de saúde privado

d - () Particular e - () SUS e plano de saúde público

f - () SUS e plano de saúde privado g - () SUS e Particular

h - () 0 Plano de saúde público e plano de saúde privado

i - () Plano de saúde privado e Particular () outro _____

21) Neste ano (2014), o(a) Sr.(a) ainda faz algum tipo de tratamento referente ao acidente de trabalho ocorrido em 2010?

a - () sim b - () não

Qual? _____

22) Como o(a) Sr.(a), avalia o serviço de saúde que o atendeu? (Atribuir nota)

a - () baixa (0 - 7,0)

b - () média (7,1 - 8,0)

c - () alta (8,1 - 10)

23) O(A) Sr.(a), foi atendido em outras ocasiões pelo SUS () sim () não

24) Como o(a) Sr.(a), avalia o serviço de saúde que o atendeu nessas ocasiões? (Atribuir nota)

a - () baixa (0 - 7,0)

b - () média (7,1 - 8,0)

c - () alta (8,1 - 10)

E – INFORMAÇÕES SOBRE AS CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE

25) O Sr.(A) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais por motivo de saúde decorrente do acidente de trabalho?

a - () sim b - () não

26) O(A) Sr.(a) deixou de realizar atividades domésticas?

a - () sim b - () não

27) O(A) Sr.(a) deixou de realizar atividades educacionais?

a - () sim b - () não

28) O(A) Sr.(a) deixou de realizar atividades de trabalho remunerado?

a - () sim b - () não

29) O(A) Sr.(a) consegue realizar as suas tarefas do mesmo modo que antes do acidente de trabalho?

a - () sim b - () não

30) Esta mudança que ocorreu para realizar as atividades pode ser medida em uma escala de dificuldade? _____

a - () total impossibilidade c - () grande dificuldade
b - () média dificuldade d - () pequena dificuldade

31) Quantos dias o(a) Sr.(a) estima que perdeu por mês para poder fazer os tratamentos/exames necessários? _____ dias por mês

32) Caso tenha ficado afastado do seu trabalho em decorrência do acidente, recebe ou recebeu benefícios do INSS?

a - () sim b - () não

33) Quanto tempo o(a) Sr.(a) ficou recebendo benefícios do INSS? _____ meses

34) O (A) Sr.(a) mudou de emprego após o acidente?

a - () sim b - () não

35) Qual o trabalho que o(a) Sr.(a) começou a fazer após o acidente

36) Houve mudanças em sua vida pessoal após o acidente? Cite as principais:

37) O(A) Sr.(a) deixou de realizar atividades de lazer?

a - () sim b - () não. Por quê?

38) Como você descreveria sua vida antes e depois do acidente?

39) Sr.(a) _____ (COLOCAR O NOME DO ENTREVISTADO), agradeço pela sua colaboração e boa vontade em participar do estudo. Sua participação foi muito importante. O (A) Senhor (a) tem alguma pergunta?

a - () sim b - não () (Agradecer novamente e desejar um bom dia/tarde/noite) Qual?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa com o título: ACIDENTE DE TRABALHO PERCEPÇÃO DO TRABALHADOR. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue, pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido pela pesquisadora Mairy Batista de Souza, tem como objetivo geral, para conhecer às percepções do trabalhador da construção civil frente ao acidente de trabalho que foi vítima, contribuindo para caracterizar, como o trabalhador se sente , percebe e identifica fatores desencadeadores de acidentes no município de Campo Grande-MS. Você será entrevistado sobre sua visão do acidente. A entrevista será registrada em um formulário para posterior análise. Esclareço que não há riscos envolvidos na pesquisa. Sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Você receberá uma via assinada deste Termo de Consentimento. Todas as informações prestadas ao pesquisador serão utilizadas exclusivamente para pesquisa e futuras publicações, e seu nome serão mantidos em sigilo.

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo ligue para Mairy Batista de Souza, 67 – 8114 3520 ou 67 - 3345-3062. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da UFMS, no telefone 67 - 3345-7187.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntário a tomar parte neste estudo, e atesto o recebimento de uma via deste Termo assinado por mim e pelo pesquisador.

Data: _____

Assinatura do voluntário _____

Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Banco de Dados

Título da Pesquisa: Acidente de Trabalho: Percepção do Trabalhador

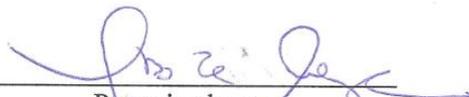
Nome do Pesquisador: Mairy Batista de Souza

Bases de dados a serem utilizados: Perfil dos acidentes de trabalho graves atendidos nos hospitais sentinelas de Campo Grande/MS.

Como pesquisadora supra qualificada, aluna do curso de mestrado do programa de pós-graduação Saúde e Desenvolvimento da região Centro Oeste, solicito autorização para acesso as fichas de registro ao banco de dados da pesquisa “ATG-Perfil dos acidentes de trabalho graves atendidos nos hospitais sentinelas de Campo Grande”, comprometo-me com utilização das informações contidas nas bases de dados acima citadas, protegendo a imagem das pessoas envolvidas e a sua não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em seu prejuízo ou das comunidades envolvidas, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro.

Declaro ainda que estou ciente da necessidade de respeito à privacidade das pessoas envolvidas em conformidade com os dispostos legais citados* e que os dados destas bases serão utilizados somente neste projeto, pelo qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.


Pesquisadora

Campo Grande (MS) 20/08/2013

* Constituição Federal Brasileira (1988) – art. 5º incisos X e XIV
Código Civil – arts. 20-21
Código Penal – arts. 153-154
Código de Processo Civil – arts. 347, 363, 406
Código Defesa do Consumidor – arts. 43- 44
Medida Provisória – 2.200 – 2, de 24 de agosto de 2001
Resoluções da ANS (Lei nº 9.961 de 28/01/2000) em particular a RN nº 21

Autorizo



Maria Elizabeth Araújo Ajalla
Professora/Coordenadora da pesquisa ATG