



AS AÇÕES DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS OCUPACIONAIS EM EMPRESAS CONSTRUTORAS DE EDIFÍCIOS: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Lázara da Silva Rocha
(UFS)

Fabrcio Borges Cambraia
(UFS)

Ronald Vieira Donald
(UFS)

Resumo

As ações de prevenção às doenças ocupacionais são fatores contribuintes para a redução das elevadas taxas de acidentes do trabalho, particularmente no setor da construção civil. Embora sua importância, trata-se de um assunto pouco explorado por estudiosos do setor, já que as pesquisas acadêmicas têm o foco mais voltado para a segurança do trabalho, ou seja, para os eventos que resultam em lesões traumáticas. Este artigo se propõe a identificar e descrever um conjunto de ações empregadas na prevenção de doenças ocupacionais. Para tanto, realizou-se um estudo de natureza exploratória em uma empresa de construção de edifícios, por meio de entrevistas com profissionais de diferentes áreas, análise de documentos e registros fotográficos. Ao todo foram identificadas nove ações de prevenção às doenças ocupacionais: planejamento e controle por meio de Programas exigidos pela legislação, monitoramento das condições de saúde dos trabalhadores via exames médicos, realização de campanhas de vacinação, iniciativas para educação em saúde ocupacional, emprego de dispositivos visuais, disponibilização de tratamento odontológico nas obras, análise ergonômica do trabalho, colaboração dos engenheiros de obras e acompanhamento de tratamentos médicos. O estudo verificou uma tendência de transferência de responsabilidade pelas ações de saúde para os profissionais ligados à Engenharia de Segurança, quando poderiam ser absorvidas pelos profissionais de Medicina do Trabalho.

Palavras-chaves: doenças ocupacionais, doenças do trabalho, saúde ocupacional, acidentes do trabalho

1. INTRODUÇÃO

O estudo das relações referentes ao trinômio trabalho-ambiente-saúde não é um assunto recente. Na literatura encontram-se referências aos estudos de Hipócrates (460-375 a.C.) e de Bernardino Ramazzini (1633-1714), que faziam menção, por exemplo, às doenças com origem nas atividades laborais (MENDES, 2003; TRAVASSOS, 2003). Diversos autores argumentam que, de fato, a preocupação com a saúde do trabalhador sofreu significativa atenção a partir da Revolução Industrial, quando muitos trabalhadores eram, por exemplo, expostos a jornadas de trabalho excessivas e condições precárias de higiene. O número expressivo de acidentes e doenças relacionadas com o trabalho motivou o surgimento de regulamentações e leis de proteção à integridade física dos trabalhadores.

Travassos (2003) afirma que durante a Revolução Industrial as condições de trabalho tornaram-se as mais precárias possíveis, não havendo limites de horas para o trabalho, nem as mínimas condições de higiene nas fábricas. Somente em 1802 surgiu a primeira lei de proteção ao trabalhador, que obrigava a limitação do trabalho em 12 horas diárias. Em 1833 foi assinado o *Factory Act*, que foi realmente a primeira legislação que protegia o trabalhador (TRAVASSOS, 2003).

No Brasil, em 1943, foi criada a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), que introduzia no país as regulamentações em defesa da saúde do trabalhador, disciplinando as relações coletivas e individuais de trabalho. Atualmente, a segurança e saúde dos trabalhadores são regulamentadas pela portaria nº. 3.214, de 8 de junho de 1978, que, em suas Normas Regulamentadoras (NR) contém as determinações para a proteção da saúde e integridade física dos trabalhadores. É válido ressaltar que a inserção destas normas não foi suficiente para que os ambientes de trabalho se tornassem saudáveis e que os trabalhadores estivessem protegidos contra agentes insalubres, agressivos e perigosos, como também às condições penosas, estressantes e arriscadas no desenvolvimento de suas atividades. Embora seja responsabilidade das empresas garantir que suas operações e atividades sejam realizadas de maneira segura e saudável, cumprindo o que está regido nas leis, Saurin (2002) considera que o cumprimento de normas representa o esforço mínimo de prevenção aos acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, havendo, portanto, necessidade de outras estratégias para a redução das altas taxas de acidentes.

Na construção civil, em particular, Saurin et al. (2005) argumentam que historicamente a gestão da segurança e saúde no trabalho tem se focado na prevenção de lesões traumáticas (por exemplo, quedas) em detrimento das doenças ocupacionais (por exemplo, lombalgias). Em parte, isso pode ser explicado pelo fato de que o custo financeiro das doenças ocupacionais é frequentemente absorvido pelo Estado, uma vez que elas se desenvolvem ao longo de um grande período e se torna difícil identificar a origem do problema. Em particular, a alta rotatividade e o intenso uso da subcontratação dificultam que o trabalhador demonstre que um empregador anterior foi responsável por atos ou omissões que levaram aos problemas de saúde (GIBB; GYI; THOMPSON, 1999).

Entretanto, começa a haver no país uma mudança na visão empresarial acerca da responsabilidade nas questões da doença ocupacional, a partir das ações regressivas impetradas pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), visando o ressarcimento das despesas com tratamentos de todo e qualquer tipo de patologia sofrida pelo trabalhador, decorrente do ambiente de trabalho.

Neste contexto, em que pese o uso da terminologia segurança e saúde do trabalho, os trabalhos acadêmicos, particularmente na área de gerenciamento e economia das construções, têm, ao longo dos anos, dispensado maior atenção aos estudos de gestão de segurança propriamente dita, ou seja, a prevenção de acidentes típicos, isto é, aqueles que se caracterizam pelo caráter de instantaneidade e geração de lesões traumáticas, os quais lideram, inclusive, as estatísticas oficiais.

No entanto, no ano de 2009 foram registrados no Brasil 17.693 casos de doenças ocupacionais, sendo somente na construção civil apurado um número de 1.064 casos, ou seja, aproximadamente 6% dos afastamentos por motivo de doenças se concentram nessa atividade econômica (BRASIL, 2009). De fato, a literatura aponta fatores tais como levantamento de peso de maneira indevida e descontrolada, excesso de ruídos e exposição a substâncias tóxicas como exemplos de situações que podem ocasionar esses diagnósticos (COSTELLA, 1999). Os estudos com foco na prevenção de doenças ocupacionais na construção civil geralmente privilegiam aspectos ergonômicos do trabalho, tal como diagnósticos de situações que podem ocasionar doenças ocupacionais causadas por esforços físicos excessivos (SAURIN et al., 2005; AVELLÁN, 1995). Neste sentido, existe uma carência de estudos que investiguem as ações reais implementadas por empresas construtoras de edifícios no que tange à prevenção de doenças ocupacionais, pois, tal como menciona Travassos (2003), a saúde e a qualidade de vida são influenciadas pelo ambiente de trabalho, onde normalmente as pessoas passam oito horas, ou seja, um terço do dia. Além disto, a grande sobrecarga atribuída aos gerentes de obras faz com que muitos deles, embora responsáveis, não detenham suas atenções quanto ao ambiente de trabalho oferecido a seus trabalhadores e, conseqüentemente, não percebem os danos a que os estão expondo em seu meio de trabalho (ARAÚJO; SANTOS; MAFRA, 2006).

Assim sendo, este artigo tem como objetivo identificar e descrever as ações empregadas na prevenção de doenças ocupacionais em uma empresa que atua na construção de edifícios, fazendo uma análise sobre os relacionamentos e papéis de diferentes profissionais envolvidos no planejamento e na execução das ações. Este estudo tem um caráter exploratório, de tal forma que este trabalho possa ser usado como um direcionamento para novos estudos.

2. AÇÕES DE PREVENÇÃO ÀS DOENÇAS OCUPACIONAIS

Segundo Mendes e Dias (1991), no século XIX, mais precisamente na Revolução Industrial, o processo produtivo era desumano e com índices absurdos de mortes de trabalhadores. Foi então que um empresário preocupado com tal situação procurou um médico, para que indicasse a melhor maneira de resolver este problema. Para o médico a solução seria colocar um especialista no interior da fábrica, que passaria a ser o responsável pela proteção dos trabalhadores. O empresário seguiu o conselho e, então, contratou o médico, surgindo, então, a Medicina do Trabalho enquanto especialidade médica.

De forma sintética, a Medicina do Trabalho tinha como fim a prevenção de doenças ocupacionais. Pode-se entender as doenças ocupacionais como as moléstias de evolução lenta e progressiva, originárias de causa gradativa e durável, vinculadas às condições de trabalho (Medeiros, 2009 apud COSTA, 2009). De acordo com Lopes, Mello e Ventura (2007), as doenças ocupacionais englobam as doenças profissionais e as doenças relacionadas com o trabalho (denominadas simplesmente por doenças do trabalho).

Por um lado, as doenças profissionais são enfermidades crônicas, de caráter lento e silencioso, sendo causada ou agravada pelo exercício profissional ou pelo ambiente de trabalho e com nexos causais bem definidos (TRAVASSOS, 2003). Como exemplos de doenças profissionais podem-se citar a silicose e o DORT (Distúrbio Osteomuscular Relacionado com o Trabalho). Por outro lado, as doenças do trabalho são relacionadas com as condições em que o trabalho se realiza, sendo, portanto, indiretamente ligadas ao trabalho, ou seja, o trabalho não é a única e exclusiva causa, mas existe um nexo de concausalidade, composto de duas causas, a principal e a instrumental, ambas eficientes na produção de um só efeito (LOPES; MELLO; VENTURA, 2007 apud FINOCCHIARO, 1976). A hipertensão e a pneumoconiose são exemplos de patologias que podem ser consideradas doenças do trabalho. A primeira decorrente de estresses oriundos das condições, ambiente e relações no trabalho, que, não obstante represente um novo campo de estudos da medicina do trabalho, tem correlação com o surgimento de doenças psicossomáticas e cardiovasculares. E, a segunda, motivada pela exposição rotineira a diversos tipos de agentes que afetam o trabalhador de maneira direta ou indireta.

É válido ressaltar as diferenças entre doença ocupacional e acidente do trabalho, já que a legislação previdenciária os iguala, sendo ambos passíveis de registro via comunicação de acidente do trabalho (CAT). Segundo Lopes, Mello e Ventura (2007), o acidente é, na maioria das vezes, inesperado, enquanto a doença se desenvolve no decorrer de um período. Ou seja, a doença ocupacional é uma alteração na saúde do trabalhador causada por exposição aos agentes de riscos, sendo que, em geral, levam algum tempo para se manifestarem, enquanto os acidentes do trabalho são eventos de ação imediata, tais como queimaduras, cortes, quedas, amputação de membros e cortes. Como desdobramento, a consequência do acidente é visível externamente enquanto a doença é, na maioria das vezes, silenciosa, sendo notada em exames médicos de rotinas ou através da manifestação dos sintomas.

De acordo com Mendes e Dias (1991), o conceito de Medicina do Trabalho está vinculado à responsabilidade pelo trabalhador exclusivamente no horário de trabalho, tendo o dever de assegurar sua proteção contra todos os riscos presentes no trabalho ou nas condições em que este se efetua. Além disso, deveria contribuir para a adaptação física e mental dos trabalhadores, em particular pela adequação do trabalho e pela alocação do trabalhador em postos correspondentes às suas aptidões, como também para o estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores (DIAS; MENDES, 1991).

Após a Segunda Guerra Mundial e com o desenvolvimento da tecnologia industrial, intensificaram-se as insatisfações dos trabalhadores relacionadas com os ambientes de trabalho em que estavam submetidos. Além disso, os empresários também perceberam o elevado custo oriundo das doenças ocupacionais. Neste cenário, houve uma ampliação do

conceito de Medicina do Trabalho, surgindo o conceito de Saúde Ocupacional (MENDES; DIAS, 1991). Segundo Travassos (2003), a saúde ocupacional pode ser definida como sendo a promoção e preservação da integridade física do trabalhador, através da detecção dos fatores que interfiram na sua saúde, tais como os riscos inerentes ao seu ambiente laboral. De acordo com Mendes e Dias (1991), na Saúde Ocupacional o ambiente de trabalho passa a fazer parte das responsabilidades médicas, passando-se a ter um olhar sistêmico e multidisciplinar para as ações de prevenção às doenças ocupacionais. É neste contexto que surge os Serviços Especializados de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) e uma série de legislações (Normas Regulamentadoras e outras legislações complementares) visando garantir a integridade física dos trabalhadores e proporcionar melhorias na qualidade de vida no trabalho. Dentre essas regulamentações pode-se destacar a NR-4, que prescreve a constituição e funcionamento dos SESMT, a NR-7, que descreve o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), a NR-9, que aborda sobre o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e a NR-18, que regulamenta o Programa de Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção (PCMAT). O cumprimento das NR é obrigatório para qualquer empresa e/ou órgão que possui funcionários regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A NR-7, em particular, obriga os empregadores a elaborarem e implementarem o PCMSO, visando a prevenção e preservação da saúde dos trabalhadores. Dentre as ações do PCMSO, são exigidos exames médicos em momentos específicos (na admissão, periodicamente, de retorno ao trabalho quando afastado por algum motivo por mais de 30 dias, de mudança de função e na demissão, aí se entendendo que os exames são feitos antes da saída do trabalhador), como também para as funções que envolvem riscos específicos (por exemplo, trabalho em altura, exposição à eletricidade, operação de veículos automotores, etc.). O PCMSO deve ser implementado segundo um planejamento anual, revisado segundo a mesma periodicidade e em total consonância com outros Programas, especialmente com o PPRA. A NR-9, por sua vez, tem como objetivo a antecipação, avaliação, reconhecimento e controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho. De acordo com essa norma, consideram-se riscos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho que, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador. Já a NR-18 estabelece diretrizes de ordem administrativa, de planejamento e de organização, que objetivam a implementação de medidas de controle e sistemas preventivos de segurança nos processos, nas condições e no meio ambiente de trabalho na Indústria da Construção. Conforme Dias e Mendes (1991) e Gomez e Costa (1997), na prática o conceito de Saúde Ocupacional não conseguiu atingir os objetivos propostos. Dentre os fatores que poderiam ser listados para explicar sua insuficiência, pode-se citar (a) a manutenção do referencial da Medicina do Trabalho firmado na separação de tarefas e baixa integração entre os envolvidos, (b) a não concretização do ideal de interdisciplinaridade, pois as atividades passaram apenas se justaporem de maneira desarticulada e (c) as deficiências na capacitação de recursos humanos, que não acompanhavam o ritmo da transformação dos processos de trabalho. Uma crítica muito comum diz respeito ao fato dos modelos (legislações), apesar da tentativa de

atenção ao coletivo de trabalhadores, continuarem a abordá-los como "objeto" das ações de saúde (GOMEZ; COSTA, 1997). O controle da saúde dos trabalhadores tendo por base os exames periódicos é um exemplo clássico dessa abordagem, uma vez que pode ser entendido como um meio da empresa se resguardar de futuras indenizações, como também de prejuízos à produção.

A insuficiência do conceito de saúde ocupacional não constitui fenômeno pontual e isolado. Antes, foi e continua sendo um processo que, embora guarde certa especificidade do campo das relações entre trabalho e saúde, tem sua origem e desenvolvimento determinados por cenários políticos e sociais mais amplos e complexos (MENDES; DIAS, 1991).

A utilização de novas tecnologias, como a automação e informatização, contribuíram para melhorias das condições de trabalho, porém emergiram novos riscos à saúde do trabalhador. Nesse sentido, Gomez e Costa (1997) salientam que as doenças profissionais clássicas tendem a desaparecer e a preocupação passa a ser transferida para as doenças relacionadas com o trabalho, como a hipertensão, doenças cardiovasculares, doenças osteomusculares e estresse. Inicia-se, então, o processo para se promover saúde, ou seja, a educação no trabalho para evitar doenças ocupacionais (MENDES; DIAS, 1991; GOMEZ; COSTA, 1997).

Neste novo cenário surge o conceito de saúde do trabalhador, em que a educação no trabalho possibilita que os trabalhadores comecem a ter controle sob as condições de trabalho, reivindiquem melhorias no ambiente, para que o mesmo se torne cada vez mais saudável. De acordo com Gomez e Costa (1997), com a saúde do trabalhador as pessoas passam a ter o direito de saber o porquê das mudanças em seu meio, questionar alterações nos processos de trabalho e até mesmo não aceitar a realização de tarefas de risco à saúde.

Embora uma realidade ainda distante da construção civil, justamente pela necessidade de envolvimento do trabalhador, o conceito de saúde do trabalhador encontra-se em processo de desenvolvimento ainda em outros ramos industriais. Na construção, por exemplo, a alta rotatividade e o intenso uso da subcontratação dificultam que o trabalhador demonstre que um empregador anterior foi responsável por atos ou omissões que levaram aos problemas de saúde (SAURIN et al., 2005).

De fato, devido às características peculiares da construção, tais como alta rotatividade e absenteísmo, aliados ao intenso uso de mão de obra subcontratada, realização de trabalhos sob intempéries, trabalho essencialmente manual e baixa mecanização, muito provavelmente os esforços desse setor estarão ainda, por um bom tempo, concentrados na prevenção de um conjunto de doenças ocupacionais bastante conhecidas.

Conforme Lima (2004), as doenças ocupacionais mais frequentes na construção civil são resultantes de fatores de riscos físicos, químicos, biológicos e ergonômicos. Dentre as doenças relacionadas com riscos físicos pode-se destacar a (a) surdez, que é causada por ruídos superiores a 85 decibéis e um tempo de exposição do trabalhador superior a 8 horas por dia, sem a proteção devida e de acordo com a suscetibilidade individual; o (b) reumatismo, causado pela excessiva exposição à umidade; a (c) insolação, causada pela exposição constante aos efeitos dos raios solares; a (d) conjuntivite e, posteriormente, catarata e cegueira, causadas pela exposição excessiva e desprotegida à luz forte.

Vários autores, dentre eles Costella (1999) e Saurin et al. (2005), apontam os riscos ergonômicos como potencializadores das doenças ocupacionais mais frequentes na

construção, destacando-se a DORT, que incluem um conjunto de doenças (tendinite, bursite, tenossinovite, entre outras) causadas pela força física exercida durante o trabalho, a lombalgia, que é causada pelo carregamento inadequado de peso ou pela execução de movimentos repetitivos, desgastando a musculatura vertebral. De fato, os problemas de natureza ergonômicos são críticos pela própria natureza das atividades de construção. Por exemplo, a execução de pisos e forros requer, respectivamente, trabalho abaixo da altura dos joelhos e acima do nível dos ombros, o que, por definição, é ergonomicamente inadequado (SAURIN et al., 2005).

As doenças originadas de fatores químicos e biológicos são citadas por Lima (2004), podendo-se mencionar as seguintes: (a) dermatites de contato, causada pela alergia ao bicromato presente no cimento; (b) antracose, causada pela aspiração de carvão e fuligem; (c) silicose, causada pela absorção da sílica presente na areia; (d) intoxicação química, causada pela exposição prolongada a tintas e solventes químicos; (e) doenças bacteriológicas e viróticas, que, embora seja menos comum na construção civil, são causadas pelo contato de bactérias e vírus em ambientes de trabalho insalubres, como o esgoto e; (f) tétano, doença bacteriana causada pelo ferimento na pele com objetos infecciosos.

A melhor forma de evitar tais doenças é trabalhar na prevenção das mesmas. Dentre as ações de prevenção às doenças ocupacionais clássicas podem-se citar a (a) promoção de saúde utilizando meios educativos, como a realização de palestras de conscientização (TRAVASSOS, 2003; SAMPAIO, 1998), as (b) campanhas de vacinação (TRAVASSOS, 2003), a (c) utilização de equipamentos de proteção individual ou de dispositivos que diminuem a ação de fontes excessivas de luz, som, vibração, calor, umidade, poeira e outras que podem causar danos à saúde dos trabalhadores (SAMPALIO, 1998) e o (d) atendimento às determinações legais, tais como a realização e implementação do PCMSO (BRASIL, 1994), PCMAT (BRASIL, 1995) e do PPRA (BRASIL, 1994). No entanto, essas ações são limitadas por não agirem ou agirem precariamente sobre a origem dos problemas (causa-raiz). Para isso, diversos autores propõem ações com potencial para tanto, tal como a integração da prevenção às doenças ocupacionais ao projeto do produto (SAURIN, 2005) e ao planejamento e controle da produção (CAMBRAIA, 2004; SAURIN, 2002).

3. MÉTODO DE PESQUISA

Para esta pesquisa foi realizado um estudo de caso único, do tipo exploratório, em uma empresa de construção civil, com sede em Aracaju (SE). A empresa realiza obras de engenharia em diversos estados do país, executando empreendimentos imobiliários e outros tipos de obras. Além disto, a empresa possui elevado nível de certificação por organismos acreditadores. A empresa foi selecionada pela abertura demonstrada por seus gestores para trabalhos de pesquisa e, sobretudo, pelo fato de, no ano de 2011, não ter ocorrido nenhum registro de doença ocupacional.

Este estudo de caso único foi realizado em Aracaju (SE), de agosto a novembro de 2011, e teve como foco principal obras de construção de edifícios residenciais. No período do estudo estavam em execução na empresa 8 (oito) empreendimentos imobiliários, gerenciados por 7 (sete) engenheiros de obras, 2 (dois) supervisores de obras e diversos técnicos de segurança do trabalho (TST) de acordo com o porte da obra e a regulamentação trabalhista da NR-4.

Além disto, a empresa contava ainda com um engenheiro de segurança, uma médica do trabalho e uma auxiliar de enfermagem do trabalho, que acompanhavam as obras da empresa na cidade de Aracaju (SE) e adjacências.

De acordo com Yin (2001), para confiabilidade dos dados, o estudo de caso deve contar com múltiplas fontes de evidências. Sendo assim, foram utilizadas três fontes de evidências: análise documental, entrevistas semi-estruturadas e observação direta. Os documentos analisados foram o PCMSO (Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional), o PPRA (Programa de Prevenção aos Riscos Ambientais), o PCA (Programa de Controle Auditivo), o PPR (Programa de Proteção Respiratória) e o PCMAT (Programa de Condições e Meio Ambiente do Trabalho na Indústria da Construção). Além disso, foi utilizado ainda o diagnóstico ergonômico das atividades da empresa, realizado em 2010 por uma empresa terceirizada, e sítio virtual da empresa, onde foram coletadas informações sobre o histórico e obras da empresa em andamento durante o estudo.

Para as entrevistas, inicialmente, foi elaborado um roteiro com questões que abordavam o relacionamento entre os profissionais e as ações de prevenção às doenças ocupacionais sob responsabilidade de cada entrevistado. Ao todo foram realizadas 11 (onze) entrevistas, entre setembro e novembro de 2011, com 3 (três) engenheiros de obras, 5 (cinco) TST, engenheiro de segurança do trabalho, médica do trabalho da empresa e auxiliar de enfermagem do trabalho. As entrevistas duravam em média 40 minutos.

Os engenheiros e TST entrevistados têm idades próximas dos 30 (trinta) anos, sendo que os engenheiros de obras não apresentaram experiências em outras empresas, diferentemente da maioria dos TST. As observações diretas foram realizadas pela primeira autora, à medida que tinha contato com as atividades de obra e com as ações ligadas a prevenção de doenças ocupacionais por meio das entrevistas e análise dos dados fornecidos. A observação direta contou ainda com o registro fotográfico de algumas evidências.

4. AÇÕES DE PREVENÇÃO IDENTIFICADAS NA EMPRESA

Nesta seção será apresentada uma descrição de 9 (nove) ações de prevenção às doenças ocupacionais identificadas no estudo, implementadas em alguma extensão e descritas a seguir. Além das ações visando à prevenção de doenças ocupacionais, identificou-se uma ação não diretamente relacionada com as doenças ocupacionais típicas do trabalho de construção, as quais foram sintetizadas na revisão de literatura. Contudo, esta ação é mencionada visto que contribui para o bem estar do trabalhador.

4.1 Planejamento e controle das medidas de prevenção às doenças ocupacionais através de programas exigidos pela legislação

Cada empreendimento em execução pela empresa, em particular, dispõe de Programas exigidos pela legislação em vigor. Estes Programas podem ser entendidos como medidas de planejamento e controle da prevenção às doenças ocupacionais, estando direta ou indiretamente relacionados às mesmas. A empresa utiliza o PCMSO, o PCA (Programa de Controle Auditivo), o PPR (Programa de Proteção Respiratória), o PPRA e o PCMAT. O PCMSO apresenta foco nas ações de prevenção às doenças ocupacionais, enquanto o PCA e o PPR enfatizam doenças ocupacionais com fatores de riscos bem específicos e devem estar articulados com o PCMSO. O PPR, por sua vez, pode ser entendido como uma fonte de

informação básica e retroalimentação para a implementação do PCMSO, uma vez que descreve as medidas preventivas e resultados de controle dos riscos existentes em cada empreendimento com exposição específica a aerodispersóides.

Já o PCMAT pode ser entendido como um Programa que apresenta uma contribuição indireta à prevenção de doenças ocupacionais. Trata-se de um documento que objetiva o estabelecimento de diretrizes de ordem administrativa e de organização para a implementação de medidas de controle e sistemas preventivos de segurança nos processos, nas condições e no meio ambiente de trabalho, não obstante este enfoque contribua de maneira substancial para a prevenção dos acidentes do trabalho com lesões traumáticas. Contudo, a prescrição de itens relacionados com o projeto e execução de áreas de vivência têm um viés mais focado na prevenção de doenças ocupacionais. Assim sendo, em seguida serão detalhados aspectos dos três primeiros Programas citados, os quais estão diretamente relacionados com a prevenção das doenças ocupacionais.

A elaboração do PCMSO das obras da empresa é de responsabilidade da médica do trabalho. Este documento deve ser revisado de doze em doze meses ou sempre que for necessário por motivo de ajustamento. Segundo o engenheiro de segurança, a revisão anual acontece tal como previsto. Apesar de ser individualizado para cada obra, geralmente o texto é bastante vago e genérico, não detalhando ações de prevenção específicas para um determinado empreendimento. Essas ações são especificadas e desenvolvidas pela equipe gestora da obra, geralmente sob a coordenação do TST alocado em cada obra e com o suporte do engenheiro de segurança do trabalho.

Neste sentido, toma-se como exemplo os objetivos do PCMSO da empresa: (a) promover e preservar a saúde dos trabalhadores envolvidos no processo produtivo da empresa; (b) identificar e aplicar as ações necessárias à promoção da saúde; (c) prevenção de doenças e acidentes do trabalho, e recuperação da saúde dos empregados envolvidos nos processos executados pela empresa; (d) buscar a melhoria constante da qualidade de vida do trabalho, visando a preservação da saúde, como também o incremento na produtividade, na qualidade e na competitividade da empresa nessa atividade; (e) criar e manter uma cultura prevencionista adequada à responsabilidade social, em todos os níveis hierárquicos, integrando esta cultura a sua atividade profissional; (f) atuar na prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos riscos que possam agravar a saúde dos trabalhadores; (g) reduzir ou mesmo anular os índices dos acidentes do trabalho e ou doenças profissionais; (h) atender a legislação trabalhista no tocante à saúde do trabalhador; (i) padronizar ou normalizar as ações ao controle médico de saúde ocupacional.

Embora o traçado de objetivos bem claros, mesmo sendo abrangentes, não existe na empresa mecanismos formais de avaliação dos mesmos. Além disso, o controle das ações de saúde no dia a dia das obras é realizado pelos TST e pelo engenheiro de segurança. Mediante a identificação de situações de riscos via controle informal, o engenheiro de segurança se reúne com a médica para análise e solução dos fatos. Conforme relataram os TST e os engenheiros de obra, praticamente nenhum controle das ações de saúde na obra é realizado pela médica ou pela auxiliar de enfermagem.

O PCA é realizado pelo engenheiro de segurança e controlado pelo mesmo com auxílio dos TST, tendo como objetivo minimizar as perdas auditivas causadas pela exposição sonora

intensa no canteiro de obras. Segundo o engenheiro de segurança, inicialmente é feita a avaliação para identificar as funções que são expostas a ruídos intoleráveis, com consequente monitoramento dos trabalhadores que atuem nestas condições. Como exemplos de controles propostos pelo PCA pode-se citar: (a) manter o equipamento, fonte de geração de ruído, isolado e em área aberta, afim de que o ruído se disperse pelo ar; (b) padronizar distâncias mínimas necessárias para que os equipamentos fiquem afastados das áreas de circulação das pessoas que não estão envolvidas diretamente no trabalho; (c) fornecimento de EPI e o treinamento de todos os funcionários expostos a ruídos intensos.

O engenheiro de segurança enfatiza que para o sucesso do PCA “é fundamental o controle da engenharia e do setor administrativo, pois somente com a redução da exposição é que se consegue prevenir os danos causados pelo nível de pressão sonora elevada”. Os controles de engenharia podem ser vistos na modificação ou substituição de equipamentos que causem alterações físicas na origem ou na transmissão do nível de pressão sonora elevada como, por exemplo, instalação de silenciadores, enclausuramento de máquinas, redução da vibração das estruturas e revestimento de paredes com materiais de absorção sonora. Já os controles administrativos são aqueles que têm como objetivo alterar o esquema de trabalho ou das operações, produzindo redução da exposição. Por exemplo, rodízio de empregados nas áreas com nível de pressão sonora elevada, funcionamento de determinadas máquinas em turnos ou horários com menor número de pessoas presentes. Para que isso se viabilize na prática com eficácia, uma alternativa é o planejamento e controle integrado entre segurança e produção, situação ainda pouco percebida na construção civil.

O PPR também é elaborado pelo engenheiro de segurança e controlado pelo mesmo com auxílio dos TST, visando assegurar a proteção dos trabalhadores contra doenças ocupacionais provocadas pela inalação de ar contaminado com, por exemplo, poeiras, fumos, gases e vapores. Dentre as atividades que necessitam de proteção respiratória citam-se: soldagem, pintura e poeiras em suspensão presentes em canteiros de obras (preparação de argamassas e concretos, operações de corte de cerâmica, serviços de lixamento de pisos, preparação de peças metálicas, acabamento de esquadrias de madeira e ferro, etc.). De acordo com o engenheiro de segurança, “quando as medidas de controle não são viáveis, em situações de emergência ou ainda enquanto as medidas estão sendo implantadas ou avaliadas, são utilizados respiradores apropriados em conformidade com as necessidades”.

É importante frisar que os Programas em uso na empresa apresentam uma baixa integração ao planejamento e controle da produção das obras, o que tende a tornar o trabalho de prevenção às doenças ocupacionais como um elemento a parte do setor produtivo da empresa. Embora existam nos Programas citações genéricas de decisões em que a integração é fundamental, não foram identificados exemplos reais que ilustrassem a existência de integração da prevenção de doenças ocupacionais, como política da empresa. Uma possível justificativa pode ser o caráter altamente informal dos controles praticado na empresa, aliado ao baixo envolvimento ou talvez comprometimento dos engenheiros de obra.

4.2 Monitoramento da saúde dos trabalhadores por meio de exames médicos

Esta ação diz respeito a uma obrigatoriedade legal, sendo a médica do trabalho e a auxiliar de enfermagem do trabalho, contratadas pela empresa, as responsáveis diretas por sua consecução. Pelo que foi identificado durante as entrevistas, essa ação é a principal tarefa dos

profissionais de medicina do trabalho da empresa. Por exemplo, o engenheiro de segurança afirmou que “a médica não intervém na minimização e eliminação de riscos, ela monitora os funcionários através dos exames periódicos”.

As condições de saúde dos funcionários são monitoradas desde a admissão, por meio dos exames admissionais, até seu desligamento da empresa, através dos exames demissionais que são realizados alguns dias antes do desligamento, como determina a NR-7. Os exames de admissão e de demissão são realizados em um laboratório conveniado à empresa. Já os exames periódicos, renovados a cada doze meses, são realizados nas próprias obras, mesmo os exames que necessitam de equipamentos especiais (audiometria, por exemplo). Segundo a médica do trabalho e o engenheiro de segurança, isso tem como objetivo evitar, por exemplo, o absenteísmo e os acidentes de trajeto. Além disso, também são realizados os exames de retorno ao trabalho e de mudança de função.

Cabe à médica avaliar os resultados, encaminhando o trabalhador para tratamento, quando for o caso, tal como descrito nas ações da Medicina do Trabalho identificadas pela revisão de literatura. Quando o candidato a emprego é reprovado no exame admissional, o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) não é emitido. O resultado será, então, repassado ao setor de Recursos Humanos para que o trabalhador seja comunicado que não está apto para realizar determinada função.

Segundo a médica do trabalho, a lista de exames laboratoriais realizados pela empresa vai além dos exames exigidos pela legislação. O monitoramento da saúde dos trabalhadores é feito através dos seguintes exames: hemograma completo, sumário de urina e fezes, glicemia, espirometria, audiometria, colesterol (para trabalhadores acima de 35 anos), eletrocardiograma (para trabalhadores acima de 40 anos). Para os trabalhadores do sexo masculino acima de 40 anos é realizado o exame de prova do antígeno prostático (PSA). Para algumas funções particulares são feitos exames específicos, tal como o eletroencefalograma (para quem trabalha em altura) e o exame oftalmológico (para os condutores de veículos automotores). Durante a entrevista, a médica enfatizou que a listagem de exames depende das necessidades de cada trabalhador, da função exercida e, conseqüentemente, dos riscos a que estará submetido.

O monitoramento das condições de saúde dos trabalhadores pode ser entendido como uma métrica de desempenho da efetividade das ações de planejamento e controle de prevenção das doenças ocupacionais. No entanto, se constituirá em uma ação reativa, caso se constatar a ineficiência das ações de planejamento e controle, que resultará em prejuízos à saúde do trabalhador, necessitando, em decorrência, de tratamento médico.

4.3 Realização de campanhas de vacinação

As campanhas de vacinação são previstas no PCMSO de cada obra, embora sem um planejamento bem definido. Não se trata de uma ação sob responsabilidade da médica do trabalho, sendo organizadas pelo TST de cada obra, que dispõe de liberdade para se mobilizar para a realização da mesma. Assim, o que, em princípio, seria de responsabilidade dos profissionais de saúde do SESMT da empresa, acaba sendo repassado para os TST.

Geralmente, o TST prepara um ofício, que é encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde, e aguarda o retorno para que as vacinas sejam liberadas pelo posto de saúde mais próximo da obra. Assim sendo, a empresa se encarrega de fazer o transporte do Técnico de Enfermagem

até a obra para realizar as aplicações. Segundo um dos TST entrevistados, as campanhas são feitas mais no começo do empreendimento, onde o mesmo se encontra com cerca de 100 a 200 trabalhadores. A campanha de vacinação com maior incidência nas obras é a vacina antitetânica, realiza-se as três doses e a duração da autonomia da vacina é de dez anos.

4.4 Iniciativas de educação à prevenção de doenças

Esta ação, além de atender a legislação em vários aspectos, visa a promover a saúde do trabalhador no ambiente de trabalho. Além de conversas informais em que os TST orientam os trabalhadores ao longo da rotina diária de trabalho, são realizados na empresa os treinamentos exigidos pela legislação (admissional e de mudança de função, por exemplo), o DDS (Diálogo Diário de Segurança) e palestras diversas que acontecem sem uma rotina definida. Além disto, os membros da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) também recebem treinamento obrigatório com temas ligados a prevenção de doenças.

O TST ministra pequenas palestras no começo do dia, o DDS, porém não são realizados rigorosamente todos os dias. Dentre os temas tratados nos DDS, podem ser citados: alcoolismo, doenças sexualmente transmissíveis (DST), ruídos, tabagismo, queda de altura, proteção auditiva, uso de equipamentos de proteção individual (EPI) e coletivo (EPC), estresse, riscos ambientais, organização, higiene. Às vezes contratam-se pessoas diferentes para realizar palestras, com o intuito de diferenciar, sair da rotina e despertar maior interesse nos funcionários. Os treinamentos são feitos na admissão e na mudança de função, devendo eles ter carga horária, de acordo com a legislação, respectivamente de seis e quatro horas, porém a carga horária nem sempre é cumprida, pois se apresenta o conteúdo com um tempo menor.

4.5 Emprego de dispositivos visuais

Esta ação mostrou-se bem difundida entre as obras da empresa. No entanto, é importante salientar que embora necessário, o emprego de dispositivos visuais representa lembretes da existência de riscos ocupacionais. Sendo assim, ações que contribuem para a eliminação e minimização dos riscos devem ser vistas sempre como prioritárias e, portanto, essa ação se constitui em um elemento complementar na prevenção de doenças ocupacionais. Além disso, devido ao baixo grau de escolaridade dos trabalhadores da construção, talvez muito deles não consigam entender as informações contidas nas placas, as quais poderiam conter desenhos e outras estratégias que pudessem atingir melhor o público alvo. Um ponto positivo dos dispositivos visuais usados na empresa é a possibilidade de reutilização em outras obras. A figura 01 apresenta alguns exemplos de placas de educação visual, particularmente relacionadas com a prevenção de doenças ocupacionais.



Figura 01: Exemplos de placas de educação visual usadas na empresa.

4.6 Disponibilização de tratamento odontológico nas obras

Esta ação é um trabalho da empresa em parceria com o Serviço Social da Indústria (SESI), que disponibiliza uma unidade móvel para tratamento odontológico. A unidade móvel constitui-se de um consultório, com uma dentista e uma auxiliar de consultório dentário ou atendente, que percorre as obras cuidando da saúde bucal dos trabalhadores. Normalmente são atendidas seis pessoas por dia. Por parte da empresa, o TST de cada obra é responsável pela condução dos trabalhadores ao consultório e pelo incentivo ao tratamento bucal. Conforme o relato de dois TST, alguns trabalhadores ficam com receio de realizar a consulta, mas quando isso ocorre, eles conversam explicando a importância do tratamento. A figura 02 ilustra o interior da unidade móvel, onde os tratamentos são realizados.

Embora esta ação seja uma prática que possibilita o bem estar dos trabalhadores, ainda não é vista especificamente como uma ação de prevenção a doenças ocupacionais, não obstante os Conselhos Federal e Regional de Odontologia (CFO e CRO) desenvolvam campanhas de conscientização, onde demonstram que a saúde começa pela boca.

Neste sentido, há uma necessidade de promoção de saúde bucal junto aos trabalhadores como medida preventiva, que incentive e leve à prática individual de hábitos saudáveis tal como uma adequação da escovação e uso de antisséptico bucal. A identificação de problemas de saúde bucal, e, posterior tratamento, pode ser entendida como uma ação corretiva em um determinado momento, muito embora também se configure como medida preventiva.



Figura 02: Visão do interior do consultório odontológico móvel.

4.7 Análise ergonômica do trabalho

Conforme revisado na literatura, essa ação é de grande importância no setor de construção, devido à alta incidência de riscos ergonômicos, particularmente nos trabalhos de construção de edifícios. Diante disto, a análise ergonômica do trabalho na empresa estudada foi realizada através da contratação de uma empresa terceirizada. O laudo técnico avaliou as condições ergonômicas de trabalho de todas as funções (pedreiro, carpinteiro, servente, etc.), com o objetivo de padronizar procedimentos nas obras, orientar na formulação de mapas de risco pelos trabalhadores e promover adequações nos postos de trabalho. As funções administrativas foram contempladas na avaliação ergonômica, adequando, por exemplo, os postos de trabalho do pessoal do escritório central da empresa.

As situações de trabalho foram observadas e interpretadas com base nos esforços posturais e desconfortos musculares. Foram apresentadas sugestões de melhorias e estas estão sendo atendidas gradativamente. Como exemplo de recomendações pode-se citar: rodízio de função, pausas, adequação dos alcances e das ferramentas. Todavia, a falta de um planejamento integrado entre produção e segurança na empresa pode representar limitações para implementação de algumas recomendações, principalmente em virtude da alta variabilidade e dinamicidade na execução dos edifícios.

Além disso, em determinados locais da obra estão fixados mapas de riscos, para que todos os empregados possam visualizar os riscos existentes naquele ambiente. Conforme já foi enfatizado na descrição da ação de emprego de dispositivos visuais, tem-se, por hipótese, que esse tipo de comunicação visual tenha uma pequena contribuição de prevenção diante dos trabalhadores.

4.8 Colaboração dos engenheiros de obra

Embora os engenheiros exerçam papel de liderança dentro do canteiro de obras e possam influenciar significativamente na prevenção das doenças ocupacionais, percebeu-se que na empresa estudada os mesmos dispõem de um papel de colaboração às iniciativas dos TST. No entanto, a colaboração é variável pelo perfil e visão da importância da prevenção de doenças

para cada profissional. Neste cenário, se confirma a visão de Medicina do Trabalho, com a separação das responsabilidades.

Nas entrevistas realizadas com os TST, todos relataram que o engenheiro da obra pode contribuir para a prevenção das doenças. No entanto, foram limitados ao descrever que a contribuição dos engenheiros se dava em aspectos bem tradicionais, tais como: (a) fornecimento de EPI, (b) liberação dos trabalhadores para realização de exames e consultas médicas, (c) autorização para a realização de palestras e participação de alguns nesses eventos, (d) incentivo às campanhas de vacinação, (e) cobrança junto aos TST de um ambiente sempre limpo e (f) disponibilização de uma boa alimentação. Porém, a médica relatou que existem engenheiros que ajudam mais que outros, a ponto de haver alguns que nem sempre liberavam a realização das campanhas de vacinação, o que não foi o caso dos engenheiros entrevistados.

Em relação ao envolvimento do engenheiro nas ações de planejamento de prevenção, um dos TST entrevistados ressaltou que o engenheiro também colaborava com a prevenção das doenças através da realização do projeto de *layout* de canteiro, diminuindo as distâncias entre distribuição de materiais e frentes de trabalho. Nenhum dos profissionais entrevistados, no entanto, ressaltou a importância da participação dos TST na realização dos planos para produção como medida eficaz na prevenção das doenças ocupacionais.

Dos três engenheiros entrevistados, somente um disse que participava do DDS. Os outros dois, no entanto, não consideravam importante sua participação, pois o que é discutido já está previsto no PCMSO e se constitui em responsabilidade do TST. No entanto, os TST enfatizaram a importância da participação. Um dos TST entrevistados considerou que “quando o engenheiro está presente os funcionários ficam mais interessados”. Já outro TST disse que “com a participação do engenheiro existe maior força de vontade por parte dos colaboradores em participarem”.

4.9 Acompanhamento dos tratamentos médicos

Esta ação não é de prevenção às doenças, mas retrata a atenção dispensada aos trabalhadores mediante situações de adoecimento ou em virtude do trabalho. De acordo com o engenheiro de segurança, todo atendimento é realizado pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e a empresa se responsabiliza pela disponibilização de medicamentos e alguns tratamentos específicos. Quando um trabalhador da empresa apresenta problemas de saúde o mesmo é encaminhado aos serviços de urgência de algum hospital público, sendo acompanhado pelo TST. Caso a situação seja grave e o trabalhador tenha que ficar internado, o TST permanecerá aguardando a chegada de um familiar. Se não for necessária uma internação, o TST acompanhará o trabalhador até sua residência. Quando não se trata de urgência, os trabalhadores são atendidos pela médica da empresa.

Nos casos de afastamento, durante todo tratamento, o TST e o engenheiro de segurança, contatam e fazem visitas, de forma a acompanhar o colaborador ausente durante o processo de reabilitação até o seu retorno às atividades. Naturalmente, se esperaria que o acompanhamento ao hospital e durante o processo de reabilitação fosse uma atribuição do serviço de medicina do trabalho da empresa. Contudo, na empresa estudada isso também fica a cargo dos profissionais de Engenharia de Segurança.

Além disto, merece destaque a atenção dada aos trabalhadores que já ingressam na empresa com algum problema de saúde ocupacional. Estes trabalhadores têm o tratamento diferenciado, tendo, por exemplo, uma alimentação diferenciada e suas atividades são controladas pelo seu encarregado, de forma a evitar que realizem funções de risco. Por exemplo, para os trabalhadores que sofrem de hipertensão não são atribuídas tarefas como trabalhar em alturas e sua alimentação tem um baixo teor cloreto de sódio.

5. AS RELAÇÕES ENTRE OS ENVOLVIDOS NAS AÇÕES ADOTADAS NA EMPRESA

As limitações descritas na literatura em relação ao emprego do conceito de saúde ocupacional foram percebidas na empresa estudada. Por exemplo, identificou-se em várias situações a manutenção do referencial da Medicina do Trabalho firmado na separação de tarefas e baixa integração entre os envolvidos, como também a não concretização do ideal de interdisciplinaridade, pois as atividades passaram apenas a se justaporem de maneira desarticulada.

Apesar de uma aparente boa relação interpessoal entre o engenheiro de segurança e o setor produtivo, por exemplo, as decisões são tomadas de forma bastante informal, em alguns momentos desarticuladas, sem o auxílio de ferramentas gerenciais que facilitem o controle das ações preventivas. A comunicação entre a médica do trabalho e o setor produtivo é praticamente inexistente, visto que os engenheiros de obra se comunicam com a médica, na maioria das vezes, via TST.

Embora a existência dos Programas exigidos pela legislação, um dos engenheiros entrevistados ressaltou que o planejamento das ações de prevenção às doenças ocupacionais ainda é precário em termos de execução. No entanto, segundo esse entrevistado, o controle das ações apresenta um ponto positivo que é a baixa rotatividade entre os trabalhadores da empresa, pois com equipes estáveis o efeito aprendido tende a diminuir as necessidades de supervisão direta.

Um dos engenheiros entrevistados salientou a baixa presença dos profissionais de Medicina do Trabalho nas obras, explicando que a médica e a auxiliar de enfermagem do trabalho não atuam na intervenção dos riscos ocupacionais identificados na obra por falta de conhecimento sobre as especificidades e características de funcionamento de uma obra de engenharia, sob o ponto de vista executivo e funcional. De acordo com este entrevistado, “se você não sabe como é feito a atividade, não tem como eliminar os riscos (...) os médicos não têm conhecimento técnico de obra”. Ainda em relação ao serviço de Medicina do Trabalho, outro engenheiro salientou que “o setor realiza só o que a lei exige”. Além disso, alguns entrevistados ainda se mostraram insatisfeitos com a demora na liberação do ASO, o que acaba prejudicando as atividades produtivas, e, acima de tudo, colocando em risco a economicidade da empresa, podendo ocorrer, por exemplo, admissão de trabalhadores predisponentes a doenças ou efetivamente doentes.

A médica justificou o atraso na entrega de exames pela grande demanda. Segundo ela, “hoje a empresa possui, no setor da construção civil, cerca de 2.000 funcionários”. A sobrecarga de trabalho, segundo a médica, também traz dificuldades à realização de outras atividades, como, por exemplo, a ginástica laboral na obra. Salienta-se que o não envolvimento direto do serviço

de Medicina do Trabalho com as atividades produtivas se contrapõe ao registro histórico do surgimento desta especialidade médica no interior do processo produtivo.

A manutenção da idéia de Medicina do Trabalho como responsável pela proteção da integridade física e mental dos trabalhadores é claramente percebida neste estudo, pois nas obras essas questões são atribuídas aos TST, enquanto os engenheiros de obra apenas autorizam e custeiam os gastos, se colocando apenas em uma condição de colaboração. Na visão do engenheiro de segurança, as tarefas destinadas ao engenheiro de obra na empresa são excessivas, e os mesmos não têm como contribuir em maior intensidade para a prevenção de doenças ocupacionais. A empresa também não apresenta indicadores de desempenho relacionados à prevenção de doenças ocupacionais, ação essa que, em tese, seria de responsabilidade dos profissionais de medicina do trabalho. Quando questionada sobre isso, a médica considerou que já havia pensado nesta necessidade e que irá organizar as informações.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo se propôs a identificar e descrever ações gerenciais para prevenção de doenças ocupacionais no âmbito de empresas construtoras de edifícios, realizando para isto um estudo de caso único. O estudo revisou três conceitos importantes relacionados aos enfoques gerenciais de saúde no trabalho: Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalhador. O enfoque da Medicina do Trabalho apresenta foco no trabalhador, com forte ênfase na reparação de problemas à saúde do mesmo, sendo que o médico se torna o responsável pela prevenção e tratamento das doenças ocupacionais. Já no enfoque da Saúde Ocupacional o foco está em alterações no ambiente, tendo ênfase na prevenção às doenças ocupacionais através da intervenção multidisciplinar no ambiente de trabalho. A Saúde do Trabalhador, por sua vez, apresenta foco na educação do trabalhador para que o mesmo possa adotar atitudes e comportamentos de promoção de saúde, tanto em nível individual quanto coletivo.

Com o estudo realizado, pode-se perceber em uma empresa construtora que a aplicação do enfoque da Saúde Ocupacional apresenta as limitações já previamente identificadas na literatura. Além disto, a mentalidade de que o médico e os profissionais afins (enfoque da Medicina do Trabalho) são os únicos responsáveis pela prevenção de doenças ocupacionais ainda se encontra bastante arraigada junto aos profissionais envolvidos, particularmente os ligados diretamente à produção. O enfoque de Saúde do Trabalhador praticamente não foi percebido nas ações implementadas pela empresa estudada, pois os treinamentos e palestras realizadas são praticamente com fins de atendimento à legislação.

A empresa trabalha mais precisamente na prevenção do que na promoção da saúde. Há uma grande preocupação com o não adoecimento dos trabalhadores, principalmente com intuito de proteção contra penalidades legais. Mediante a forte cobrança dos fiscais do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) ou da Previdência Social (INSS), o foco passa a ser, ainda, o resguardo quanto a indenizações e não a promoção de saúde em si.

O estudo identificou e descreveu nove ações gerenciais de prevenção às doenças ocupacionais. Cabe destacar que duas ações não são propriamente de prevenção às doenças ocupacionais, mas são enquadradas, em alguma extensão, em ações gerenciais complementares no campo da saúde do trabalhador. Em particular, os esforços de

planejamento e controle, que são ações consideradas prioritárias pelo potencial de eliminação ou minimização dos riscos ocupacionais na origem, ainda estão baseados no que é exigido pela legislação. Com a análise do papel dos envolvidos no processo de prevenção de doenças identificou-se que, via de regra, as responsabilidades pela implementação das ações eram quase sempre repassada para os profissionais da área de Engenharia de Segurança. Em que pese o fato das ações de prevenção aos acidentes do trabalho típicos geralmente contribuírem também para a prevenção das doenças ocupacionais, este estudo, no entanto, se limitou a investigar ações com propósitos claros e diretos de prevenção as doenças. Em virtude da natureza exploratória deste estudo, sugere-se a realização de novos estudos com intuito de identificar novas ações ou até mesmo compreender melhor as ações identificadas neste trabalho. Além disso, estudos futuros podem avaliar o impacto de cada ação na prevenção de doenças, como também intensificar a avaliação crítica de seu funcionamento através, por exemplo, da proposição de diretrizes para uma implementação eficaz das mesmas.

Uma avaliação qualitativa, lastreada em avaliações quantitativas fundamentadas em indicadores estabelecidos pela empresa, tomando como base as ações preventivas, também poderia ser realizada, enquadrando as mesmas em categorias tais como: (a) ações exigidas pela legislação ou não e (b) ações implementadas segundo o enfoque da Medicina do Trabalho, da Saúde Ocupacional e da Saúde do Trabalhador. Os resultados poderiam vir a servir como ferramenta, implementação e organização de uma nova política preventivista, com foco principal na saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, R.; SANTOS, N.; MAFRA, W. *Gestão da segurança e saúde do trabalho. III SEGet*, Resende, 2006.
- AVELLÁN, T. *Avaliação da Carga Física de Trabalho do Pedreiro na execução de Paredes de Alvenaria de Blocos Cerâmicos*. 1995. Dissertação (Mestrado em Engenharia Civil) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 1995.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Histórico Percentual de Acidentes: 1997-2009. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://www.mtb.gov.br/Temas/SegSau/estatisticas/acidentes/default.asp>>. Acesso em: 10 out. 2011.
- BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **NR 7** – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. 1994. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D308E21660130E0819FC102ED/nr_07.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2012.
- BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **NR 9** – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais. 1994. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BE914E6012BEF1CA0393B27/nr_09_at.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2012.
- BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **NR 18** - Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção. 1995. Disponível em: <[http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D33EF459C013484AC2594181B/NR-18%20\(Atualizada%202011\).pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D33EF459C013484AC2594181B/NR-18%20(Atualizada%202011).pdf)>. Acesso em: 05 jan. 2012.

CAMBRAIA, F. B. **Gestão Integrada entre Segurança e Produção**: Aperfeiçoamentos em um modelo de planejamento e controle. 176 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia Civil, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

COSTELLA, M. **Análise dos Acidentes do Trabalho e Doenças Ocupacionais Ocorridos na Atividade de Construção Civil no Rio Grande do Sul em 1996 e 1997**. 168 f.

Dissertação (Mestrado em Engenharia) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia Civil, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1999.

DATAPREV – **Conceito de Acidente do Trabalho**. Disponível em:

<<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1997/2172.htm>>. Acesso em: 06 jan. 2012.

GIBB, A; GYI, D.; THOMPSON, T. **The ECI guide to managing health in construction**. 170 p. London: Thomas Telford, 1999.

GOMEZ, C.; COSTA, S. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.13 suppl. 2, 1997.

LIMA, M. V. **Doenças ocupacionais na construção civil**. *Rev Técnica*, São Paulo, v. 89, p. 42-44, ago. 2004.

LOPES, T.; MELLO J. F. C.; VENTURA, A. F. **Doenças profissionais x doenças do trabalho: diferenças e semelhanças**. *5º Simpósio de ensino e educação*. Piracicaba, 2007.

MEDEIROS, B. **Acidentes do trabalho e doenças ocupacionais**. 2009. Disponível em: <www.unibrasil.com.br/arquivos/.../bruna-de-oliveira-medeiros.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2011.

MENDES, R. **Patologia do Trabalho**. 2ª ed. atual. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

Vários colaboradores. Cap. 1: Aspectos Históricos da Patologia do Trabalho.

MENDES, R.; DIAS, E. C. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador**. *Rev Saúde públ.*, São Paulo, 25: 341-9, 1991.

SAMPAIO, J. C. A. **Manual de Aplicação da NR 18**. São Paulo: PINI, 1998.

SAURIN, T. A. **Segurança e Produção**: um modelo para o planejamento e controle integrado. 312 f. Tese (Doutorado em Engenharia) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SAURIN, T. A. et al. **Diagnóstico ergonômico da movimentação de andaimes suspensos mecânicos**. *Ambiente construído*, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 7-21, jan./mar. 2005.

SAURIN, T. A. **Segurança no trabalho e desenvolvimento de produto: diretrizes para integração na construção civil**. *Rev Produção*, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 127-141, Jan./Abr. 2005.

TRAVASSOS, Geraldo. **Guia prático de medicina do trabalho**. São Paulo: LTr, 2003.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2001.