

Saúde e Qualidade de Vida: um alerta sobre as condições de trabalho no Espírito Santo

Autoria: Elisabete Corcetti, Ricardo Roberto Behr

Resumo: Os acidentes de trabalho vêm aumentando consideravelmente na última década no Brasil, ao mesmo tempo em que os modelos ou os paradigmas convencionais da saúde e qualidade de vida do trabalhador se tornam insuficientes, pois eles não abrangem os efeitos mais nefastos da reestruturação produtiva, que impactua fortemente a vida e a saúde daqueles que trabalham muitas vezes em condições inseguras e precárias. Portanto, o objetivo desse artigo é a análise da evolução e das características sócio-demográficas dos acidentes de trabalho no Estado do Espírito Santo que teve como base os Anuários Estatísticos de Acidentes de Trabalho nos anos de 1999 a 2005 publicados pelo Ministério da Previdência Social, em conjunto com o Ministério do Trabalho e Emprego. Conclui-se que os setores mais atingidos pelos acidentes são muitas vezes aqueles que oferecem trabalhos mais precarizados, que utilizam a terceirização como estratégia de negócio, e que os setores que mais empregam no Espírito Santo: Serviços, Comércio e Construção Civil são também os campeões de acidentes de trabalho. As estatísticas servem para demonstrar que a prática está muito longe do discurso das organizações e que elas vêm utilizando cada vez mais técnicas de controle sofisticadas que mascaram a realidade dos trabalhadores.

Introdução

Nas últimas décadas a sociedade contemporânea vem assistindo a intensas transformações, tanto nas formas de materialidade, quanto na esfera da subjetividade, levando-se em consideração as complexas relações entre essas formas de ser e existir da sociabilidade humana. A crise no qual o capital se submeteu, bem como suas reações, tem acarretado profundas mutações no mundo do trabalho, como o enorme desemprego estrutural, que descarta e torna supérflua uma enorme parcela da força humana global que trabalha; isso porque se necessita cada vez menos do trabalho estável e cada vez mais do trabalho *part-time* e terceirizado (ANTUNES, 1999). Esse quadro associa-se a chamada precarização do trabalho, em que o vínculo temporário e a subcontratação promovem uma perda do poder de barganha dos trabalhadores, com repercussões sobre a capacidade de negociação das condições de trabalho nos contratos coletivos. Tais condições obrigam esses trabalhadores realizarem tarefas pelas quais não houve treinamentos adequados, em horários prolongados e com os mais diversos ritmos de trabalho (MONTEIRO, 1995 apud LACAZ, 2000).

Na verdade, em busca da meta de modernizar ou desaparecer, exige-se uma maior produtividade, a qual não se desenvolve pelo aumento da produção por trabalhador, devido às mudanças tecnológicas, mas sim pela intensificação do trabalho redefinido. Nesse cenário precarizado do trabalho, instaura-se um novo perfil patológico no trabalhador, o qual é caracterizado pela maior supremacia de agravos à saúde marcados pelas doenças crônicas, cujo nexos de causalidade com o trabalho não é mais evidente como ocorria com as doenças classicamente a ele relacionadas. Proliferam as doenças cardiocirculatórias, gastroclicas, psicossomáticas, os cânceres, a morbidade músculo-esquelética, expressas nos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT), às quais se somam o desgaste mental e físico patológicos e mesmo as mortes por excesso de trabalho, além das doenças psicoafetivas e neurológicas ligadas ao estresse (GORENDER, 1997 apud LACAZ, 2000).

Para Gomes e Lacaz (2005) os modelos ou os paradigmas convencionais da saúde e qualidade de vida do trabalhador são insuficientes diante desse novo quadro, pois eles não abrangem os efeitos mais nefastos da reestruturação produtiva, que impacta fortemente a vida e a saúde daqueles que trabalham em condições inseguras, precárias ou estão desempregados. Eles afirmam que o assunto vem sendo pouco discutido na academia, com limitado número de programas de pós-graduação com área de concentração em trabalho e saúde e pontuam a ausência de equipes interdisciplinares nas pesquisas sobre o tema.

Portanto, buscando compreender os acidentes de trabalho como processo social resultante do desgaste do trabalho, toma-se como objetivo desse artigo a análise da evolução e das características sócio-demográficas dos acidentes de trabalho no Estado do Espírito Santo. Com base nos Anuários Estatísticos de Acidentes de Trabalho nos anos de 1999 a 2005 publicados pelo Ministério da Previdência Social, em conjunto com o Ministério do Trabalho e Emprego e dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2005 a 2007, a investigação direciona-se para as seguintes variáveis: a dinâmica do mercado de trabalho do Estado, o contexto da evolução das ocorrências de acidentes e doenças de trabalho, sexo, idade, os ramos de atividade econômica e os agravos resultantes da situação de trabalho.

Os Percursos da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador

Minayo-Gomez & Thedim-Costa (1997) comentam que com a Revolução Industrial o trabalhador “livre” se tornou refém da máquina, de seu ritmo, das regras da produção que obedeciam à necessidade de acumulação rápida de capital e do máximo aproveitamento dos equipamentos. Nesse novo cenário os trabalhadores eram submetidos às jornadas fatigantes, onde eram comuns as presenças de mulheres e crianças. O ambiente insalubre e desfavorável à saúde proporcionava a rápida aceleração de doenças infecto-contagiosas, ao mesmo tempo em que a periculosidade das máquinas ocasionava mutilações e mortes nas fábricas.

Nesse ambiente, a presença de um médico nas fábricas representava um esforço em localizar os processos prejudiciais à saúde e um apoio para a recuperação do trabalhador, objetivando o seu retorno à linha de produção, já que a força de trabalho era fundamental à industrialização emergente. Estabelece-se assim uma das características da Medicina do Trabalho, sustentada até nos dias de hoje de forma tradicional: predomina-se uma visão biológica e individual, no espaço limitado da fábrica, buscando-se as causas das doenças e acidentes. Dessa forma, a Medicina do Trabalho, centrada na pessoa do médico, orienta-se pela teoria da unicausalidade, determinando que para cada doença exista um agente etiológico. Essa concepção, transportada para a fábrica, vai refletir-se na inclinação a isolar riscos específicos e, desse modo, atuar sobre as suas conseqüências (MINAYO-GOMEZ & THEDIM-COSTA, 1997).

Para Mendes (1991) a expectativa de promover a adaptação do trabalhador ao trabalho e a manutenção de sua saúde refletem a influência do pensamento mecanicista na medicina científica e na fisiologia e é justamente esse mecanismo que vai sustentar o campo das ciências da Administração, o desenvolvimento da Administração Científica de Taylor e a linha de montagem de Ford. A medicina do trabalho se torna uma aliada para os empresários, já que contribui para o aumento da produtividade através da seleção de pessoal, auxiliando na escolha de uma mão-de-obra provavelmente menos geradora de problemas futuros; no controle do absenteísmo da força de trabalho já empregada,

analisando os casos de doenças, faltas, licenças e auxiliando no retorno mais rápido dos trabalhadores à produção, já que o funcionamento de um serviço próprio de medicina tem mais eficácia do que os serviços das redes previdenciárias e estatais.

A Medicina do Trabalho não tem o objetivo de tratar e buscar o bem estar do paciente, mas sim de avaliar a capacidade física do trabalhador de poder ou não prosseguir trabalhando. Suas atividades se restringem a servir como intermediador dos danos computados aos trabalhadores, determinando critérios para a permanência do trabalhador ou não nas atividades do trabalho (VASCONCELOS & PIGNATI, 2005). Daí a impotência da Medicina do Trabalho para intervir sobre os problemas de saúde ocasionados pelos processos de produção (MENDES, 1991). Deste modo, a Medicina do Trabalho dá lugar a um novo enfoque técnico-científico: o enfoque se desloca da devolução do trabalhador ao processo de trabalho em regime de risco à saúde, para o de modificação dos processos e ambientes de riscos em outros que pudessem garantir a saúde (VASCONCELOS & PIGNATI, 2005).

A Saúde Ocupacional, após a abordagem da Medicina do Trabalho, avança em uma proposta interdisciplinar, fundamentada na Higiene Industrial, que relaciona ambiente de trabalho-corpo do trabalhador. Ela interioriza a teoria da multicausalidade, na qual um conjunto de fatores de risco é avaliado na produção da doença, computada através da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito. Mesmo assim, as decisões que deveriam assegurar a saúde do trabalhador, acabam por restringir-se a intervenções pontuais como: a ênfase na utilização de equipamentos de proteção individual e normatização das formas de trabalho consideradas seguras. Ainda assim, são atribuídos aos trabalhadores os encargos por acidentes e doenças do trabalho, entendidos pelos empresários e gestores como ignorância e negligência. No Brasil, esse cenário se agrava pela dificuldade do setor saúde do Estado em readquirir seu papel de interventor no espaço do trabalho, apesar da Constituição de 1988 tentar resgatar essa tarefa (MINAYO-GOMEZ & THEDIM-COSTA, 1997).

Para Lacaz (2007) em consequência à compreensão cartesiana do corpo como máquina, o domínio da saúde adotado pela Saúde Ocupacional resume-se à estratégia de ajustar o ambiente de trabalho ao homem e cada homem ao seu trabalho. Daí a importância dos exames admissionais e periódicos. Nesse novo cenário do trabalho, a Saúde Ocupacional tem pouco a cooperar, já que atua sobre o indivíduo, enfatizando o diagnóstico e o tratamento dos problemas de natureza orgânica, desconsiderando outras relações de trabalho como: o ritmo, a duração da jornada de trabalho, o trabalho em turnos, a hierarquia, a fragmentação das tarefas e o controle da produtividade. Assim, pouco colabora na compreensão das doenças relacionadas ao trabalho na atualidade como as doenças cardiovasculares, psicossomáticas e mentais.

Mendes (1991) descreve os motivos pelo qual o modelo da Saúde Ocupacional também não conseguiu atingir os objetivos propostos, dentre eles estão: a manutenção do referencial mecanicista da Medicina do Trabalho; a dificuldade de desenvolver a interdisciplinaridade proposta pelo modelo; a dificuldade da capacitação de recursos humanos, da tecnologia de intervenção e a produção de conhecimento de acompanharem o ritmo da transformação dos processos de trabalho; a abordagem dos trabalhadores como “objeto” das ações de saúde e a permanência da Saúde Ocupacional no âmbito do trabalho, em detrimento do setor saúde. Somados a essas dificuldades, surge na Europa e Estados Unidos um movimento social renovado que questionam a centralidade e a ética do trabalho, cultivadas pela Igreja e

necessárias na sociedade capitalista. Esse movimento, somado a outros acontecimentos, leva à exigência da participação dos trabalhadores nas questões de saúde e segurança. Surge, assim, o modelo da Saúde do Trabalhador que “rompe com a concepção hegemônica que estabelece um vínculo causal entre a doença e um agente específico, ou a um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho e tenta superar o enfoque que situa sua determinação no social, reduzido ao processo produtivo, desconsiderando a subjetividade”

No Brasil, a área de Saúde do Trabalhador tem uma conceituação própria. Para Minayo-Gomez & Thedim-Costa (1997) “por saúde do trabalhador compreende-se um corpo de práticas teóricas interdisciplinares - técnicas, sociais e humanas - e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum.” Já para Lacaz (2007) a saúde do trabalhador “é um campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque teórico-metodológico, no Brasil, emerge da Saúde Coletiva, buscando conhecer (e intervir) (n)as relações trabalho e saúde-doença, tendo como referência central o surgimento de um novo ator social: a classe operária industrial, numa sociedade que vive profundas mudanças políticas, econômicas, sociais”. Como campo de práxis, de produção de conhecimentos dirigidos para uma ação/intervenção transformadora, a Saúde do Trabalhador depara-se continuamente com questões emergentes, que induzem à definição de novos objetos de estudo, abrangendo demandas explícitas ou implícitas dos trabalhadores (MINAYO-GOMEZ & THEDIM-COSTA, 1997).

Segundo Lacaz (2007) o modelo em Saúde do Trabalhador busca resgatar o lado humano do trabalho e sua capacidade de proteger os trabalhadores de agravos à saúde como: mal-estares, incômodos, desgastes, muito além da abordagem dos acidentes e doenças. A área da Saúde do Trabalhador compreende, portanto, o trabalhador como agente de mudanças, com conhecimentos e vivências sobre seu trabalho, compartilhadas coletivamente através da participação do controle da nocividade, da definição consensual de prioridades de intervenção e da elaboração de estratégias transformadoras. Porém, com a fragilidade do movimento sindical na atualidade, somada ao posicionamento pouco engajado da academia e ao incremento de políticas públicas reducionistas, O Brasil vem construindo nos últimos anos um cenário de retrocesso no campo da Saúde do trabalhador, “ que é preciso combater, a partir do resgate dos pressupostos do campo e da crítica aos reducionismos perpetrados pela saúde Ocupacional, apesar de se observar, ainda, a hegemonia do seu discurso;” (LACAZ, 2007, pág 764).

Reestruturação Produtiva e Qualidade de Vida no Trabalho

No início dos anos 70, o capitalismo viu-se diante de uma crise estrutural, cujos sinais foram a queda da taxa de lucro, o esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista de produção, a hipertrofia da esfera financeira, a crise do “Estado do bem-estar social” e o incremento acentuado das privatizações. Como resposta à sua própria crise, iniciou-se um amplo processo de reorganização do capital, que teve dentre outras conseqüências, um intenso processo de reestruturação da produção que constituiu o *downsizing*, o desenvolvimento de novas tecnologias e os modelos alternativos de gestão como o “toyotismo” (ANTUNES, 1999).

Essas mudanças, somadas a fatores históricos e geográficos, afetaram fortemente o mundo do trabalho e tiveram como conseqüências: a desregulamentação do trabalho, que são

eliminados pelo *downsizing*; precarização e terceirização dos trabalhadores; aumento significativo do trabalho feminino, com níveis salariais ainda mais acentuados em relação aos homens; expansão do trabalho em domicílio e fragmentação dos trabalhadores, criando-se de um lado o trabalhador “polivalente e multifuncional” e do outro lado, uma massa precarizada, sem qualificação, que hoje é atingida pelo desemprego (ANTUNES, 1999).

No Brasil, a reestruturação produtiva ganhou impulso principalmente à partir da década de 90. As grandes empresas passaram a implementar novas estratégias produtivas que atingiram com maior intensidade o mundo do trabalho. A reestruturação produtiva no país passou a ser caracterizada pela adoção da automação microeletrônica na produção e utilização de novas práticas de gestão inspiradas no toyotismo. Esse novo processo de gestão articulou nova flexibilidade de produção, tanto no âmbito do processo de trabalho intra-empresa, utilizando o *just-in-time/Kanban*, o Gerenciamento pela Qualidade Total e novos sistemas de pagamentos de funcionários, como na relação entre empresas, ocasionando a maior utilização de estratégias de subcontratação como a terceirização (ALVES, 2000).

No país, o processo de terceirização, inicia-se nos anos 50, com as montadoras de automóveis e trouxe uma série de vantagens para o capital como maior produtividade, redução de custos administrativos, maior concentração em atividades estratégicas, maior controle da gestão da produção, mas causou forte impacto sobre o mundo do trabalho brasileiro, pois ao constituir uma rede de subcontratação complexa, o capital tende a desenvolver uma polarização nos trabalhadores, constituindo, por um lado, uma elite de novos trabalhadores qualificados e polivalentes, e por outro, trabalhadores com salários precários e segmentados e que são muitas vezes submetidos à condições ambientais insalubres (ALVES, 2000).

Harvey (2001) comenta que influenciado pela acumulação flexível, o mercado de trabalho passou por uma reestruturação radical, desenvolvendo-se níveis relativamente altos de desemprego estrutural, rápida destruição e reconstrução de habilidades, ganhos modestos de salários reais e o retrocesso do poder sindical, com os patrões impondo regimes e contratos de trabalho mais flexíveis. Segundo o autor, a atual tendência dos mercados de trabalho é reduzir o número de trabalhadores em tempo integral com maior segurança no trabalho, boas perspectivas de promoção, reciclagem e bons benefícios, e empregar cada vez mais uma força de trabalho que entra facilmente e é demitida sem custos quando as coisas ficam difíceis.

Observa-se que a reestruturação produtiva tem a necessidade de mais automação, maior controle de tempo, redução e quase eliminação dos setores de armazenamento de matérias-primas e de produtos, assim como um *lay-out* flexível, que exigem uma nova forma de organização do trabalho, onde o empregado se envolve mais efetivamente no processo de produção, permitindo mais participação e autonomia relativa. Para a sua viabilização, o modelo de produção flexível necessita da renovação de tecnologias de gestão e a implantação de programas de Qualidade de Vida no Trabalho, Controle Total de Qualidade, Universidade Corporativa, Gestão por Competências, etc (FARIA, 2004), pois nesse espaço produtivo, o saber intelectual transformou-se numa mercadoria preciosa, onde se despende cada vez mais energia intelectual para “tomar decisões”, “analisar as situações” e oferecer alternativas às contingências. Portanto, o trabalhador deve tornar-se

sujeito ativo e coordenar diferentes funções, participando no processo de criação de valores para o capital (ANTUNES, 1999).

Contudo, essas novas formas participativas de gerenciamento, e maior interdependência entre os postos e os trabalhadores, escondem métodos sutis de controle que ampliam as bases coercitivas e tornam as atitudes dos trabalhadores mais disciplinadas e submetidas à ordem organizacional (FARIA, 2004). Exemplo do que o autor relata é a utilização pelas empresas de sistemas gerenciais de manutenção e monitoramento e melhoria de equipamentos que controlam a produtividade dos trabalhadores e a manutenção das máquinas. Além de serem submetidos às provas de conhecimento do sistema gerencial, onde os trabalhadores precisam obter nota mínima 7 de 10 pontos. Aqueles que não conseguem alcançar as metas de produtividades definidas pelo sistema de manutenção podem ser demitidos.

Pagès (1987) comenta que a objetivação é tudo que contribui para traduzir em termos quantitativos as performances, aptidões e aspirações dos indivíduos e que uma das características da administração moderna é considerar a realidade apenas através desses métodos. Essa concepção tende a considerar o indivíduo apenas em função de sua utilidade para a organização, que passa a ser medido através da avaliação quantificada de seu rendimento e de sua adaptação às regras e aos mecanismos que divulgam as exigências do sistema. Ela é sustentada por uma linguagem cujo modelo é racional e matemático e serve de verniz às técnicas de poder que encobre.

Foucault (1987) diz que o poder disciplinar tem como função principal adestrar e se apropriar ainda mais e melhor do corpo do indivíduo. Ele liga e multiplica as forças para depois utilizá-las num todo. A disciplina desenvolve indivíduos que se tornam objetos e instrumentos do seu exercício e que se impõe através da vigilância hierárquica, a sanção normalizadora e o exame. “A vigilância tornar-se um operador econômico decisivo, na medida em que é ao mesmo tempo uma peça interna no aparelho de produção e uma engrenagem específica do poder disciplinar” (FOUCAULT, 1987, p. 147); já a punição, na disciplina, é um sistema duplo de gratificação-sanção, e o treinamento e a correção utilizam esse sistema. Este mecanismo de dois elementos qualifica os comportamentos e os desempenhos a partir de dois valores opostos do bem e do mal, onde todo comportamento é direcionado para o campo das boas e das más notas. Essa divisão tem um duplo papel: marcar os desvios, hierarquizar as qualidades, as competências e as aptidões como também punir e recompensar.

O exame une as técnicas da hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza, é uma vigilância que qualifica, classifica e pune. É ele que realiza as grandes funções disciplinares de repartição e classificação, de pulsão máxima das forças e do tempo, do desenvolvimento das aptidões. Nessa técnica sutil estão comprometidos todos os campos de saber e de poder. Assim a disciplina produz corpos submissos e exercitados, e aumenta as forças do corpo através da utilidade, e diminui essas mesmas forças, por meio da obediência. “Em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo; faz dele por um lado uma “aptidão”, uma “capacidade” que ela procurar aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeição estrita” (FOUCAULT, 1987, p.119).

Enriquez (1997) argumenta que jamais o indivíduo esteve tão aprisionado nas redes das organizações e tão pouco livre em relação ao seu corpo, ao seu modo de pensar e a sua

psique, apesar de as empresas construírem cenários e linguagens que o façam crer na sua vocação de homem livre e criador: troca-se o modelo Taylorista e Fordista por modelos flexíveis onde a intenção é a de fazer o maior número possível de trabalhadores participem ativamente das decisões e das orientações gerais, fazendo-os acreditar que se forem capazes de se adaptarem e se renunciarem a seus próprios desejos, eles poderão receber em trocas as satisfações que merecem.

A empresa quer a participação de todos, mas muitas vezes essas exigências desenvolvem nos trabalhadores uma ânsia de não estarem à altura, de não serem mais suficientemente bem sucedidos e criativos. Isso faz com que as pessoas vivam em um *stress* permanente, pois é necessário que a organização reduza sempre seus custos e com o menor efetivo possível. Assim, os setores menos rentáveis e os indivíduos com menor produtividade acabam sendo eliminados, fazendo com que as pessoas nas organizações se sintam envergonhas ou culpadas por não conseguirem atingir as metas estipuladas, pois a gestão pelo afetivo leva o indivíduo a pensar que o fracasso é estritamente pessoal e não efeito da estrutura adotada (ENRIQUÉZ, 1995).

Dejours (2001) comenta que estamos vivendo uma guerra “econômica”, onde em nome da sobrevivência utilizam-se no mundo do trabalho métodos cruéis que excluem os que não estão aptos ou os que já não podem contribuir para essa guerra e exigem-se desempenhos muito superiores em termos de produtividade, disponibilidade, disciplina e abnegação dos que estão aptos para o desenvolvimento da competitividade, criando muitas vezes nos trabalhadores uma postura de resignação e adaptação quanto às exigências da mudança. Porém, muitas vezes debaixo da aparência de adaptação demonstrada pelos trabalhadores, esconde-se o sofrimento psicológico dos mesmos, verificando-se o medo da incompetência, através do receio de não estarem à altura das novas exigências ou de se mostrarem incapazes de enfrentarem adequadamente as situações incomuns ou incertas.

Contudo, contra a insatisfação pelo não reconhecimento, as pressões sociais do trabalho, a angústia e a ansiedade, os trabalhadores constroem sistemas defensivos. Estas defesas têm a função de aliviar o sofrimento, de forma que ele não seja imediatamente identificável, pois as organizações desejam indivíduos altamente motivados, dinâmicos e sadios. Dejours (1992) comenta que por medo, o ser humano muitas vezes acaba ocultando as insatisfações, o sofrimento, as doenças e os pequenos acidentes de trabalhos, pois esses podem acarretar riscos ao emprego e conseqüentemente risco à sobrevivência.

Seligmann-Silva (2001) observa que as imposições da excelência e da perfeição se projetam sobre toda a empresa, de modo que façam parte de todos os componentes da organização como a estrutura, o funcionamento e as pessoas, que devem ser perfeitas em tudo, gozando também de uma saúde perfeita. Mas a negação do sofrimento pode dificultar a percepção de limites humanos e do que acontecem nos seus organismos, ocasionando falhas de desempenho pela fadiga, que muitas vezes interferem na autoconfiança e na autoestima do trabalhador. Criando-se assim uma “bola de neve”, pois as pessoas se esforçam ao máximo para atenderem às exigências do trabalho sem a demonstração de descontentamento, cansaço e irritação, ocasionando muitas vezes um grande esforço para o controle emocional, que acaba se tornando penoso, pois o aumento da irritabilidade é expressão natural da fadiga.

Percebe-se que a reestruturação produtiva vem contribuindo para o aumento do número de desempregados e para a disseminação de agravos à saúde do trabalhador, que ao contrário

da idéia de excelência e perfeição, engendra o desgaste humano, afetando também a qualidade da sociabilidade, que é importante tanto para a saúde mental quanto para a qualidade da produção. Seligmann-Silva (2001) argumenta que o que antes era visto como sinal de doença, agora é muitas vezes avaliado como saudável, e o rótulo atribuído a quem não produz de acordo com o que foi determinado já não é o de doente, mas sim de incompetente, mesmo que se trate de fadiga ou de adoecimento, e infelizmente, a demissão é a medida imposta para aqueles que não se adequam às exigências do trabalho. Isso ocorre porque a lógica organizacional que prevalece atualmente é a da excelência em busca de competitividade e não mais a da ética que respeita a saúde como valor humano.

Como conseqüências da busca de maior competitividade e produtividade, a Qualidade de Vida no Trabalho, assim como outros programas já mencionados, vêm sendo difundidos nos últimos anos, principalmente após o esgotamento do modelo de gestão Taylorista/Fordista. A expressão Qualidade de Vida no Trabalho apareceu na literatura especializada no início da década de 50, na Inglaterra, quando Trist estudou um modelo para tratar o trinômio indivíduo- trabalho-organização. Ele utilizou uma abordagem sociotécnica da organização do trabalho, que teve como base a satisfação do trabalhador no trabalho e com o trabalho (GOULART & SAMPAIO, 1999). Após a década de 60, muitos autores abordaram o assunto como: Nadler, Werther & Davis, Huse & Cummings, Hackman & Oldham, Lawler, Gilbert, Guest, Walton, Dejours, Chanlat, etc. No Brasil o tema tem despertado atenção, mas sem trazer novas idéias e resultados diferentes de os desenvolvidos anteriormente.

Mas não podemos falar de qualidade de vida no trabalho, sem antes mencionarmos os conceitos de qualidade de vida. Na atualidade, ele é utilizado em duas vertentes: a) na linguagem cotidiana, por pessoas da população em geral, jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas; b) no contexto da pesquisa científica, em diferentes campos do saber, como economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades da saúde. Duas tendências quanto à conceituação do termo na área de saúde são identificadas: qualidade de vida como conceito mais genérico e qualidade de vida relacionada à saúde. No primeiro caso, a qualidade de vida apresenta uma abordagem mais ampla, influenciada pelos estudos sociológicos; ilustra essa conceituação a que foi adotada pela Organização Mundial da Saúde: “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (pág. 1405). Já os conceitos de qualidade de vida relacionados à saúde têm sido utilizados com objetivos semelhantes à conceituação mais geral, no entanto, implicam aspectos mais diretamente ligados às enfermidades ou às intervenções em saúde (SEIDL & ZANNON, 2004).

Já a qualidade de vida no trabalho se relaciona com a motivação e com a satisfação dos trabalhadores, com a saúde e a segurança no trabalho, envolvendo discussões sobre novas formas de organização do trabalho e novas tecnologias (SATO, 1999 apud LACAZ, 2000). Assim busca-se superar o foco na prevenção dos acidentes e doenças relacionadas diretamente ao trabalho para avançar na discussão dos agravos relacionados ao trabalho (LACAZ, 2000).

Entretanto, observa-se que se trata de um discurso que foca, num extremo, as mudanças na organização do processo de trabalho como conseqüência do movimento de qualidade no trabalho (ORSTSMAN, 1984 apud LACAZ, 2000), e no extremo oposto, ainda lida com

práticas que se preocupam muito pouco com as condições e organização do trabalho, já que as organizações apenas incentivam a prática de hábitos de vida saudáveis, não atingindo as relações e a organização do processo de trabalho, que são centrais para explicar os principais problemas atuais de saúde dos trabalhadores (SATO 1999 apud LACAZ, 2000).

Para Sato (1999 apud LACAZ, 2000) a idéia de qualidade de vida no trabalho conjuga interesses contraditórios, que não se resumem apenas aos do capital e do trabalho, mas também são relacionados ao mundo subjetivo do trabalhador, como desejos, vivências e sentimentos, assim como aos valores, crenças, ideologias e aos interesses econômicos e políticos. Lacaz (2000) comenta que no Brasil, “as políticas empresariais de qualidade de vida no trabalho são caracterizadas por envolver mecanismos de controle da percepção e subjetividade para enquadrar trabalhadores mediante engrenagens que visam introjetar as normas e metas da empresa” e que a possibilidade de organização dos trabalhadores nos locais de trabalho é uma realidade pouco encontrada, quando na verdade, deveria ser o elemento orientador das relações de trabalho, considerando a introdução de novas tecnologias e da automação dos setores produtivos modernos.

Faria (2004) comenta que as organizações estruturaram eficientes programas de recursos humanos sustentados por esquemas manipulativos de comportamento e implantaram programas de qualidade de vida no trabalho, criaram associações esportivas e culturais e estruturas internas de assistência social e psicológica, sem que, os sindicatos e os trabalhadores questionassem efetivamente e politicamente o desenvolvimento desses processos. O sucesso das empresas, a excelência e as suas estratégias também passaram a ser valores dos seus empregados, pois se verifica que em duas décadas a produção e o trabalho deram lugar à gestão e aos modelos participativos. Porém, apesar do avanço da tecnologia, o trabalho não foi inteiramente automatizado, podendo ele ainda ser o mediador da emancipação política do trabalhador. Mas isso só acontecerá, se os movimentos sociais não forem mais sufocados e se finalmente despertarmos para o sofrimento e a injustiça, destruindo antigos paradigmas e mitos já institucionalizados no mundo organizacional.

Contudo, o que percebemos na atualidade é a utilização por parte da maioria das empresas de técnicas de controle cada vez mais sofisticadas e que acabam ocultando evidências da distorção do trabalho e o uso abusivo dos esforços físicos, mentais e emocionais dos trabalhadores em busca de maior produtividade e lucratividade. Exemplo disso, apesar do discurso das empresas de valorizar a qualidade de vida do trabalhador, é o aumento dos acidentes de trabalho nos últimos anos no Brasil. Segundo dados da Previdência Social em novembro de 2007 existiam cerca de noventa mil pessoas afastadas ou afetadas por doenças do trabalho. Se incluirmos os acidentes nessa estatística, o número sobe para trezentos mil por ano no Brasil. No mesmo mês a previdência contabilizava um milhão e quinhentos mil trabalhadores em licença médica. Sendo que a LER/DORT corresponde a quarenta e nove por cento dos casos das doenças ocupacionais. Entre as doenças mais frequentes estão dores lombares, sinusite e lesões de ombro e dorsais. A previdência social destaca que o índice de doenças ocupacionais no país saltou de cinco mil e oitocentos registros em 1990 para mais de vinte e sete mil em 2005. E como vamos perceber a seguir a situação do Estado do Espírito Santo não é muito diferente do restante do Brasil.

Situação e Tendências dos Acidentes de Trabalho no Espírito Santo

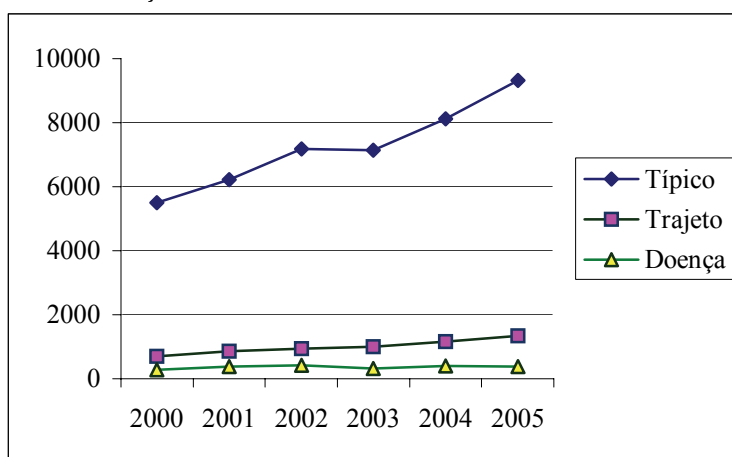
Nos últimos cinquenta anos a economia do Espírito Santo apresentou um desempenho excelente comparado com a economia nacional. De 1953 a 2001 a economia do Espírito

Santo apresentou um crescimento médio anual de 6,5 %, contra 4,5 % da economia brasileira. Muito desse crescimento é sustentado pelas bases de grandes cadeias de valores, como da celulose, do minério e do aço, e do petróleo, mais recentemente somam-se a essas, arranjos produtivos mais consolidados, como o de rochas ornamentais, o de metalmeccânica, de confecções, de logística, de móveis e outros em fase de expansão, como o da construção civil, fruticultura, turismo e piscicultura.

Mas diferentemente da economia, o mercado de trabalho no Espírito Santo vem crescendo aquém da criação de vagas no Brasil. O Estado em 2007 criou 25.074 postos formais de empregos, 6895 mil vagas a menos do que em 2006, que registrou a criação de 31.969 mil novos postos, o que representa uma queda de 21,5% nas vagas. Ao contrario do Brasil que em 2007 criou 1,61 milhões de postos formais, 31,6% maior do que o registrado em 2006. No Espírito Santo os setores que mais criaram vagas em 2007 foram os de serviços, comércio e construção civil.

Apesar do caráter parcial das estatísticas disponíveis sobre os agravos à saúde do trabalhador, devido em grande parte às subnotificações dos acidentes de trabalho, observa-se a evolução dos acidentes típicos e de trajeto no Estado do Espírito Santo, enquanto a evolução do número de casos notificados de doenças do trabalho ficaram relativamente estáveis em comparação com os demais tipo de acidentes (Gráfico 1). Um dado muito preocupante é que no período de 2000-2005 houve um aumento de 69% nos acidentes típicos, que é o tipo de acidente que envolve um evento súbito e inesperado ocorrido no trabalho, a serviço da empresa e que provoca lesão corporal ou perturbação funcional que incapacite o empregado para o trabalho, seja de modo provisório ou definitivo, ou, ainda que cause a morte deste (Lei 8213/91).

Gráfico 1
Evolução dos acidentes de trabalho no ES 2000-2005



Fonte: Anuário Estatístico de Acidente de Trabalho – AEAT Infologo 2000-2005

Uma análise da distribuição dos casos por sexo (tabela 1) demonstra que no Estado do Espírito Santo os acidentes de trabalho atingiram predominantemente os homens. Cerca de 80% dos casos de acidentes de trabalho são sofridos pelos trabalhadores do sexo masculino, enquanto em média 20% dos acidentes atingem as mulheres. Esses dados demonstram que os homens, apesar de serem em média 57% da população

economicamente ativa do Estado, sofrem muito mais acidentes do que as mulheres, que representam cerca de 43% da PEA (ANÚARIO DO ES, 2005).

Tabela 1
Distribuição dos acidentes de trabalho notificados por sexo no ES 1999-2005

Anos	Acidentes de Trabalho Notificados por Sexo no Espírito Santo 1999-2005						Total
	Homens		Mulheres		Ignorado		
	NºAbsolutos	%	NºAbsolutos	%	NºAbsolutos	%	
1999	4837	83,0	988	17,0	-	-	5825
2000	5246	80,9	1235	19,1	-	-	6481
2001	6082	81,6	1364	18,4	-	-	7446
2002	6965	81,4	1588	18,6	-	-	8553
2003	6912	81,7	1541	18,0	3	0,3	8456
2004	7758	79,9	1938	19,7	4	0,4	9700
2005	8819	79,8	2220	20,2	-	-	11039
Total	46619	-	10874	-	7	-	57500

Fonte: Anuário Estatístico de Acidente de Trabalho – AEAT Infologo 1999-2005

A análise do levantamento divulgado pela Previdência Social revela que em média 70% dos acidentes de trabalho registrados no Estado entre os anos de 1999 e 2005 ocorreram com trabalhadores jovens, entre 20 e 39 anos. Em 2005 foram 7316 acidentes na faixa etária até 39 anos, sendo 4198 ocorridos entre pessoas até 29 anos. Na comparação com 2003, houve aumento de 29% no número total de registros e de 38% na porcentagem de acidentes com trabalhadores até 29 anos (Tabela 2).

Tabela 2
Distribuição dos acidentes de trabalho notificados por faixa etária no ES 1999-2005

Faixa Etária	Acidentes de Trabalho Notificados por Faixa Etária no Espírito Santo – 1999-2005						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total (nº absolutos)	5379	5985	6912	7959	7897	9003	10190
Total (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
20 a 29 anos	36,0	37,0	37,6	38,4	38,5	40,8	41,2
30 a 39 anos	34,2	33,5	32,6	32,7	30,8	31,1	30,6
40 a 49 anos	24,8	23,8	24,4	23,1	24,2	21,8	21,7
50 a 54 anos	5,00	5,70	5,40	5,80	6,50	6,30	6,50

Fonte: Anuário Estatístico de Acidente de Trabalho – AEAT Infologo 1999-2005

Na caracterização dos acidentes de trabalho segundo o ramo de atividade econômica, constatou-se, uma maior participação dos setores da construção civil, seguidos pelos setores de serviços prestados às empresas e comércio varejista. Conforme tabela 3 esses três setores correspondem a 23,1% dos casos de acidentes de trabalho entre os anos de 2000-2005. Dois outros setores devem ser destacados: agricultura e pesca e serviços de saúde. O setor de agricultura e pesca teve um aumento extraordinário de 243% entre os anos de 2000-2005. Já no setor de saúde e serviços sociais os acidentes aumentaram 81% entre o mesmo período. É importante destacarmos que é no setor de prestação de serviços que estão as atividades de terceirização (Tabela 3).

Tabela 3
Distribuição dos acidentes de trabalho notificados segundo o ramo de atividade econômica no ES 2000-2005

Ramos/Anos	Acidentes de Trabalho Notificados segundo o Ramo de Atividade Econômica (1) no Espírito Santo – 2000-2005						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TOTAL
Agricultura e pesca	246	390	498	714	603	845	3296
Fabricação celulose	89	121	164	119	116	115	724
Metalúrgica Básica	76	153	170	135	187	206	927
Construção	537	829	871	724	766	1026	4753
Correio e telecomunicações	102	102	152	178	182	200	916
Serviços prest. Às empresas	519	636	719	700	559	641	3774
Limpeza urbana e esgoto	60	135	284	305	313	277	1374
Comércio varejista	407	505	541	558	666	734	3411
Fabricação de móveis	113	117	132	143	248	182	935
Saúde e serviços sociais	411	368	449	425	602	748	3003
Outros	3921	4090	4573	4455	5458	6065	28562
TOTAL	6481	7446	8553	8456	9700	11039	51675

Fonte: Anuário Estatístico de Acidente de Trabalho – AEAT Infologo 1999-2005

(1) Foram relacionados apenas os 10 ramos que apresentam o maior número de casos de Acidentes do Trabalho.

Quanto à distribuição das doenças do trabalho por sexo no Estado do Espírito Santo entre 1999-2005, destacamos o seu crescimento entre as mulheres. Se no ano de 1999 36,1% dos 272 casos notificados ocorreram com trabalhadores do sexo feminino, em 2005, 50,7% dos 373 casos de doenças do trabalho atingiram as mulheres. Houve um aumento de 92% dos casos entre as mulheres em 2005 em comparação com 1999 (Tabela 4). Nas estatísticas de acidentes no Espírito Santo entre 1999-2005 os homens são a maioria, correspondendo a 83,4% dos casos de acidentes típicos e 74% dos acidentes de trajeto, já no quadro específico das doenças do trabalho, os sexos se equilibram, os homens correspondem a 52,2% e as mulheres 47,8% dos casos notificados. Esses dados demonstram que as mulheres estão muito mais suscetíveis às doenças do trabalho do que aos acidentes típicos e de trajeto quando comparados aos homens (Tabela 5).

Tabela 4
Distribuição doenças do trabalho notificadas por sexo no ES 1999-2005

Anos	Doenças do Trabalho Notificados por Sexo no Espírito Santo 1999-2005						
	Homens		Mulheres		Ignorado		Total
	NºAbsolutos	%	NºAbsolutos	%	NºAbsolutos	%	
1999	174	63,9	98	36,1	-	-	272
2000	141	49,3	145	50,7	-	-	286
2001	170	45,6	202	54,4	-	-	372
2002	237	55,3	191	44,7	-	-	428
2003	163	51,5	151	48,3	2	0,2	316
2004	212	52,7	190	47,3	-	-	402
2005	184	49,3	189	50,7	-	-	373
Total	1281	-	1166	-	2	-	2449

Fonte: Anuário Estatístico de Acidente do Trabalho – AEAT Infologo 1999-2005

Tabela 5
Distribuição dos acidentes de trabalho por motivo e sexo no ES 1999-2005

Motivo	Sexo						Total	%
	Homens		Mulheres		Ignorado			
	NºAbs.	%	NºAbs.	%	NºAbs.	%		
Típico	40473	83,0	8007	17,0	5	-	48485	100
Trajeto	4892	74,0	1713	26,0	0	-	6605	100
Doença	1293	52,2	1183	47,8	2	-	2478	100
Total	46658	-	10903	-	7	-	57568	-

Fonte: Anuário Estatístico de Acidente do Trabalho – AEAT Infologo 1999-2005

Observa-se que as sinovites e tenossinovites, dorsalgias e lesões no ombro prevalecem entre as doenças do trabalho e representam 75% dos casos notificados no SINAN em 2005, 73% em 2006 e 72% até agosto de 2007. Verifica-se de acordo com a tabela 6 a prevalência dos casos de LER/DORT, que tomaram nos últimos anos caráter epidemiológico e campeãs na distribuição dos benefícios acidentários por espécie diagnosticada.

Tabela 6
Incidência de agravos no SINAN – ES 2005-2007

Agravos/Anos	Incidência de Agravos no SINAN - ES 2005-2007					
	2005		2006		2007 (até 13 agosto)	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Dermatite/alergias	5	4	4	3	1	1
Dorsalgia	142	128	81	69	36	26
Efeito tóxico de solventes orgânicos	2	2	2	1	2	1
Lesões no ombro	83	68	57	43	40	27
Outras artroses	38	34	34	29	11	8
Outras dorsopatias no corpo	32	30	10	9	8	7
Outras entesopatias	12	9	8	8	10	4
Outros transtornos da densidade e estrutura óssea	1	Não relata	3	3	Não relata	Não relata
Outros transtornos do ouvido interno	30	20	37	31	20	9
Outros transtornos dos tecidos moles no corpo	11	8	5	4	6	6
Outros transtornos ósseos	9	7	4	2	Não relata	Não relata
Sinovite e tenossinovite	232	190	154	120	75	52
Trans. De tec. Moles relacionados uso excesso e pressão	7	5	1	1	Não relata	Não relata
Total	604	505	400	323	209	141

Fonte: SINAN 2005-2007

Considerações Finais

Comentar sobre a saúde e a qualidade de vida no trabalho é uma tarefa bastante difícil já que cinquenta por cento da população brasileira não têm rede de esgoto em suas casas (IBGE, 2007). Mas se a academia não discutir e propor a revisão de programas de saúde do trabalhador e de qualidade de vida implementados pelas empresas, não evoluiremos nas condições de ambiente, saúde, bem estar e participação dos trabalhadores nas decisões que ainda são tomadas apenas pela administração.

Desenvolver a participação efetiva dos trabalhadores é muito importante, pois a maioria dos programas de saúde do trabalhador e de qualidade de vida no trabalho desenvolvidos pelas organizações aborda apenas a utilização correta dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), a promoção da saúde e a melhoria do meio ambiente, mas deixam de discutir e implementar aquilo que de fato é importante na redefinição do trabalho: o autocontrole do trabalhador sobre o seu trabalho e maior participação nas decisões que o afetam.

Argumentamos que discussões importantes como o incentivo à diversidade de mão-de-obra devem ser desenvolvidas com maior atenção, pois as mulheres avançam no mercado de trabalho e infelizmente, também nas estatísticas de acidentes de trabalho, principalmente na incidência das LER/DORT, pois muitas ainda realizam trabalhos repetitivos, monótonos e precarizados. Falar em sonhos, missão de vida, valores, sem incluir e valorizar, é apenas mais um discurso e não toca os corações daqueles que efetivamente fazem uma empresa existir e prosperar. Precisamos avançar e desenvolver programas que possam atingir a realidade dos trabalhadores, reconhecendo seus sentimentos, expectativas e valores. Somente assim construiremos uma organização saudável.

É importante salientar que a partir do momento que o empregado é afastado por acidente de trabalho, a empresa se abstém de qualquer obrigação com o mesmo. Cabendo ao Estado indenizá-lo, reabilitá-lo fisicamente e emocionalmente e devolvê-lo ao mercado de trabalho. A organização não tem nenhum papel ativo no processo de reabilitação e reinserção desse trabalhador que está doente, se isentando de todas as responsabilidades. A repartição clara das responsabilidades de cada instituição, sem a parceria efetiva da empresa, governo, sindicatos e trabalhadores pode estar refletindo no avanço dos acidentes de trabalho, não apenas no Estado do Espírito Santo, mas em todo o Brasil. Percebemos que os acidentes atingem muito mais os jovens e as doenças do trabalho avançam no grupo das mulheres. Percebemos também que os setores mais atingidos pelos acidentes são muitas vezes aqueles que oferecem trabalhos mais precarizados, que utilizam a terceirização como estratégia de negócio, e que os setores que mais empregam no Espírito Santo: Serviços, Comércio e Construção Civil são também os campeões de acidentes de trabalho.

As estatísticas servem para demonstrar que a prática está muito longe do discurso das organizações e que elas vêm utilizando cada vez mais técnicas de controle sofisticadas que mascaram a realidade difícil dos trabalhadores. As Semanas Internas de Prevenção de Acidentes de Trabalho (SIPAT) são atividades pontuais e as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA) existem, na maioria das vezes, apenas para cumprir com as exigências da legislação. Os acidentes de trabalho no Brasil vêm sendo relegados há anos, como se as pessoas só tivessem valor enquanto estiverem saudáveis e dispostas para o trabalho. Mas a dignidade de um povo começa a ser resgatada apenas quando formos

humildes o suficiente para aceitarmos que um grande país se faz muito mais do que apenas com força física, antes de tudo, se faz com a inclusão e a valorização da diversidade.

Referências

ALVES, G. **O novo (e precário) mundo do trabalho: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo**. São Paulo: Boitempo, 2000.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.

ANUÁRIO DO ESPÍRITO SANTO. **Jornal A Gazeta**, Vitória, 2005.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 1992.

_____. **A banalização da injustiça social**. 4ª ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

ENRIQUEZ, E. Prefácio. In: DAVEL, E. P. D.; VASCONCELLOS, J. G. M. de. **Recursos humanos e subjetividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

_____. O indivíduo preso na armadilha da estrutura estratégica. **RAE revista de administração de empresas**, São Paulo, v. 37, n.1, 1997.

FARIA, J. H. **Economia política do poder: uma crítica da teoria geral da administração**. Curitiba: Juruá, 2004.

FARIA, J. H. **Economia política do poder: as práticas do controle nas organizações**. Curitiba: Juruá, 2004.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987.

GOMEZ, C. M. e LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciênc. saúde coletiva**, 2005, v. 10, n. 4, p. 797-807. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>? Acesso em: 10 out. 2006.

GOULART, I. B.; SAMPAIO, J. R. Análise da experiência de empresas brasileiras. In: **Qualidade de vida, saúde mental e psicologia social: estudos contemporâneos II**. São Paulo: Casa do psicólogo, 1999.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. São Paulo: Loyola, 2001.

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**. Rio de Janeiro, 2007.

LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciência & Saúde coletiva**, 2000, v. 5, n. 1, p. 151-161. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>? Acesso em: 10 out. 2006.

LACAZ, F. A. C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, Abr 2007, vol.23, n. 4, p.757-766. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> Acesso em: 02 dez. 2007.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, 1991, v. 25, nº 5, pag. 341-349. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> Acesso em: 02 dez. 2007.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Anuário Estatístico de Acidente de Trabalho**. Brasília: AEAT Infologo, 2000-2005

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**, Brasília, 2007.

MINAYO-GOMEZ, C. , THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, 1997, v. 13, sup. 2, p. 21-32. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> Acesso em: 02 dez. 2007.

PAGÈS, M... (et al.). **O poder das organizações: a dominação das multinacionais sobre os indivíduos**. São Paulo: Atlas, 1987.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, 2004, v. 20, nº 2, pag. 580-588. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> Acesso em: 02 dez. 2007.

SELIGMANN-SILVA, E. Desemprego e psicopatia da recessão. In: BORGES, L. H.; MOULIN, M. G. B; ARAÚJO, M. D. (org.). **Organização do trabalho e saúde: múltiplas relações**. Vitória: EDUFES, 2001.

VASCONCELOS, L. C. F.; PIGNATI, W. A. Medicina do trabalho: subciência ou subserviência? Uma abordagem epistemológica. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2005, v. 11, nº 4, pag. 1105-1115. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> Acesso em: 02 dez. 2007.