

INTRODUÇÃO

"O senhor nem tem calo em coração para me escutar. Ah, vai vir um tempo, em que não se usa mais matar gente!" (Guimarães Rosa)

O que os trabalhadores têm feito em defesa de sua saúde?

Desta pergunta deriva o presente estudo. Ela nasce da indignação frente à precariedade das condições de trabalho a que está submetida a maioria dos trabalhadores brasileiros, observada durante fiscalizações e visitas a empresas. Nasce da convivência cotidiana com a gravidade do impacto do trabalho sobre a saúde, gritante no Serviço de Doenças Profissionais do Hospital das Clínicas da UFMG. Mas nasce também da compreensão de que os trabalhadores não são meros objetos passivos neste quadro. Eles são também sujeitos da relação trabalho-saúde - donde o interesse em conhecer suas ações neste campo.

Para isso, recortou-se como objeto as ações em saúde do trabalhador desenvolvidas pelos sindicatos representantes de oito categorias profissionais na região da Grande-BH: metalúrgicos de Betim, metalúrgicos de Belo Horizonte e Contagem, plásticos, eletricitários, bancários, aviários, trabalhadores em processamento de dados e em telecomunicações.

O estudo tem como objetivo conhecer, registrar e analisar as ações em saúde do trabalhador destes sujeitos sociais, para trazer subsídios para a formação de trabalhadores em saúde no trabalho.

Parte da hipótese de que as ações sindicais em saúde do trabalhador ora em desenvolvimento pelos sindicatos estudados apresentam-se como um rico momento do processo histórico em que os trabalhadores vão construindo concepções e práticas em torno da problemática da saúde na perspectiva

autônoma que lhes interessa. Tal processo - que faz parte da constituição dos trabalhadores enquanto classe - contém a criação de novas ações e de nova cultura sobre o corpo, a saúde e o trabalho, as quais disputam com as velhas para se instituir.

A pesquisa situa-se no contexto do convênio entre a Universidade Federal de Minas Gerais e a Escola Sindical 7 de Outubro, no qual, através da Pró-Reitoria de Extensão e do Núcleo de Estudos sobre o Trabalho Humano, professores de diversas áreas de conhecimento vêm colaborando com atividades de formação sindical desenvolvidas por aquela Escola. Articula-se também ao trabalho desenvolvido pelo Serviço de Doenças Profissionais da UFMG, particularmente em sua dimensão educativa, na relação com os trabalhadores-pacientes.

A perspectiva de contribuir na formulação de uma proposta pedagógica estimulou, nos procedimentos de análise, uma atenção especial para o conhecimento do universo cultural que embasa estas ações, enquanto referência fundamental para as atividades de formação sindical.

A construção e delimitação do objeto de estudo, bem como a metodologia adotada estão detalhadas no **primeiro capítulo**.

A análise do conjunto das experiências relatadas privilegia os pontos comuns vividos pelos sindicatos no processo de instituição das ações em saúde do trabalhador, sem intentar com isso subestimar as especificidades de cada categoria e as particularidades dos processos de trabalho em que estão inseridas.

Por quê se instituem estas ações? O **Capítulo 2** mostra como a dor e o sofrimento dos que estão no cotidiano das empresas chega e é captado nas suas entidades representativas, bem como as transformações culturais que estão ocorrendo neste campo, ao apresentar e discutir os motivos relatados pelos dirigentes entrevistados para o desencadeamento destas ações.

O **Capítulo 3** recupera o cenário do final dos anos 70 e início dos anos 80 no Brasil - quando emergem estas ações - buscando situar o contexto no qual elas são gestadas.

As formas e os canais de defesa da saúde em desenvolvimento pelos sindicatos estudados são descritas e comentadas no **Capítulo 4**. Nele se pontuam também aspectos da história dos movimentos dos trabalhadores no Brasil no tocante à saúde desde a Primeira República, com o intuito de identificar as características e possíveis elementos novos das ações implementadas atualmente, enquanto momento de um processo histórico.

Os processos de transformação de representações e práticas sociais e de instituição do emergente não se fazem, entretanto, sem dificuldades e problemas. Estes são sistematizados e analisados no **Capítulo 5**, com maior ênfase na identificação de pontos que podem ser considerados nas atividades de formação no sentido de contribuir para a superação destas dificuldades.

O que se pode apreender deste estudo, seus limites, suas implicações pedagógicas para a formação sindical em saúde e as perspectivas para a pesquisa são os itens que compõem a **Conclusão**.

Capítulo 1

O OBJETO E O OLHAR QUE O RECORTA

"Queria entender do medo e da coragem, e da gã que empurra a gente para fazer tantos atos, dar corpo ao suceder." (Guimarães Rosa)

1.1. Trabalho - Saúde?

"Levanto às quatro e meia para pegar o subúrbio das cinco. Desço na Praça da Estação e subo a pé até o alto da Afonso Pena. Chego na mineração, ponho meu calção e vou quebrar as pedras que saíram grandes da explosão. Quebro com a marreta e ponho na caçamba. Quando dá dez horas eu já enchi uma caçamba e aí começa a tonteira. Até a hora de largar o serviço eu quebro quatro toneladas de pedra, para elas poderem entrar no britador. As mãos já acostumaram: engrossaram. Esta cicatriz aqui é de um estilhaço de pedra que voou na minha cara. De vez em quando rola uma no pé também. Fora a poeira... Se não é para fazer hora extra, largo às quatro horas, desço a Avenida e chego em casa às seis e meia, sete horas. É jantar e dormir, prá levantar de novo às quatro. Mais para o final da semana não dá para jantar, porque a gente separa o dinheiro da condução e o resto é primeiro pros meninos." (Depoimento de J.C.S., colhido durante consulta médica no Serviço de Doenças Profissionais/UFMG).

Ouçõ cotidianamente relatos como este no Serviço de Doenças Profissionais trabalho ou em função dele. Por um trabalho muitas vezes

destituído de sentido para eles, alheio aos seus desejos, que não lhes garante um nível digno de consumo e - como se isso não bastasse - exercido em condições tais que lhes tiram a vida abruptamente ou aos poucos, mutilando seus corpos. São trabalhadores que, no trabalho, adquiriram intoxicação por chumbo, manganês ou mercúrio; silicose; surdez; dermatoses; cânceres; Lesões por Esforços Repetitivos; tristeza; insônia, dores e frustrações...

Na função de fiscal do Ministério do Trabalho, voltada para o controle das condições de higiene e segurança do trabalho nas empresas, inúmeras vezes pude sentir o que Edson Nunes registra de maneira muito clara:

"Durante a defesa de tese de nossa amiga Laís Abramo, José de Souza Martins contou que um certo conde, proprietário de indústrias em São Paulo, teria afirmado, perante a Justiça do Trabalho, que um "baiano" é mais barato que um filtro, razão pela qual preferia ver o ácido corroer as mucosas de seus operários a instalar equipamentos de segurança na empresa."
(NUNES,1989:85)

Estas experiências, vividas em espaços delimitados, estão parcialmente refletidas e são coerentes com os dados estatísticos oficiais sobre os danos do trabalho à saúde dos trabalhadores brasileiros os quais, ainda que profundamente subestimados, registram doze mortes a cada dia por acidentes do trabalho, trinta mil pessoas aposentadas por invalidez acidentária a cada ano (POSSAS,1981), para mencionar apenas dois indicadores...

Por outro lado, o conhecimento técnico na área de segurança e medicina do trabalho e da situação de saúde dos trabalhadores em outros países evidencia que existe tecnologia já desenvolvida para eliminar ou controlar os riscos à vida e à saúde no trabalho. Entretanto, nossa cultura parece validar a incorporação dos avanços tecnológicos pelas empresas em benefício dos processos produtivos, mas não necessariamente na proteção dos homens e mulheres que ali trabalham (VARGAS, 1985).

Tal quadro causa profunda indignação, a mim e a outros colegas de trabalho. Neste sentimento reconheço, apoiada em BORNHEIM (1983:10-11) - que coloca como atitudes básicas do filósofo a admiração, a dúvida ou a insatisfação moral - a energia que me move no processo de investigação científica.

Ouçõ THIOLLENT (1987:15-21) recomendando ao investigador a "vigilância epistemológica" e o questionamento de suas posições e pressupostos acerca do objeto, para não cair na "ilusão da imaculada percepção" e da neutralidade. Ouçõ CARDOSO (1986:103-105) propondo ao observador a "análise de seu próprio modo de olhar". Pergunto-me então: porque me indigno diante deste quadro?

Na minha história encontro algumas respostas. Meus avós vieram da Itália e de Portugal, no início da Primeira República. Foram artífices da construção civil e ajudaram a construir o anarco-sindicalismo. Conheci-os através das histórias contadas por minha mãe e por meu pai. Este, mestre de ofícios apaixonado pela construção civil, nunca executou a planta concebida pelo engenheiro sem antes questioná-la, entendê-la e modificá-la. Vi-o ensinar a dezenas de trabalhadores - que sempre sentavam à mesa conosco - a fazer o cálculo de uma laje, a cuidar da instalação elétrica e hidráulica, a assentar azulejos e pintar, criticando "os pedreiros de hoje que só sabem fazer uma coisa na obra".

O trabalho sempre foi um valor central na nossa criação: as mãos calejadas é o que se mostra para a polícia quando ela pede a identidade. Ser trabalhador é sinônimo de ser digno. Meus irmãos mais novos começaram a trabalhar cedo, porque a família precisava, mas também para "entrar na escola da vida" e para "não cair na malandragem", como dizia minha mãe. Foi pelo trabalho de meus pais e irmãos mais velhos que pudemos estudar e formar na universidade os três filhos mais novos. E estudar significava a possibilidade de se realizar socialmente, através de um "trabalho melhor", deixando para trás o fantasma da pobreza e da marginalidade.

Não via como coadunar esta representação do trabalho - que hoje sei marcada pela introjeção do ideário liberal-burguês da "sociedade do trabalho",

mas também eivada por elementos de uma cultura operária autônoma sobre o trabalho - com minhas vivências cotidianas como médica do trabalho e com as histórias que, investigando, descobri também na minha família. Por exemplo, o tio Mário que era tecelão e teve bissinose (a doença respiratória causada pela poeira do algodão), outros dois tios que morreram na construção do Viaduto Santa Tereza, pela pressa do encarregado. Ou o meu irmão, que todas as sextas-feiras escovava as unhas por meia hora no tanque, para delas retirar a graxa antes de ir namorar, e que perdeu os quatro dedos da mão direita na guilhotina da serralheria onde trabalhava.

Como conciliar a idéia do trabalho - valor-maior associado à vida e à saúde em nossa cultura - com a aparência de velhos de trabalhadores ainda jovens, "com os olhos baços dos trabalhadores noturnos, com o embotamento afetivo e intelectual dos trabalhadores submetidos ao ritmo monótono e repetitivo dos sistemas automatizados" (ASSUNÇÃO et al,1991), em suma, com a doença e a morte?

Quais são, afinal, as relações entre trabalho e saúde?

1.2. As visões da ciência médica sobre as relações entre o trabalho e a saúde

Ao longo da História, os homens vêm construindo respostas às interrogações a eles colocadas pela doença e pela morte, profundamente marcadas pelo contexto sócio-econômico, político e cultural em que surgem. Elaboram assim modelos que contêm explicações e propostas de intervenção variadas sobre a saúde e a doença e que, embora construídos em épocas distintas, podem coexistir ao longo da vida das sociedades. Quais são estes marcos de análise e como situam a questão do trabalho?

O primeiro deles, que data da pré-história, é o que confere à doença uma interpretação **mágico-religiosa**: resultado de um feitiço, do desrespeito a um tabu, do ataque de um espírito maligno ou de um castigo dos deuses (FACCHINI,1991). Nele, o homem é o receptáculo de uma causa externa e tem papel passivo diante da doença. Embora tal concepção comece a ser colocada em plano secundário pelas observações e práticas empíricas desenvolvidas, a partir do século VIII a.C., pelas medicinas egípcia, chinesa, hindu e, mais tarde, grega, ela é retomada na Idade Média e não se pode dizer até agora que tenha sido superada. Seus elementos podem ser re-encontrados, por exemplo, na idéia do acidente como fatalidade, como "ossos do ofício", ou "porque não rezou hoje".

O segundo é o **modelo unicausal** que consolida, com a descoberta dos micro-organismos no século XIX, algumas teorias desenvolvidas desde o século XVI: toda doença tem uma única causa e cada causa determina uma única doença. A intervenção sobre ela deve ser feita com vacinas ou produtos químicos que agem sobre esta causa (BARATA,s.d.: 20). Para esta abordagem - ainda muito frequente no meio médico e eixo da chamada **Medicina do Trabalho** - o mineiro cujo depoimento se recupera neste texto teria silicose por causa da poeira de sílica; a morte do trabalhador da construção civil seria causada pela queda do andaime; as intoxicações por metais dever-se-iam à inalação ou ingestão dos mesmos e devem ser tratadas, quando houver medicamentos adequados. Apesar de trazer importantes contribuições ao raciocínio etiológico e à prática clínica junto ao paciente, tal abordagem é insuficiente para explicar os aspectos coletivos do fenômeno saúde-doença. Por quê 3000 trabalhadores morrem na construção civil a cada ano, por quê tantos mineiros são secularmente silicóticos? Mais do que isto, o modelo unicausal é ineficaz para orientar uma intervenção substantiva sobre os fenômenos.

Estas insuficiências do modelo unicausal tornaram-se evidentes após a II Guerra Mundial quando, nos países industrializados, reestrutura-se a produção, novas tecnologias começam a ocupar todos os setores da economia e as políticas sociais têm que contemplar mais as áreas de saúde e educação (FACCHINI,1991). Neste contexto desenha-se o **modelo multicausal**, no qual

a doença é vista como o resultado do desequilíbrio entre três tipos de fatores: os do agente, os do hospedeiro e os do meio-ambiente. Para agir sobre ela, "basta identificar um componente mais frágil à intervenção, sem que seja preciso alterar todo o conjunto de fatores" (BARATA,s.d.: 22).

Tal modelo encontra correspondência com o da **Saúde Ocupacional**, definido por MENDES (1980) como uma atividade de Saúde Pública dirigida para uma comunidade de trabalhadores, sejam os empregados de um estabelecimento, ou os trabalhadores de uma região ou de uma categoria profissional. Ela toma por objeto não apenas o indivíduo, mas o grupo de trabalhadores expostos a agentes patogênicos, visando agir no nível da prevenção. Para isso, busca selecionar o trabalhador menos suscetível a "hospedar" em seus corpos as poeiras e fumaças do meio-ambiente de trabalho; instruir-lhes, em campanhas, sobre a higiene pessoal e a atenção como medidas preventivas contra os riscos no trabalho; implantar o uso de máscaras respiratórias, capacetes, botas e abafadores de ruído ou medidas de proteção coletiva que minimizem os riscos.

Embora traga alguns instrumentos de atuação preventiva, este modelo extrai cada "comunidade de trabalhadores" da rede de relações econômicas e sociais em que ela está inserida, tendendo a atuar apenas a nível dos fenômenos: riscos, acidentes e doenças.

Já o **modelo da determinação social**, tem suas raízes no movimento revolucionário francês do final do século XVIII e ganha corpo a partir de 1960. Critica o caráter biologicista, ahistórico e mecanicista dos paradigmas anteriores, onde "o social aparece como atributo do homem e não como essência da própria existência humana" (BARATA,s.d.: 21-22) e denuncia a adequação e utilidade destes modelos ao modo de produção capitalista.

Este modelo parte do propósito de entender a saúde-doença como expressão concreta, no corpo dos homens, do processo histórico e social. Encontra-se, assim, no leito do materialismo histórico, com a categoria Trabalho - o que situa o "ambiente" dos seres humanos antes de tudo como um produto social. Incorpora ainda, como categoria central, o Processo de

Trabalho, na medida em que permite dar conta das formas específicas sob as quais se dá a relação entre o homem e a natureza. Aborda o processo de trabalho enquanto terreno de contradição, onde os trabalhadores desenvolvem resistências contra sua própria desumanização, "manifestas na astúcia e na mão rebelde do trabalho" (LAURELL e NORIEGA, 1989: 99-104). Afirma, assim, que

"o processo saúde-doença é determinado pelo modo como o Homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação esta que se realiza por meio do processo de trabalho, baseado em determinado grau de desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção" (LAURELL,1982:23).

Tal modelo, em processo de construção por diversos teóricos (cf. TAMBELLINI,1976; LAURELL e NORIEGA,1989; GARCIA,1983; BREIHL,1986), embasa a corrente denominada **Saúde do Trabalhador**, para a qual, nas sociedades capitalistas, a subsunção do trabalho ao processo de valorização do capital seria a chave para a compreensão da saúde e da doença dos grupos humanos, divididos em classes sociais. A gravidade do quadro de saúde dos trabalhadores em sociedades como a brasileira é entendida em relação à forma como se organiza a sociedade, e portanto, a produção, onde o capital se apropria da ciência e da tecnologia para prosseguir em seus propósitos de acumulação, através da extração da mais-valia. A transformação deste quadro de saúde, segundo o modelo da determinação social, insere-se na perspectiva da luta de classes, alimentada pelas contradições que se afirmam e às quais responde a classe trabalhadora.

Revedo a caminhada teórica em torno da explicação da saúde e da doença, apreendo que, frequentemente, a ciência médica **exclui** o trabalho ao pensar este processo. Outras vezes, ela o considera o trabalho como **veículo de um ou outro risco à saúde**, como no modelo unicausal. Pode também **reduzi-lo à dimensão de meio-ambiente**, fazendo do trabalhador um mero "hospedeiro" de agentes, como no modelo da multicausalidade. São concepções e práticas que trazem contribuições em situações muito

específicas, mas ainda insuficientes. O modelo da determinação social, por seu turno, coloca o trabalho como **categoria central** e constrói explicações estruturais de fundamental importância para a compreensão do processo saúde-doença em sua dimensão coletiva, social e histórica.

Mas, ainda assim, persisto com algumas indagações diante das situações concretas com as quais me defronto cotidianamente. Encontrar explicações estruturais para o sofrimento e a dor não basta. Como transformar este quadro? A perspectiva da luta de classes me parecia tão distante, frente a trabalhadores-pacientes cansados, que muitas vezes relatavam, num tom passivo e banalizante, situações vividas no trabalho aos meus olhos absurdas... Ou que arrastavam pela vida os danos aos seus corpos adquiridos no trabalho, ridiculamente indenizados pela Previdência Social... Não podia ver neles os agentes da transformação, da forma como eu a concebia. Estariam mais próximos de ser, neste arcabouço teórico, os produtos acabados da dominação, a realização histórica dos objetivos capitalistas. À indignação com a gravidade dos impactos do trabalho sobre a saúde soma-se a angústia de não ver caminhos para a transformação. Meu cotidiano profissional torna-se extremamente pesado.

Busco, em outras áreas do conhecimento, elementos que possam ampliar as perspectivas. Retomo algumas categorias: Trabalho, Processo de Trabalho, Cultura, Hegemonia, Sujeito, Classe. Estas, comentadas de forma sucinta a seguir, vão revivificar a dialética na visão de mundo dentro da qual será recortado o objeto de estudo.

1.3. Trabalho e Processo de Trabalho

É o ideário burguês no século XVII, bem representado por John Locke, que recoloca o trabalho como categoria central na organização da sociedade.

Disputando a hegemonia política com uma aristocracia feudal já em crise, a burguesia denuncia a ilegitimidade da relação de escravidão ou de servidão, na medida em que esta define as posições sociais a partir do caráter divino da propriedade dos senhores. Defende, por seu turno, que o trabalho não é uma atividade degradante, ônus exclusivo do homem pobre, mas é sim inerente ao corpo do homem e base de toda a riqueza social que está sendo gerada. Como propriedade natural e comum a todos os homens - que portanto os torna iguais, o trabalho deve ser trocado livremente no mercado pelo dinheiro do capitalista (LOCKE,1973: 45-67; ALVIM,1986: 19-21).

Neste ideário nutre-se o projeto das modernas "sociedades do trabalho" no século XIX: através do trabalho o homem vai se tornar senhor de si mesmo, dominar a natureza e construir um mundo de liberdade, igualdade e progresso (BERMAN,1987). O projeto civilizatório moderno introduz máquinas, estradas e fábricas na paisagem.

Marx olha-a por outro lado.Ele entende que,

"antes de tudo, o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza." (MARX, 1972: 424)

Considerando o trabalho como atividade que envolve o homem todo, através da qual ele "imprime seu rosto na natureza e se faz" (LE VEN, 1991: 8), Marx vê, pelo contrário, um trabalho que nega a essência criadora e social do homem. Vê o trabalhador alienado de si e dos outros homens, alienado da natureza, do trabalho e de seus produtos (MARX,1844:89-91).

As constatações de Marx são bem apresentadas por Ricardo ANTUNES:

"Se na formulação marxiana o trabalho é o ponto de partida do processo de humanização do ser social, também é verdade que, tal como se objetiva na sociedade capitalista, o trabalho é degradado e aviltado. Torna-se estranhado. O que deveria se constituir na finalidade básica do ser social - a sua realização **no e pelo** trabalho - é pervertido e depauperado. O processo de trabalho se converte em meio de subsistência. A força de trabalho torna-se, como tudo, uma mercadoria, cuja finalidade vem a ser a produção de mercadorias. O que deveria ser a forma humana de realização do indivíduo, reduz-se à única possibilidade de subsistência do despossuído. Esta é a radical constatação de Marx: a precariedade e perversidade do trabalho na sociedade capitalista". (1988: 180-181)

Atento e indignado também com os impactos do trabalho sobre a saúde, Marx formula e denuncia a exploração das forças físicas e espirituais do trabalhador pelo capitalista, que tende a transformá-lo em apêndice da máquina, em mercadoria, para melhor extrair a mais-valia.

"Aludiremos de passagem às condições materiais em que se realiza o trabalho na fábrica. Os órgãos dos sentidos são todos eles igualmente prejudicados pela temperatura artificialmente elevada, pela atmosfera poluída com os resíduos das matérias primas, pelo barulho ensurdecedor etc, para não falarmos do perigo de vida que advém das máquinas muito próximas uma das outras, as quais produzem sua lista de acidentes da batalha industrial com a regularidade das estações do ano. A diretriz de economizar os meios sociais de produção, diretriz que se concretiza de maneira cabal e forçada no sistema de fábrica, leva o capital ao roubo sistemático das condições de vida do trabalhador durante o trabalho. O capital usurpa-lhe o espaço, o ar, a luz e os meios de proteção contra condições perigosas ou insalubres do processo de trabalho, para não falarmos das medidas necessárias para assegurar a comodidade do trabalhador." (MARX, 1972: 430)

Entretanto, os propósitos do capital de reduzir o trabalhador a mercadoria e dominá-lo física e mentalmente não se consumam sem conflitos:

"Mas **o que é vendido** na realidade e **em troca de quê?** Uma quantidade de 'mercadoria' força de trabalho, em troca de uma quantidade de dinheiro, que é o salário. Mas essas quantidades são definidas? Aparentemente, sim: tantas horas de trabalho, tal salário. Na realidade, **de modo algum**: a força de trabalho não é uma mercadoria como as outras, não somente porque produz mais do que custa a seu comprador, mas porque é indefinível préviamente em seu conteúdo concreto. (...) Quando o capitalista compra uma jornada de trabalho, o problema apenas começou. O que ele vai poder extrair da mesma como rendimento efetivo será o resultado de uma luta que não cessará um segundo durante a jornada de trabalho." (CASTORIADIS, 1985: 61)

À tentativa de dominação por parte do capital, opõe-se a resistência do homem que trabalha - ser livre que vende a sua força de trabalho, mas não a si próprio.

A compreensão de que há uma resistência operária a qual coloca limites à subordinação e obriga o capital a reinventar sempre novas estratégias para atingir seus objetivos (GOMEZ,1987: 51-53), pode iluminar a leitura da evolução histórica do processo de trabalho sob o capitalismo (Cf. BRAVERMAN,1987; LINHART,1980; FERREIRA,1987; TRONTI E COLS.,1982; BRIGHTON LABOUR PROCESS GROUP, 1991). Grande indústria, Taylorismo, Fordismo, Inovações Tecnológicas e Organizacionais, enquanto materialização da **relação** entre trabalhadores e capital, podem ser vistos, por um lado, como expressão concreta da desapropriação progressiva do saber dos trabalhadores e de seu controle sobre o processo de trabalho pelo capital. Mas, por outro lado, são também evidências da resistência oposta neste processo pelos homens que trabalham, sem a qual o capital não buscaria aperfeiçoar suas estratégias de dominação.

Recuperando o "elemento humano" no e do trabalho, é possível então visualizar as pontes entre uma classe que, ao mesmo tempo, estaria

subordinada e seria revolucionária (LE VEN, 1988:14-17). O processo de trabalho se configura então como terreno político, de afirmação e superação de contradições.

Vejo que absorvi da modernidade o valor-trabalho - como liberdade, autotransformação e transformação do mundo, para indignar-me, como Marx, com a forma degradante em que ele é realizado no capitalismo. Mas a subordinação dos homens e mulheres trabalhadores não é absoluta, o trabalho tem também a sua positividade e a luta política está viva no próprio processo de trabalho: espaço de exploração e resistência, dominação e autonomia, destruição e construção.

Vislumbro também a "outra metade" do trabalho.

Surge então o desejo de compreender este movimento: como se constróem a dominação e a resistência a ela?

1.4. Cultura, Hegemonia e Sujeitos

..."há uma redescoberta do cultural como central ao entendimento da dominação - algo que não se esgota na ideologia, ou nas lógicas e necessidades da produção e do poder, embora as suponham." (PAOLI, 1987: 57-58)

Entender a dominação e, principalmente, a resistência a ela, supõe considerar o universo da cultura, conhecer não só o concreto vivido pelas pessoas mas também os processos pelos quais a ele atribuem significados (SADER,1988:43). Isto porque não parece haver uma linearidade entre as experiências cotidianas e a ação dos homens, as quais seriam mediadas, a nível simbólico, pela cultura:

"A cultura funciona como uma espécie de grade que se aplica sobre um território originalmente indistinto, seccionando-o e estabelecendo entre as partes, assim constituídas, contrastes e diferenças que se responsabilizam, a partir de então, pela constituição do sentido. Esta atribuição de sentido ao mundo só se torna possível porque a sociedade é, ela mesma, um sistema estruturado cujos componentes relacionam-se segundo uma determinada lógica, lógica esta que é introjetada nas mentes dos indivíduos, e por esse caminho, "projetada" sobre o mundo..." (RODRIGUES, 1983: 43)

Mas a cultura integra também as relações de poder. é o que sublinha CHAÚÍ, ao conceituá-la como "processo social global que constitui a 'visão de mundo' de uma sociedade e de uma época", articulando-a a dois outros conceitos, na linha gramsciana. O primeiro deles seria o de ideologia, enquanto "sistema de representações, normas e valores da classe dominante que ocultam sua particularidade numa universalidade abstrata". O segundo seria o de hegemonia - o qual inclui e ultrapassa os anteriores, na medida em que abrange o fenômeno da obediência e da subordinação - que seria "a cultura numa sociedade de classes" (1987: 21).

A cultura hegemônica permeia o cotidiano dos homens e "penetra na consciência dos agentes, assumindo um aspecto independente e natural" (KOSIK, 1976:11). É uma assimilação não tematizada pois,

"se nos dispuséssemos a refletir sobre o conteúdo de verdade material ou formal de cada uma de nossas formas de atividade, não poderíamos realizar sequer uma fração das atividades cotidianas imprescindíveis, e, assim, tornar-se-iam impossíveis a produção e a reprodução da vida da sociedade humana" (HELLER, 1989:20).

Desta forma a cultura hegemônica, numa sociedade dividida em classes, legitima e naturaliza e reproduz a exploração econômica e a dominação política. Mas isto não é tudo, por que,

"na prática, a hegemonia nunca pode ser singular. Suas estruturas concretas são altamente complexas e sobretudo (o que é crucial) não existe apenas passivamente na forma de dominação. Deve ser continuamente renovada, recriada, defendida e modificada e é continuamente resistida, limitada, alterada, desafiada por pressões que não são suas. Nesse sentido, devemos **acrescentar ao conceito de hegemonia os conceitos de contra-hegemonia e de hegemonia alternativa, que são elementos reais e persistentes da prática.**" (Williams, 1977, citado por CHAUÍ,1987. Grifos meus)

Como será visto de forma mais específica no Cap. 2, os sujeitos, colocados sob o peso da hegemonia, assimilam suas normas e valores, até mesmo para inserirem-se na sociedade (BRANDÃO,1982). Mas também reorganizam a lógica da cultura que a mantém. é que a vivência concreta de suas contradições gera uma corrente subterrânea de desagrado e oposição, um descontentamento que é fonte potencial de mudança (MOORE JR,1987:79). Neste processo, os sujeitos, marcados por suas inserções particulares no conjunto das relações sociais e pelas contradições que experimentam a partir deste lugar social, questionam a visão de mundo que lhes é dada e dela se reapropriam de forma diferenciada (MADEIRA, 1990, 7). Não apenas introjetam, mas também criam e projetam sobre o real. Constróem assim novas representações sociais - princípios geradores de tomada de posições e ordenadores da ação (DURKHEIM, 1974; MOSCOVICI, 1979; SPINK, 1989; JODELET, 1990; HERZLICH, 1972). Assim, pouco a pouco vão conformando novas culturas, diferentes ou até opostas à hegemônica, e que com ela disputam para se instituir.

Dialéticamente, na heteronomia pode ser vista a autonomia, "a liberdade nascendo da contestação da dominação, algo novo surgindo do velho". Este é um processo que não é dado de forma acabada, mas que se faz historicamente por sujeitos que, ao reconhecer uma dependência do Outro, agem no sentido de tornarem-se livres, descobrem sua identidade, se autodeterminam e buscam a auto-realização individual e coletiva (LE VEN,1988:25- 28).

"A autonomia torna-se então: meu discurso deve tomar o lugar do discurso do Outro, de um discurso estranho que está em mim e me domina (...) A história é o processo de construção de sujeitos autônomos; não há história sem o desejo de ser aquilo que não é..." (CASTORIADIS,1982:124)

A cultura é, portanto, espaço de dominação mas também de resistência a ela, onde é possível gestar-se o Novo.

Daí a importância de considerar as mediações culturais que integram o universo simbólico dos trabalhadores, buscando conhecer, por um lado, as formas pelas quais a cultura dominante é aceita, interiorizada e reproduzida. Mas, por outro lado, aproximando-se também das formas como suas contradições são por eles negadas, elaboradas e superadas, construindo uma cultura autônoma que ordena ações transformadoras e compõe novas práticas sociais - campo fecundo para se pensar também uma pedagogia.

Mas, para isso, é necessário romper com as representações instituídas sobre os trabalhadores entre alguns pesquisadores, como será discutido a seguir.

1.5. Os Trabalhadores como Sujeitos se fazendo Classe

É possível pensar os trabalhadores nomeando aspirações, produzindo representações autônomas de si e do mundo, organizando práticas que envolvam politicamente outros sujeitos que nelas se reconheçam, instituindo algo além do que está dado?

Esta é uma das questões discutidas em trabalho de Eder SADER e Maria Célia PAOLI (1986), no qual são apontadas certas representações sobre "classes populares" no pensamento sociológico brasileiro, muito condizentes com um privilegiamento das explicações macro-estruturais. Nelas, os

trabalhadores teriam como traço distintivo a negatividade. Há a heterogeneidade, que dificultaria a construção de uma identidade. Há a falta crônica de aptidão para a ação coletiva e política, que demandaria a intervenção da "vanguarda" ou do Estado. Há a ignorância e a alienação, atribuíveis à sua formação histórica, aos meios de comunicação de massa ou às estratégias empresariais:

"Falta uma identidade social e política coletiva, falta uma coerência e racionalidade a partir de sua posição objetiva no processo de produção, falta uma consciência adequada de classe, falta uma autonomia mínima de movimentação coletiva solidária."
(SADER e PAOLI, 1986:49)

A ruptura com esta representação instituída sobre os trabalhadores como faltos implica em reconhecer a capacidade dos indivíduos, mesmo quando envolvidos numa relação de dominação, reformular e reprocessar as determinações que os constituem como trabalhadores, criar coletivamente valores que lhes possibilitem viver, com iniciativa e liberdade, dentro do mundo do trabalho, nas suas relações com as outras classes (LE VEN, 1988: 19-21).

Implica, também, na abertura dos pesquisadores para captar as múltiplas formas de sua expressão política, suas escolhas estratégicas de sobrevivência, suas elaborações significativas acerca do próprio processo de trabalho. Significa ver atores integrais, se fazendo sujeitos em suas práticas, sem hierarquizar previamente sua importância política (SADER e PAOLI, 1986: 61-62).

Esta perspectiva, por seu turno, pressupõe uma concepção de classe que não derive estáticamente do modelo de relações capitalistas, mas que a capte em seu processo de formação na história:

"As pessoas se encontram em uma sociedade estruturada (crucialmente, mas não exclusivamente em relações de produção), experimentam a exploração (ou a necessidade de manter o poder

sobre os explorados), identificam pontos de interesse antagônico, começam a lutar por estas questões e no processo de luta se descobrem como classe, e chegam a conhecer esta descoberta como consciência de classe. A classe e a consciência de classe são sempre as últimas, não as primeiras fases do processo histórico." (THOMPSON, 1984: 37)

Nesta linha de pensamento, avaliar "o que as classe populares **são** perde o sentido, para se transformar numa avaliação daquilo que os grupos estão enfrentando e **estão sendo**." O social não é mais estrutura, mas ganha vida e se constitui no cotidiano (SADER e PAOLI, 1986: 61-62).

Retomo os pontos de partida desta empreitada teórica: a indignação com a gravidade do quadro de saúde dos trabalhadores no Brasil e a angústia de não conseguir vê-los lutando pela sua transformação.

Abro os ouvidos para José Murilo de CARVALHO, falando dos cidadãos supostamente "bestializados" da Primeira República, e questiono-me sobre os filtros que adotava para identificar os sussurros do movimento de mudança:

"Cabe perguntar agora também se a percebida inexistência de povo não era antes consequência do tipo de povo ou de cidadão que se buscava." (1987: 69)

Abro mão de "despencar a representação típico-ideal no real" (SADER e PAOLI, 1986:50).

Abro os olhos para ver os trabalhadores se fazendo sujeitos de sua saúde: encontro o objeto de estudo.

1.6. O Objeto e a Metodologia de Estudo

Se o trabalho é categoria central no desenho do perfil de saúde e doença dos grupos humanos;

se o trabalho na sociedade capitalista é terreno político onde se afirma a dominação e a exploração dos trabalhadores mas também a negação e a superação destas;

se na cultura se constrói e reproduz o hegemônico, na perspectiva da classe dominante, mas também nela os trabalhadores podem produzir suas representações autônomas sobre a saúde e o trabalho;

se as representações sociais ordenam as ações dos sujeitos;

e, finalmente, se são estas ações que podem transformar o quadro de saúde dos trabalhadores brasileiros, interessa captá-las em seu acontecer histórico: **o que os trabalhadores têm feito em defesa de sua saúde?**

Uma das facetas da resposta a esta pergunta pode ser captada no estudo das ações sindicais em saúde, se se considera os sindicatos como uma das instâncias de organização, expressão e ação de sujeitos políticos.

Verifico, com as novas lentes incorporadas, que, ao longo dos anos 80, vários sindicatos vêm fazendo uma crítica à abordagem da questão da saúde que vinham desenvolvendo até então e inaugurando novas práticas, por eles agora denominadas de "Saúde do Trabalhador".

Decido então conhecer as ações em Saúde do Trabalhador destas entidades, delimitando a abrangência do estudo à região da Grande-BH.

Parto da hipótese de que estas ações são expressão prática de elementos de concepções emergentes que tendem a avançar no processo de construção,

pelos trabalhadores, de uma abordagem da problemática da saúde na perspectiva que lhes interessa. Estas concepções emergentes não seriam restritas à saúde, mas fariam parte de um processo mais abrangente de mudanças na cultura dos trabalhadores, onde o novo e o autônomo são gestados a partir do velho e do heterônimo, com eles se misturam e deles vão se separando pela ação dos sujeitos. Permaneço, entretanto, atenta à possibilidade de surpreender-me e de ter que reformular minhas hipóteses, como indica CARDOSO (1986:102).

Além de conhecer estas ações sindicais, este estudo pretende registrá-las e sistematizá-las enquanto fenômeno emergente. Pretende ainda contribuir para sua divulgação e análise.

Estes objetivos voltam-se, centralmente, para o intuito de participar na formulação de uma proposta pedagógica para os trabalhadores no campo da saúde. Tal propósito justifica-se na premissa de que a formação sindical tem um papel a desempenhar no processo de construção da classe trabalhadora enquanto tal e que, para cumpri-lo sem autoritarismo e "verdades" pré-determinadas, deve ter como base exatamente o seu universo, com sua história, seu contexto, suas tensões, ambiguidades, metas, desejos e sonhos.

Para estudar as ações sindicais em Saúde do Trabalhador na Grande-BH, optou-se, metodologicamente, pela realização de entrevistas com dirigentes dos sindicatos daquela região que estivessem desenvolvendo ações neste campo. Com o objetivo de identificar estas entidades, foram enviadas cartas-consulta com cartão selado para resposta a todos os sindicatos de trabalhadores sediados na área geográfica delimitada, de acordo com o cadastro da Escola Sindical 7 de Outubro. Na carta, depois de informar os objetivos da pesquisa, interroga-se, em múltipla escolha, sobre a existência ou não de ações na área de saúde do trabalhador (ANEXO 1).

Responderam afirmativamente à consulta vinte e uma entidades. Destas, nove não puderam ser identificadas, por desacerto no preenchimento do cartão-resposta, e quatro não puderam, por diversos motivos, ser entrevistadas (Sindicato dos Servidores da FHEMIG, Sindicato dos Enfermeiros do Estado de

Minas Gerais, Sindicato dos Mineiros de Nova Lima e Sindicato dos Metalúrgicos de Sabará).

Dentre as entidades estudadas, cinco estão ligadas ao setor terciário da economia e três ao secundário. São elas:

- Sindicato dos Trabalhadores em Processamento de Dados (SINDADOS)
- Sindicato dos Trabalhadores em Telecomunicações (SINTTEL)
- Sindicato dos Bancários de Belo Horizonte
- Sindicato dos Eletricitários de Minas Gerais
- Sindicato Nacional dos Aeroviários - Subsede-BH
- Sindicato dos Metalúrgicos de Belo Horizonte e Contagem
- Sindicato dos Metalúrgicos de Betim
- Sindicato dos Plásticos

Estes sindicatos foram contatados e marcaram-se as entrevistas com os dirigentes indicados pela entidade, após a explicitação dos objetivos da pesquisa. Elas foram realizadas e gravadas nas próprias sedes dos sindicatos (1) - à exceção dos Metalúrgicos de Contagem e Belo Horizonte, que decidiram

(1) Das entrevistas participaram também Andréa Maria Silveira - médica do Serviço de Doenças Profissionais do Hospital das Clínicas da UFMG e assessora de saúde dos Sindicatos dos Mineiros de Nova Lima e dos Aeroviários; Márcia Rejane Soares Campos, Maria Leonor Barros Ribeiro, June Maria Passos Resende e Sibebe Silva Freire - então médicas-residentes em

Medicina Social na UFMG cursando a área de concentração em Saúde do Trabalhador.

responder por escrito. Optou-se por entrevistas semi-estruturadas (THIOLLENT,1987:15-35), nas quais o informante foi estimulado a descrever o trabalho desenvolvido na área de Saúde do Trabalhador. Disponha-se também de um roteiro com os pontos mínimos a serem contemplados no relato - discutido previamente com assessores sindicais em saúde - que era checado ao final da entrevista para, se necessário, completá-la (ANEXO 2). Na ocasião, foram recolhidos os documentos sobre a questão disponíveis nas entidades (jornais, boletins, cartilhas, pautas de reivindicações para Negociação Coletiva, textos do Acordo Coletivo, etc).

Além destes instrumentos foram também utilizados dados sobre os Acordos Coletivos das categorias estudadas registrados na Delegacia Regional do Trabalho em Minas Gerais no período da pesquisa de campo (1989-1990) (2).

Como pano de fundo deste estudo, é importante registrar que o contato com os professores que compõem o Núcleo de Estudos sobre o Trabalho Humano - NESTH/UFMG e, por convênio, com trabalhadores e dirigentes na Escola Sindical 7 de Outubro constitui-se num espaço de conhecimento, ação e reflexão que perpassa todo o processo de investigação. Da mesma forma, a experiência na Faculdade de Medicina e no Serviço de Saúde do Trabalhador do Hospital das Clínicas da UFMG, ao possibilitar o relacionamento com pacientes-trabalhadores, alunos, médicos-residentes, funcionários e professores, configura-se como vivência fértil para a gestação das perguntas que derivaram na eleição do objeto deste estudo e para sua elaboração na práxis coletiva.

(2) Trata-se de dados primários colhidos pela equipe que desenvolve pesquisa sobre o tema, coordenada pela Profa. Elizabeth Costa Dias, gentilmente cedidos para este estudo.

O **corpus** de documentos que embasa este estudo foi interpretado pela análise de conteúdo, conforme propõe BARDIN:

"um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens,(...) fundamentando impressões e juízos intuitivos através de operações conducentes a resultados de confiança (1979: 42).

Constituem-se partes integrantes deste **corpus** as entrevistas transcritas, os documentos produzidos pelas entidades e os dados recolhidos sobre Acordos Coletivos e serão a matéria básica dos capítulos que se seguem.

Capítulo 2

POR QUÊ SE INSTITUEM AÇÕES EM SAÚDE DO TRABALHADOR?

"as coisas que acontecem é porque já estavam ficadas prontas, noutra ar, no sabugo da unha; e com efeito tudo é grátis quando sucede, no reles do momento." (Guimarães Rosa)

" Porque **estavam aparecendo acidentes do trabalho e casos de tenossinovite** nos escritórios. E também na área da mecânica **o pessoal está contraindo chumbo no sangue**. O pessoal que lava os transformadores exposto a campo magnético e que tem que lavar com **benzeno**. **Apareciam** vários casos das **pessoas doentes**, com náuseas, vômitos." (SINDIELETRO, grifos meus)

"Por uma pressão de demanda de problemas relacionados à **falta de condições de trabalho, doenças profissionais**, que conseqüentemente **houve uma pressão da categoria para que a diretoria assumisse a luta por saúde**." (S. Metalúrgicos de Belo Horizonte e Contagem, grifos meus)

"**Isto foi um processo que aconteceu na categoria.(...) Tivemos muitos casos de pessoas adoecendo, tivemos também casos de acidentes**. Depois, também, toda essa parte de escritório e reservas **passou a ser informatizada**, aí o pessoal **começou a aparecer com doenças** e que eram doenças comuns aos outros trabalhadores em processamento de dados, aos metalúrgicos." (S. Aeroviários, grifos meus)

"A gente **descobriu** que na FUNDACENTRO eles tinham um laudo técnico onde constava que na Vulcan tinha algumas **seções insalubres pela contaminação do chumbo.**" (S. Plásticos, grifos meus)

"Eu fazia parte da diretoria do Sindicato e entrei para a CIPA (3). Então eu **conheci a estrutura da CIPA**, uma estrutura burocratizada que não estava funcionando. Aí a gente começou a levar a discussão mais no campo geral do sindicato, não ficar só na época de campanha salarial e sim no **dia-a dia** mesmo da empresa." (SINTTEL, grifos meus)

Indagados sobre o por que da instituição das ações em Saúde do Trabalhador, os dirigentes entrevistados falaram em doenças do trabalho que "começaram a aparecer" e que têm um perfil mais ou menos específico em cada categoria: são a neurose e a fadiga das telefonistas, as Lesões por Esforços Repetitivos (L.E.R.) em alguns trabalhadores em telecomunicações; o stress , a neurose depressiva e a L.E.R. em bancários; a surdez, problemas cardíacos, neurose , L.E.R. e leucopenia (4) nos metalúrgicos de Belo Horizonte e Contagem; úlcera, lombalgia, intoxicação por chumbo, neurose nos metalúrgicos de Betim; L.E.R. no processamento de dados e eletricitários. Dos acidentes do trabalho falaram os aeroviários, eletricitários e metalúrgicos. Os sindicatos dos Plásticos, Telecomunicações e chumbo, neurose nos metalúrgicos de Betim; L.E.R. no processamento de dados e eletricitários.

(3) CIPA: Comissão Interna de Prevenção de Acidente, prevista na Consolidação das Leis do Trabalho e regulamentada na NR-5 da Portaria 3214/78.

(4) Leucopenia: termo que designa a redução do número de glóbulos brancos no sangue periférico, alteração que pode ter diversas causas, entre elas a exposição ocupacional a benzeno e a radiações ionizantes.

Dos acidentes do trabalho falaram os aeroviários, eletricitários e metalúrgicos. Os sindicatos dos Plásticos, Telecomunicações e Eletricistas mencionaram ainda condições de trabalho nocivas ou mal controladas que "a gente descobriu".

Mas será que tudo isto é novo?

2.1 Acidentes, doenças e precárias condições de trabalho: fatos novos?

No tocante aos acidentes de trabalho, as estatísticas oficiais brasileiras registram, por exemplo, que nos primeiros anos da década de 70 - quando começaram a ser compilados e divulgados estes dados a nível nacional - entre 15 a 30% da população trabalhadora segurada acidentou-se no trabalho - e a Grande-BH não apresenta particularidades em relação a este quadro (FUNDACENTRO, 1978-1989). Isto sem considerar a quase outra metade da população economicamente ativa, inserida informalmente no mercado de trabalho (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, 1970-1990), que frequentemente exerce suas atividades em condições mais precárias, cujos dados não são incorporados nestas estatísticas.

Além da incidência muito elevada, chama a atenção a gravidade destes acidentes, que reflete-se em taxas de letalidade também muito altas se comparadas a outros países: 1 morte em cada 246 acidentes no Brasil, 1:466 na Espanha, 1:849 na Suécia (BRANT, 1989).

A partir de 1974 a frequência dos acidentes do trabalho vem se reduzindo nos dados oficiais, estabilizando-se em torno de 4% da massa segurada em 1985. Entretanto, esta redução tão abrupta tem sido imputada mais a

mudanças político- administrativas no processo de registro dos agravos do que à efetiva melhora do quadro (POSSAS,1987; RIBEIRO e LACAZ,1984; BRANT,1989).

Do ponto de vista técnico, portanto, parece ser possível afirmar que a problemática dos acidentes não é nova neste país, e reflete as condições de trabalho perigosas que há muito são oferecidas aos trabalhadores (5).

A questão das doenças profissionais é um pouco mais complexa. Os dirigentes entrevistados nomearam várias delas, que, para fins de análise, foram divididas em dois grupos distintos: aquelas reconhecidas pela legislação em vigor como geradas pelo trabalho e aquelas que surgem na fala dos dirigentes entrevistados como ocupacionais.

(5) Desde o Brasil Colonial o impacto do trabalho sobre o perfil de saúde-doença da população já se fazia notar de forma aguda. Discutindo porque a mortalidade entre os negros apresentava-se 765 mais elevada em relação aos brancos, Gorender aponta: "Um fator que contribuía não pouco à elevação da taxa de mortalidade, eram os riscos inerentes às condições de trabalho na mineração, causadoras de acidentes fatais. Os escravos se viam constantemente sujeitos a morrer afogados, soterrados ou asfixiados pelos gases das galerias subterrâneas. Eschwege recolheu a lembrança do desmoronamento de uma galeria em que pereceram 200 negros e 11 feitores. Em outro episódio, narrado por Joaquim Felipe dos Santos, o Rio Jequitinhonha, "cercado" em certo trecho, rompeu a barragem e em suas águas precipitadas morreram 60 pessoas" (GORENDER, 1978). Ainda no setor de mineração, os relatórios da St. John Del Rey Mining Co. - a atual Cia. Morro Velho - mostram que, entre 1847 e 1886, registraram-se 13.500 acidentes numa população trabalhadora média anual de 1000 pessoas (SOMARRIBA,1984: 22).

No primeiro grupo estariam a surdez - relacionada à exposição a níveis elevados de ruído, e as intoxicações por agentes químicos - chumbo e benzeno. São patologias secularmente descritas pela ciência médica e cuja prevenção já se encontra bem definida em termos técnicos. Diretamente causadas pelas precárias condições de trabalho, são há muito caracterizadas e reconhecidas pela Previdência Social como doenças profissionais, juntamente com dezenove outros agentes D como a sílica, o mercúrio, o manganês, cromo, agrotóxicos, etc (Consolidação das Leis da Previdência Social,1988).

São estas - e apenas estas - que aparecem nas estatísticas oficiais de doenças do trabalho. Elas mostram que, até a metade dos anos 80, havia cerca de 3.000 casos anuais destas patologias no Brasil, com incidência aproximada de 1 caso para cada grupo de 10.000 trabalhadores - baixíssima, por exemplo, em relação ao Japão (16:10.000) ou aos Estados Unidos da América (33:10.000) (BRANT,1989). Esta aparente vantagem, entretanto, deve-se à falta de diagnóstico e de registro destas patologias e sugere que sequer conhecemos a situação das doenças profissionais no país (DIESAT,1989; POSSAS,1987; MENDES,1990). Investigações conduzidas junto a grupos específicos de trabalhadores desvelam prevalências elevadas (30 a 70%) das doenças passíveis de ocorrer naqueles processos de trabalho, até então não diagnosticadas (HORTA,1987; ROCHA,1987; PIMENTA,1988; COSTA,1989). A partir da segunda metade dos anos 80 há uma tendência ascendente na estatística oficial, que chega agora a 6.000 casos/ano no Brasil - número provavelmente ainda muito subestimado, mas que já é reflexo exatamente das ações dos trabalhadores e de técnicos ligados a instituições públicas, no sentido de desvelar esta face do impacto do trabalho sobre a saúde.

Na região da Grande-BH este processo é nítido. De acordo com os dados primários do Grupamento Médico da Perícia de Acidente do Trabalho do Instituto Nacional de Seguro Social, compilados pelo Núcleo de Saúde do Trabalhador, de 64 casos de doenças profissionais registrados no ano de 1985, passamos a 316 em 1988 e a 854 em 1990 - elevação superior a 1000%, que

caracteriza uma verdadeira epidemia. Entre as doenças que tiveram sua frequência aumentada estão a silicose e a intoxicação por chumbo, objeto da ação de sindicatos e órgãos públicos naquele período.

Desta forma, não seria correto supor que estas doenças realmente só comecem a ocorrer nos últimos dez anos, já que não há evidências de que os processos de trabalho anteriores tenham sido isentos dos riscos envolvidos em sua causação (6). Parece é que elas só recentemente são **caracterizadas como problema**, tanto para trabalhadores como para alguns setores técnicos.

O segundo grupo conteria patologias que surgem na fala dos trabalhadores como relacionadas ao trabalho, mas que não são reconhecidas como tal pela legislação vigente: doenças mentais, problemas cardíacos, úlcera e a L.E.R.. Seu nexos causal com o trabalho é objeto de investigações e polêmicas relativamente recentes no meio científico.

As doenças mentais - neurose, depressão, fadiga, stress - foram mencionadas pelos trabalhadores em telecomunicações, bancos e metalurgia. Como seriam as relações entre saúde mental e trabalho?

E. Seligmann define-as como "um processo onde as agressões à mente pela vida laboral são confrontadas pelas fontes de vitalidade e saúde representadas pelas resistências de natureza múltipla, individuais e coletivas, que funcionam como preservadoras da identidade, dos valores e da dignidade dos trabalhadores" (SELIGMANN,1986: 59).

Dejours aponta que estas defesas do aparelho mental à dominação, o comportamento livre - no qual há um investimento pulsional no sentido de transformar a realidade circundante conforme os desejos próprios do sujeito - tendem a ser anulados pela organização científica do trabalho, enquanto correia de transmissão de uma vontade alheia. Ela cerceia os tempos e mecanismos

(6) Os dados do Hospital da Cia. Morro Velho, referentes ao período 1847-1886, mostram que 7.500 mineiros desenvolveram doenças pulmonares, àquela época diagnosticadas como bronquites, enfisemas, pneumonias,

pleurites e tuberculoses (SOMARRIBA, 1984: 22). é possível que grande parte destes casos se tratasse da silicose, doença pulmonar resultante da inalação de poeiras minerais, relacionada às condições em que o trabalho se exercia.

usados pelos trabalhadores para adaptarem-se às necessidades do organismo e às suas aptidões no trabalho, criando um corpo instrumentalizado, submetido e produtivo. Daí gerar nos trabalhadores os sentimentos de inutilidade, desqualificação e indignidade, que levariam à vivência depressiva, à fadiga e ao adormecimento intelectual (DEJOURS, 1987:27-62).

Este raciocínio pode também aplicar-se à consideração da relação entre outras patologias queixadas pelos metalúrgicos e o trabalho. Trata-se dos problemas cardíacos e da úlcera, doenças em acentuada ascensão como causa de invalidez e morte entre a população brasileira. Alguns quadros destes grupos de patologias são compreendidos hoje como psicossomáticos, ou seja, são formas de expressão, no corpo e para alguns indivíduos, de uma falência das defesas caracteriais e comportamentais contra os conflitos com a realidade. Estas, segundo a leitura de Dejours, estariam inibidas pela forma como o trabalho é organizado, favorecendo o surgimento de desequilíbrios psíquicos que podem se manifestar sob a forma de doenças somáticas.

As Lesões por Esforços Repetitivos, por seu turno, englobam patologias como a tenossinovite, bursite, miosite, entre outras. Elas aparecem como problema há cerca de sete anos em seis sindicatos: Bancários, Aeroviários, Metalúrgicos de Contagem e Belo Horizonte, SINDADOS, SINDIELETRO e SINTTEL e são por eles também relacionadas ao trabalho. Vinculam-na à fragmentação e repetitividade das tarefas, à intensificação do ritmo, à padronização do modo operatório, à cobrança de produtividade, à inadequação equipamentos e do ambiente de trabalho - características que frequentemente acompanham o trabalho fordista e taylorista.

É possível, portanto, que este segundo grupo de patologias colocadas pelos entrevistados como relacionadas ao trabalho - doenças mentais, psicossomáticas e a L.E.R. - tenham a ver com mudanças tecnológicas e organizacionais que estariam ocorrendo nos processos de trabalho das

categorias estudadas e com as estratégias empresariais e sociais de sua implantação. Entretanto, embora seja possível que patologias como a L.E.R. realmente só tenham se expandido recentemente, é necessário considerar que as organizações taylorista e fordista do trabalho vêm sendo adotadas no Brasil há bem mais de dez anos (7) - e seus impactos sobre a saúde emergem como problemas para os trabalhadores há bem pouco tempo.

Desta forma, pode-se dizer que, embora seu perfil possa estar sendo modificado em função da maneira como ocorrem as transformações do processo de trabalho no Brasil, **as doenças do trabalho, em seu conjunto, provavelmente não são fatos novos em nossa sociedade, mas que só muito recentemente vêm sendo desvelados como problemas pela ação dos sujeitos sociais.**

Por quê, então, estes problemas - acidentes e doenças do trabalho - "aparecem" recentemente para alguns trabalhadores e tornam-se objeto de sua intervenção?

(7) Segundo Nilton Vargas, a "organização científica do trabalho" penetra no Brasil nas décadas de trinta e quarenta, conduzida pelas iniciativas do Instituto de Organização Racional do Trabalho - IDORT. Nesta primeira fase de sua difusão, atua principalmente na constituição e formação de um tipo especial de força de trabalho, almejando controlar a reprodução do "trabalhador coletivo" exigido para sua implantação. A segunda fase, delimitada entre os anos 50 e 70, caracteriza-se pela difusão das técnicas tayloristas propriamente ditas, intervindo de forma mais incisiva no interior dos processos produtivos, principalmente nas indústrias automobilística, de máquinas agrícolas, metal mecânica, eletrônica, têxtil, mobiliário, confecções e no setor bancário. A fase atual, inaugurada nos anos 80, é considerada pelo autor como introdutora de modificações em alguns dos princípios tayloristas - como o da eliminação da iniciativa operária, que é substituído por propostas participativas. Tem como

marco a nova estratégia produtiva japonesa, com o "just-in-time", o "Kanban" e os Círculos de Controle de Qualidade (VARGAS, 1985)

2.2 Novos olhares, novas ações?

"E, o que eu fazia, era que eu pensava sem querer, o pensar de novidades. Tudo agora reluzia com clareza, ocupando minhas idéias, e de tantas coisas passadas diversas eu inventava lembranças, de fatos esquecidos em muito remoto, neles eu topava outra razão." (Guimarães Rosa)

Considerar que as doenças e os acidentes do trabalho não são fenômenos novos no Brasil leva a pensar que, na motivação para estas ações sindicais, seu "aparecimento" não é explicação suficiente, pois eles já estariam aí.

Parece que o que há de novo é o olhar destes trabalhadores para eles. Estes não só passam a vê-los, como os julgam de outra forma e assumem novas atitudes diante deles. Disse o diretor de saúde do Sindicato dos Aeroviários, que "isto foi um processo que aconteceu na categoria."

Que processo seria este?

Tomando como referência minha prática profissional, por exemplo, junto aos trabalhadores portadores de L.E.R., acompanhados no Serviço de Doenças Profissionais do Hospital das Clínicas da UFMG - em sua maioria mulheres, é possível identificar algumas tendências mais ou menos comuns ao processo vivido por este coletivo em relação à saúde e ao trabalho, embora ele não seja linear, nem destituído de conflitos, nem igual para todos os indivíduos.

Em primeiro lugar, são pessoas que começam a sentir dores que poderiam ignorar ou negar por algum tempo, medicar por auto- iniciativa, postergar providências, justificar de várias formas - comportamentos que tão frequentemente se observa nos pacientes. E Boltanski assinala como a percepção das sensações mórbidas pode ser aguçada de modo desigual entre as classes sociais: indivíduos situados mais abaixo na hierarquia social identificam um número limitado de sensações, selecionando-as e expressando-as apenas quando atingem tetos de intensidade mais elevados (1984:124-125). Dejours explica este fenômeno através da construção da "ideologia defensiva" contra a idéia de que podem adoecer e ficar incapacitados para o trabalho, sem a qual não realizariam o seu enorme esforço de sobrevivência (DEJOURS,1987:27-33). Entretanto, apesar de tudo isto, estes trabalhadores - ainda que inseguros, com medo e lentamente - **escutam o seu corpo** e assumem que há nele alterações e sofrimento.

Em segundo lugar, diferentemente do que sustenta a cultura hegemônica, **constróem explicações de causalidade para sua doença centradas no processo de trabalho**: a falta de pausas, os movimentos repetitivos e rápidos, a iluminação e temperatura inadequadas, a falta de criatividade, a divisão entre concepção e execução (SINDADOS, Boletim de lançamento da Campanha de Saúde, 1987) (8).

Um outro passo que estes trabalhadores têm dado é **levar este problema aos serviços de saúde e enfrentar as posturas e concepções médicas tradicionais**: como dar valor a uma sensação de dor que dificilmente pode ser medida? Não se trataria de simulação do paciente, afim de ausentar-se do

(8) Em sábio livro onde reflete sobre o significado da doença, Berlinguer coloca-a como sofrimento, como diversidade, como perigo e também como sinal: "A doença num indivíduo, fenômeno intimamente ligado à sua existência privada, é raramente um caso isolado. Processos patológicos semelhantes verificam-se paralelamente em outras pessoas, e são expressão de forças destrutivas que agem sobre a coletividade. A soma e a interpretação desses

episódios poderiam fornecer muitos dados de natureza econômica e social, poderiam dar indícios e orientações para compreender o que ocorre nas várias sociedades humanas." (BERLINGUER, 1988: 94)

trabalho ou obter ganhos secundários? Como diagnosticar uma doença da qual os livros quase não falam e que foi "batizada" num congresso de trabalhadores (9)? Se a questão do trabalho é abordada na consulta - o que não é frequente, face às deficiências da formação dos profissionais nesta área - como considerar que atividades modernas e com alto grau de incorporação de tecnologia possam gerar doenças? Como conceder benefícios do Seguro de Acidente do Trabalho da Previdência Social a pacientes com patologias que sequer são classificadas como profissionais pela legislação em vigor?

Uma outra face é ainda **levar aos sindicatos o problema da doença e outros que vêm sendo desvelados a partir dela**, "pressionando" para que sejam assumidos como objeto da ação coletiva, apesar de toda a premência da luta pela questão da sobrevivência, que tem absorvido grande parte dos esforços das organizações de trabalhadores (10).

Estes sindicatos, por sua vez, acolhem a demanda e a pressão- e três deles reconhecem que esta postura foi decisiva em sua eleição - buscando instituir novas formas de abordar a questão da saúde.

Provavelmente um processo semelhante ocorra entre outros grupos de trabalhadores para que a neurose, a depressão, a fadiga, o stress, problemas cardíacos, úlcera, lombalgias e intoxicações surjam na fala de dirigentes

(9) Os impactos do trabalho em processamento de dados sobre a saúde foram discutidos e denominados Lesões por Esforços Repetitivos - L.E.R., no Congresso Estadual dos trabalhadores daquele setor, realizado em Porto Alegre/RGS, em 1986.

(10) Ainda no mesmo trabalho citado, Berlinguer aponta: "...já que muitas doenças têm origem na maquinaria imprópria, na habitação, no material, nos

produtos, na relação com o meio- ambiente e nas relações sociais, deve tornar-se senso comum a possibilidade de partir dos fenômenos patológicos para transformar as condições de vida. **A doença é, então, um estímulo?** Certamente, com base no antigo ditado, retirado da experiência histórica, de que **há males que vêm para bem.**" (BERLINGUER, 1988: 139; grifos meus) sindicais como problemas de saúde relacionados ao trabalho e convertidos em objeto da luta da entidade: **muda a percepção das sensações do corpo, muda a compreensão da gênese dos problemas de saúde, muda a forma de conduzir estas questões.**

Cumpra então conhecer a maneira como ocorrem estas mudanças do olhar e da ação.

2.3 Como se gestam novos olhares e novas ações?

Como foi introduzido no Cap.1, a apreensão do mundo pelos sujeitos não se dá como projeção direta, em suas consciências, do real. Ela é mediada pela sua capacidade de inventar, de criar, de evocar imagens e símbolos, de atribuir significados, de re- apresentar (MOSCOVICI,1979). São as **representações sociais**: imagens e noções construídas no decurso da vida cotidiana e que configuram o patrimônio cognitivo, as maneiras de pensar e de sentir partilhados pelos membros de um grupo (SILVA,1987:31).

Em sua construção, tem papel importante a ideologia vigente, já que as idéias dominantes numa sociedade deixam seus traços em todos os homens e mulheres que nela se fazem e se vêm (JODELET, 1990).

Entretanto, embora sejam o locus de atualização da ideologia, as representações sociais não se reduzem a ela. A percepção do objeto é marcada também pela história vivida do sujeito e pela forma como ele se insere no sistema social (ABRIC,1989). As representações sociais não são, portanto,

meros espaços de reprodução do instituído, pois carregam consigo as marcas do potencial de negação presente em cada ser humano, dos conflitos e contradições deste social que elas articulam. Num mesmo indivíduo podem conviver representações singulares a ele, particulares ao seu grupo social e gerais à sociedade onde vive, não necessariamente articuladas e coerentes. Este caráter dinâmico e ambíguo das representações vai refletir-se no processo de construção da identidade dos sujeitos, transformando-a em resposta a mudanças tecnológicas, políticas e culturais. (ERIKSON,1974: 586-591). São, por isto, conjuntos dinâmicos, onde há um espaço possível de autonomia, ainda que na heteronomia.

Desta forma, pode-se compreender, em primeiro lugar, que os trabalhadores introjetem elementos da visão hegemônica sobre a relação entre a saúde e o trabalho. Esta introjeção é necessária para sustentar e justificar sua adesão ao contrato social em que se inscrevem, e os faz "aguentar" seu cotidiano numa atitude aparentemente passiva:

"Trabalhar é inserir-se no tecido social, por mediação de uma práxis, aceitando a ordem simbólica que o constitui. é disciplinar-se, é abrir mão da arrogância e da onipotência primitivas e assumir os valores da cultura com a qual, através do trabalho, nos articulamos orgânicamente". (PELEGRINO,1983:5)

Neste processo de "socialização" está contida a introjeção de fórmulas culturais que definem as necessidades socialmente aceitáveis, o significado e as causas do sofrimento humano e o que o indivíduo pode ou deve fazer contra ele. Estas fórmulas desenham o âmbito de respostas possíveis aos sujeitos. Sua adoção, segundo MOORE JR., é facilitada por processos sociais que envolvam a destruição de hábitos e vínculos grupais anteriores, a cooptação e a fragmentação, os quais criam o sentido de que a dor e o sofrimento são acompanhados de "autoridade moral" (1987:81-121). Por isso, introjetam também a representação de saúde como a "disposição para trabalhar", conforme a cultura hegemônica tenta impor aos setores subalternos da sociedade, centrando a produção simbólica nas relações econômicas

(SAHLINS, 1979: 236) e reduzindo o corpo do trabalhador e sua saúde a meros instrumentos-mercadoria (BOLTANSKI, 1984; CANESQUI e QUEIROZ, s.d; DELEULE e GUERY, 1975; DEJOURS, 1987; MURARO, 1983). é possível, assim, compreender porque a reação dos trabalhadores às condições nocivas de trabalho, à mutilação de seus corpos, ao sofrimento e à dor não seja imediata nem linear.

Mas Freud traz elementos para a compreensão de outra face deste movimento:

"No processo de desenvolvimento do indivíduo o programa do princípio do prazer, que consiste em encontrar a satisfação da felicidade, é mantido como objetivo principal". (FREUD, 1976:164)

O cotidiano do trabalho, embora possa trazer gratificações e retornos positivos aos trabalhadores, também expõe e atualiza as fissuras e contradições da cultura hegemônica sobre a relação entre a saúde e o trabalho, ao negar desejos e expectativas desenhados pela pulsão de vida. Eles podem ver as transformações de seus corpos e de seus colegas. As doenças e os acidentes do trabalho podem ser momentos agudos de desvelamento destas contradições, nos quais se reinterpreta coletivamente o discurso da sociedade, cumprindo, assim, o papel de sinal (BERLINGUER, 1988: 94-117).

Deste conflito entre os desejos do sujeito e o real por ele vivido surge o questionamento do código cultural vigente e do contrato social que o consolida. E,

"com toda justiça, consideramos falho o presente estado de nossa civilização, por atender de forma tão inadequada às nossas exigências de um plano de vida que nos torne felizes, e por permitir a existência de tanto sofrimento, que provavelmente poderia ser evitado." (FREUD, 1976:138).

A angústia gestada neste processo de questionamento da estabilidade e coerência da sociedade na qual se insere pode derivar, a nível dos sujeitos, num abafamento dos conflitos ou, em algumas condições históricas concretas, na busca de agenciar e atualizar fórmulas culturais autônomas. A forma pela qual as pessoas definem o valor daquilo com que contribuem para uma relação social - seu investimento - e daquilo que dela extraem - sua recompensa - vai se modificando (MOORE JR.,1987:79). Neste processo, até mesmo a doença pode passar a ser estímulo à contestação e à definição de novos interesses, levando os trabalhadores a dizerem: "**Não SOMOS MÁQUINAS**" (SINDADOS, lema da campanha salarial de 1987) ou "**A GENTE NÃO QUER SÓ COMIDA**" (SINTTEL, lema da campanha salarial de 1990).

E, se a cultura não está fora da realidade material, mas é parte dela, criada e mantida pelo comportamento dos grupos humanos, é também objeto e lugar de disputa dos conflitos sociais: novas representações sociais, construídas a partir da vivência cotidiana das contradições e de sua elaboração pelos sujeitos sociais, conformam novas identidades, ordenam novos comportamentos e gestam novo contrato social.

2.4 Instituinto Novas Representações Sociais sobre Saúde

"Afirno ao senhor, do que vivi: o mais difícil não é um ser bom e proceder honesto; dificultoso, mesmo, é um saber definido o que quer, e ter o poder de ir até no rabo da palavra." (Guimarães Rosa)

Pode-se considerar, portanto, que **às ações em Saúde do Trabalhador nestes sindicatos subjaz um processo de transformação das representações sociais sobre saúde naqueles grupos, no qual esta recebe nova valoração.**

"A preocupação grande que nós temos é discutir com os trabalhadores no sentido de que realmente haja uma compreensão sobre a manutenção e a preservação da saúde: a gente não trocar a nossa saúde por qualquer coisa". (S. Metalúrgicos de Betim, grifo meu)

Estas novas representações sociais lançam um novo olhar sobre o concreto vivido e nele identificam problemas até então não caracterizados como tal. Elas contêm a possibilidade de expressão do desejo de como o real **poderia ser**. Mais do que isto, estimulam o deslocamento da angústia pela frustração **do que não é** para o movimento em busca da satisfação do desejo **do que pode vir a ser**.

Tais representações superam a compreensão estática contida no conceito elaborado pela Organização Mundial da Saúde - a saúde como um estado de bem-estar físico, psíquico e social - que não considera os conflitos, as contradições e o dinamismo próprios à existência humana e social. Ter saúde passa a ser mais do que "estar dando conta de trabalhar" - como quer e difunde a cultura hegemônica.

Neste sentido, estas novas representações da saúde estão mais próximas do conceito elaborado por Dejours, para quem ela é **um conjunto dinâmico de objetivos e desejos, alimentados pela esperança de conquistá-los através da ação dos sujeitos**.

"É, antes de tudo, uma sucessão de compromissos com a realidade e que se mudam, se reconquistam, se redefinem, se perdem e se ganham". (DEJOURS,1986:51).

Vistas por esta perspectiva, as ações sindicais em Saúde do Trabalhador podem ser interpretadas, em si, como manifestação e sinal de saúde - embora gestadas e movidas por trabalhadores "doentes" - na medida em que consistem da ação de sujeitos em busca da realização de seu desejo de ter saúde, trabalho e vida de qualidade.

O estudo indica algumas mediações relacionadas a esta transformação das representações sobre saúde. A primeira delas seria a própria vivência cotidiana do trabalho, onde os trabalhadores experimentam sua positividade mas também sua negatividade. Esta se expressa em contradições, possivelmente sublinhadas pela forma como se dá a evolução do processo de trabalho, as quais vão sendo por eles percebidas e elaboradas. Eles descobrem que a elas podem se contrapor.

"Alguns companheiros perceberam que existe uma luta aí sendo travada, que os trabalhadores estão morrendo, estão adoecendo e o culpado é o capitalismo. O capitalismo é que está no ambiente de trabalho feito para o lucro, em que as máquinas são feitas para produzir mais, todo o processo é feito no sentido de aumentar a produtividade. Mas não existe nenhuma preocupação com o trabalhador. **E a gente percebeu que tinha que barrar isso aí.**"
(S. Aeroviários, grifos meus)

Em segundo lugar, a própria instituição destas ações em Saúde do Trabalhador em alguns sindicatos cria um cenário favorável à eclosão do movimento em outras categorias e à adesão de novos sindicatos a esta luta, seja pela "contaminação" das entidades da mesma categoria em outras áreas geográficas, seja pelas instâncias nacionais de articulação extra-categoria, na medida em que apresenta a realidade como algo questionável e transformável pela ação dos próprios trabalhadores.

"Pela primeira vez o técnico de saúde participou da mesa de negociação. A empresa desconhecia este trabalho do sindicato. Repercutiu muito, assustou. Isto acordou os sindicatos a nível nacional. Serviu de exemplo para os outros sindicatos do país, que agora vão ter que se preocupar com isso e também investir mais na área de saúde. Foi muito importante alertar os outros

companheiros. E hoje já está sendo levada a discussão".
(SINDIELETRO)

"O que a gente observou é que a partir da experiência do SINTTEL de Minas a gente começou a lançar algumas discussões, a nível estadual e também a nível da Federação.(...) Durante anos e anos a reivindicação foi só econômica. Depois que nós passamos a ter experiências no campo da saúde, a gente levou esta questão para os seminários, para as discussões de campanha salarial da FITTEL. E a gente observou que outros sindicatos começaram a estruturar departamentos de saúde.(...) Hoje estou sentindo que está havendo um crescimento da preocupação e já tem alguma coisa de concreto em sindicatos que antes não tinham nada: os plásticos, metalúrgicos, bancários, SINDADOS, da mina de Morro Velho..." .(SINTTEL)

"Toda essa parte de lojas, escritórios, na aviação, passou a ser informatizada. Aí o pessoal começou a aparecer com doenças e que eram doenças comuns a outros trabalhadores. Eram doenças comuns aos trabalhadores em processamento de dados, aos metalúrgicos. A gente viu isso comum. Percebemos que tinha um sindicato que já tinha avanços com relação a isso, que era o SINDADOS. E nós colocamos alguns companheiros para participar na Comissão de Saúde que eles tinham, para que o pessoal começasse a conviver com aquilo e a gente depois pudesse também fazer um trabalho na nossa categoria." (S. dos Aeroviários)

Uma terceira mediação deste processo de transformação das representações sociais sobre saúde seria o próprio contexto histórico em que emergem estas ações, o qual, como será visto no próximo capítulo, constitui-se

em terreno fértil e potencializador de transformações sociais, políticas e culturais.

Permanecem, entretanto, indagações sobre a rede de mediações que podem interferir neste complexo processo, cujo esclarecimento demandaria novos estudos, como será apontado na Conclusão deste trabalho.

Capítulo 3

QUANDO SE INSTITUEM ESTAS AÇÕES SINDICAIS EM SAÚDE DO TRABALHADOR?

"Tudo o que já foi é o começo do que vai vir, toda a hora a gente está num cômputo. Eu penso é assim, na paridade." (Guimarães Rosa)

"O Sindicato passou realmente a existir em 80, com uma **nova diretoria e uma proposta diferente**. Antes o Sindicato tinha uma estrutura burocratizada que não levava de fato um trabalho junto à categoria. Então, a partir disso, **começou este novo sindicato** e a partir de **82** é que a diretoria começou a dar uns toques no campo da saúde." (SINTTEL, grifos meus)

"Há cinco anos (**1984**). Nos primeiros quatro anos atuava somente na área **assistencialista** de reclamações de insalubridade. De um ano para cá foi que estruturou o departamento para uma **política de formação e de luta por melhores condições de trabalho e saúde** ." (Sindicato dos Metalúrgicos de Belo Horizonte e Contagem, grifos meus)

"Em torno de três anos (**1986**) a gente vem discutindo aqui a questão da saúde. No nosso Sindicato Nacional, **a única sub-sede** que tem discutido essa questão é a nossa. O restante da direção e de outras sub-sedes **ainda não entendeu que a luta pela saúde também é uma questão política**". (Sindicato dos Aeroviários, grifos meus)

"Na verdade a luta na saúde **tem a idade do Sindicato**. O Sindicato nasceu como Sindicato mesmo em **86 ou final de 85**. A luta já vem desde este momento. é uma necessidade evidente para a categoria a melhoria das condições de trabalho. Estas questões já fizeram parte da primeira pauta de reivindicações.(...) Eu acho que tem um fator imediato de aglutinação no Sindicato, e um destes fatores foi esta questão de saúde". (SINDADOS, grifos meus)

"Foi em **86**, com a greve da Vulcan.(...) Foi no início do Sindicato, praticamente. **A preocupação do pessoal da categoria era realmente melhorar a fábrica**. Eles não queriam entrar lá para dentro sem uma noção de como estava a fábrica realmente. Então veio uma greve de dezoito dias e foi a partir daí que começamos a repensar esta questão em outras fábricas também.(...) Um ou dois meses depois nós tivemos eleições, que éramos associação profissional, para nos transformarmos em Sindicato. Foi uma eleição com duas chapas e na contagem final nós tivemos 90% dos votos." (Sindicato dos Plásticos, grifos meus)

"Quando nós assumimos o Sindicato, em abril de **87**, a primeira grande e maior preocupação foi **o problema da saúde no interior das fábricas**." (Sindicato dos Metalúrgicos de Betim, grifos meus)

"Na realidade, começamos a trabalhar há pouco, desde **1987**."
(SINDIELETRO grifo meu)

"A gente começou a desenvolver o trabalho na área de saúde a partir da eleição da **nova diretoria (1988)**, porque a gente via a necessidade premente na própria categoria, com diversos problemas. E o próprio programa da chapa já colocava a necessidade de atuar nessa área, na questão da saúde, a **intervenção no processo de trabalho no sentido de prevenir**. Claro que naquele momento **a gente questionava muito a atuação da antiga diretoria do Sindicato, que se baseava no tratamento da questão da saúde com uma clínica, com um tratamento paliativo, curativo, individual, tal qual existe por aí.(...)O assistencialismo não bastava nem faz parte da atual política.**" (Sindicato dos Bancários, grifos meus)

Pelos depoimentos, vê-se que os sindicatos estudados instituem as ações em Saúde do Trabalhador ao longo dos anos 80. As experiências mais antigas são a do SINTTEL (1982) e dos Metalúrgicos de Contagem e Belo Horizonte (1984). Aeroviários, Plásticos e SINDADOS desenvolvem as ações nesta área a partir de 1986, os Metalúrgicos de Betim e SINDIELETRO em 1987 e os Bancários em 1988.

Nos Sindicatos dos Trabalhadores em processamento de dados e da indústria plástica, a questão da saúde relacionada ao trabalho está entre as que foram objeto de discussão e luta desde o surgimento do movimento organizado - embora com períodos de refluxo, fazendo parte do programa das chapas que fundaram os sindicatos e ganharam as primeiras eleições.

Estes, juntamente com os Bancários, falam da incorporação da luta pela saúde **no trabalho** como fator de peso na canalização dos votos da categoria e na eleição de sua chapa à diretoria.

Três outros Sindicatos - Metalúrgicos de Betim, SINTTEL e Bancários - referem-se à eleição de "nova diretoria" ou a um "novo sindicato", que parecem ter realizado mudanças importantes na condução da entidade, inclusive o desencadeamento das ações em Saúde do Trabalhador.

Os Aeroviários, Metalúrgicos de Contagem e Belo Horizonte e também o SINTTEL e os Bancários explicitam o questionamento e a crítica às ações em saúde desenvolvidas pelas diretorias anteriores ou mesmo pela diretoria contemporânea a nível nacional, no caso dos primeiros. Eles falam em "estrutura burocratizada", ou na falta de compreensão da "saúde como questão política" e no "assistencialismo". A estas práticas contrapõem - em tom firme e seguro - "uma política de formação e de luta por melhores condições de trabalho e saúde", "melhorar a fábrica", "intervir no processo de trabalho no sentido de prevenir".

Nos anos 80, nestas categorias, novos sindicatos são fundados e novas diretorias são eleitas. Emergem novas concepções e novas práticas em saúde. Esta é nomeada como problema pelos trabalhadores, incluída nos programas de ação de chapas que concorrem à direção do movimento e pesa em sua organização e eleição. Mas não se trata da saúde "tal qual existe por aí". Contrapõem-se à abordagem tradicional, caracterizando-a como assistencialista, curativa, individual e burocrática. Mais do que isto, propõem uma nova abordagem, na qual a saúde é vista em sua relação com o trabalho, em sua dimensão histórica e, portanto, como objeto da luta dos trabalhadores. E, como será visto no Cap. 4, a defesa da saúde supõe mudanças no processo de trabalho, que eles querem indicar e fazer.

Mas, antes disto, vejamos que contexto histórico, a nível nacional, propicia a gestação e emersão destas novas ações sindicais em saúde.

3.1 O Contexto de Instituição das Ações Sindicais em Saúde do Trabalhador

O Brasil, no final dos anos 70, passa por um aprofundamento do processo de industrialização e urbanização, fruto da reorganização do capitalismo patrocinada pelo regime militar.

Tal período traz consigo uma série de contradições internas e externas para cuja gestão o autoritarismo não conseguia mais dar respostas satisfatórias. O governo é obrigado a dar continuidade ao processo de abertura democrática timidamente iniciado por Geisel, pressionado pelo fracionamento interno do bloco de poder, pela crise econômica consequente ao endividamento externo. A ampla frente democrática - que reuniu o movimento estudantil, a igreja, setores da grande imprensa e da própria burguesia, intelectuais e lideranças sindicais emergentes - força o regime à anistia, à revogação do AI-5, à tolerância das greves e reclama um Estado de Direito (MOISÉS, 1982: 88-90).

A proposta de abertura é conduzida no sentido de realizar a transição da ditadura para algum tipo de regime mais liberal, mas ainda sob o controle estrito da coligação hegemônica no período autoritário, que não pretende perder o poder. (SINGER,1988:116-124)

A sociedade civil, entretanto, rompe os limites da abertura controlada. Sob o silêncio imposto, novas identidades e novas práticas se gestam. "Entram em cena" (SADER,1988) os Novos Movimentos Sociais e o Novo Sindicalismo.

3.1.1 Os Novos Movimentos Sociais

Comunidades Eclesiais de Base reunindo dois milhões de pessoas em 1980, em torno da reflexão crítica sobre o cotidiano e de vivências solidárias. Movimentos de Mulheres redefinindo a família, a relação com os homens, o

trabalho e a política. Grupos de Jovens que criticam a autoridade, a educação, a moral sexual e avançam na construção de novos valores. Associações de Bairro lutando por saúde, educação, transporte, saneamento. Movimentos Ecológicos denunciando a devastação do ambiente natural pelo processo de industrialização. Grupos "Alternativos" questionando a qualidade de vida urbana e procurando novos estilos de viver. Núcleos de Defesa dos Direitos Humanos. Movimentos étnicos. Lutas contra a Carestia. (MAINWARING e VIOLA,1987; DE LA CRUZ,1987)

Movimentos certamente distintos em interesses, objetos, formas de ação, composição social, mas que têm vários aspectos em comum. Juntos compõem o diversificado e rico quadro dos Novos Movimentos Sociais que eclodem e se expandem no final dos anos 70.

Eles são hoje analisados por diversos autores como signo da novidade. A sociedade civil se movimenta, em oposição à normatividade tecnocrática e repressora que despolitizava e privatizava a vida social. Os trabalhadores tornam pública sua capacidade de auto-organização, contrapondo-se à imagem de atraso e impotência. Novos atores emergem e criam canais de organização e de luta também novos, destruindo, na prática, a crença no papel protagônico e igualitário do Estado. Tais movimentos constituem-se num tempo e lugar onde se identifica "a política em suas formas singulares e múltiplas de dominação que atravessam o mundo cotidiano" (TELLES, 1987: 74) e também os mecanismos de resistência a ela. Constróem-se códigos autônomos de auto-reconhecimento, novos paradigmas de dignidade e projetos de vida.

Embora a autora reconheça as dificuldades destes movimentos - a fragmentação, o "basismo", a relação com o Estado - reafirma que eles são campos de experiências nos quais há avanços importantes no terreno do simbólico: a sociedade é vista como algo questionável e modificável, a possibilidade de conquistar uma vida melhor aparece no horizonte.

Tais movimentos desempenharam também importante papel na construção de uma cultura democrática, com outros valores, abordagens e perspectivas: graus elevados de participação, relações de cooperação e igualdade social, princípios horizontais de decisão e ação. Na medida em que esta nova cultura é trazida pelos atores coletivos à arena política, estes movimentos, juntamente com os operário-sindicais, exercem importante influência na definição da democracia que ressurgiu naquele momento (MAINWARING, 1987).

É neste contexto que se gestam uma **nova noção de cidadania e um novo cidadão**. Ele penetra, é claro, no universo da produção, trazido pelos trabalhadores-cidadãos.

3.1.2 O Novo Sindicalismo

Conversas entre os trabalhadores. Boletins clandestinos passados num aperto de mão. Ações coletivas divulgadas no banheiro. Movimentos espontâneos. Comissões de Fábrica. Assembléias massivas. Quebra de máquinas. Operações-tartaruga contra o ritmo de trabalho. Protestos contra as condições de trabalho e o desemprego. Paralisações de seções contra o arrocho salarial. Greves...

Os trabalhadores viviam nas fábricas os problemas suscitados pela transformação desenvolvimentista da indústria brasileira, iniciada nos anos 50. Trabalhavam cada vez mais, aumentando o número de horas-extra e incorporando maior número de membros da família ao mercado de trabalho, para fazer frente ao arrocho salarial e ao aumento do custo de vida. Enfrentavam, nas grandes empresas multinacionais, o intenso ritmo de produção, os salários diferenciais, as demissões, o controle ininterrupto, as precárias condições de trabalho - questões que tinham a ver com os novos processos de desqualificação do trabalho e sua conseqüente desvalorização. (MOISÉS,1982:98-99)

Os sindicatos, por seu turno, estavam sendo conduzidos ao imobilismo pela violenta repressão policial e pelo cerceamento à sua liberdade e autonomia. A burocratização e rigidez da estrutura sindical prevista na legislação trabalhista herdada da ditadura Vargas era amplamente utilizada e complementada. Assim, por exemplo, a ausência de representação nos locais de trabalho, a limitação do direito de greve, a eliminação da negociação coletiva, a perda da estabilidade no emprego, as intervenções nos sindicatos (ALMEIDA, 1984: 199). Impossibilitados de exercer as funções de mobilização política que lhes eram reservadas durante o regime populista, a maioria dos sindicatos se viu limitada ao papel de aplicar os recursos da contribuição sindical na prestação de serviços médicos, odontológicos e jurídicos (MOISÉS,1982:87).

Sob este silêncio imposto, entretanto, os trabalhadores gestavam novas formas de luta:

"Interditado ao trabalhador o espaço público de mobilização, seja pela ação autônoma, seja pela política partidária, confinado dentro dos muros da fábrica, ele descobriu o espaço do trabalho como um campo possível de luta política."
(BRESCIANI, 1982: 9-10)

É nesta vivência de organização e resistência nos locais de trabalho que surgem os novos sujeitos que entrarão na cena política e construirão o Novo Sindicalismo. Apesar dos obstáculos, eles manifestam-se através de ações defensivas e propositivas individuais ou coletivas. Trabalhadores de Osasco e Contagem fazem greves em 1968 e, embora duramente reprimidos, conseguem vitórias importantes que contestam a lei salarial (LE VEN,1987). Entre 72 e 74 os Metalúrgicos de São Bernardo do Campo realizam várias greves por empresa e cobram na prática a negociação coletiva entre sindicato e empregadores, direito irrestrito de greve, criação de organismos sindicais nos locais de trabalho, liberdade e autonomia (ALMEIDA,1984:202).

Em 1977 as greves se propagam a outras categorias - siderúrgicos, petroleiros, petroquímicos, metalmecânicos, eletricitários, bancários, médicos e professores - para desembocar numa intensa onda de greves entre 78 e 79, que reuniu 500.000 trabalhadores em São Paulo (MOISÉS,1982:108).

Em Minas Gerais, no ano de 1978, pararam os Metalúrgicos de João Monlevade, num movimento independente em relação as Estado e aos partidos. Tiveram conquistas importantes no plano salarial, na melhoria das condições de trabalho e nas formas de representação, organizando comissões no interior da usina para solucionar os problemas mais sentidos pelos trabalhadores. No ano seguinte, o movimento grevista se estende a todo o Estado, abrangendo cerca de 400.000 trabalhadores de diversas categorias (LE VEN,1988:7).

A partir de 1979, em contextos que vão progressivamente se modificando, os movimentos dos trabalhadores continuam em ascensão. O número de greves continua aumentando, com ligeira queda entre 80 e 82, chegando a 427 greves urbanas em 1984, 618 em 1985 e 1004 em 1986 (ALMEIDA,1988:333).

Em 1981 realiza-se a I Conferência Nacional da Classe Trabalhadora, que dividiu o movimento entre a transformação radical da estrutura sindical - para um sindicalismo autônomo, classista e democrático - e a manutenção da estrutura herdada do estadonovismo (CASTRO,1989).

Neste cenário de modernização da indústria é fundada, em 1981, a Central Geral dos Trabalhadores. Em 1983, funda-se a Central Única dos Trabalhadores, objetivando uma organização independente da classe trabalhadora e reunindo grande parte dos sindicatos que desenharam as origens do Novo Sindicalismo.

Tal movimento, que se inicia no final da década de 70, rompeu com muitos dos limites impostos à expressão política dos trabalhadores: abriu espaço para a negociação coletiva direta e descentralizada, criou novas reivindicações, acabou com o poder coativo da lei de greve. Colocou a questão social na agenda da transição e revitalizou os sindicatos. Traduziu o anseio profundo de afirmação de uma identidade operária e gestou "lideranças significativas, menos identificadas com o sistema corporativista e mais dispostas a enfrentar os desafios da construção de um novo sistema sindical". (ALMEIDA,1988:354)

José Álvaro Moisés aponta características destes movimentos que estão na origem do Novo Sindicalismo:

- **os conflitos em desenvolvimento no interior das grandes empresas multinacionais são o objeto da luta:** aumentos salariais segundo o crescimento setorial da produtividade, controle sobre as condições de trabalho, reconhecimento legal dos representantes eleitos nos locais de trabalho, salário profissional, regulação das horas de trabalho.

- **a utilização dos canais legais oferecidos pela C.L.T. mas também a criação de novas formas de luta:** práticas de resistência, comissões de fábrica, delegados sindicais, assembleias de massa, a Central dos Trabalhadores.

- **a integração de demandas econômicas** (aumentos salariais), **sociais** (estabilidade, jornada), **e políticas** (direito de greve e autonomia sindical) - o que também é frisado por ANTUNES (1988). A partir da luta especificamente sindical, ingressam "no terreno social e político, precisamente para fortalecer as próprias condições de possibilidade da luta sindical" - o que é evidenciado na aspiração de se constituírem em partido político, o Partido dos Trabalhadores (MOISÉS,1982: 178-183).

Também para Le Ven o Novo Sindicalismo traz como novidade **a ação dos trabalhadores a partir das condições reais e objetivas da vida no trabalho; a afirmação de atores conscientes** que se organizam com ou sem os sindicatos e autônomos em relação ao Estado; **o reencontro da fábrica com a política e a criação de um partido** (LE VEN,1979). Sublinha a **constituição de novos sujeitos políticos e a formação de uma nova hegemonia**, definida pelos trabalhadores (LE VEN,1987:8-9).

A ênfase na organização de base e o maior contato entre liderança sindical e base são características dos primórdios deste movimento, para Margareth KECK. Ela aponta ainda a reivindicação da revisão substancial da legislação trabalhista existente, para criar sindicatos autônomos em relação ao Estado, e a maior disposição para a militância (1988: 393).

Analisando as greves de maio de 1978 nos sindicatos do ABC paulista, MARONI (1982) acentua que estes movimentos não refletem apenas a busca de um novo contrato social, premidos pelo arrocho e pela carestia, num contexto de reorganização da sociedade civil. Reúnem, sim, experiências que **questionam a própria organização capitalista do processo de trabalho,**

através das práticas de resistência individuais ou coletivas, as quais são recuperadas e legitimadas pelos sindicatos do ABC. Elas convergem para lutas em torno da quantidade da produção, da qualidade do trabalho, da estrutura de poder interna às fábricas, **recolocando em pauta o controle operário sobre o processo de trabalho.**

Portanto, o contexto dos anos 70 e 80, marcado pela emergência dos Novos Movimentos Sociais e, particularmente, do Novo Sindicalismo, configura-se como importante momento de fortalecimento da sociedade civil brasileira, que aponta para a construção de relações mais equilibradas entre os atores sociais. Do ponto de vista histórico, tal processo de "ocidentalização" da sociedade - no sentido gramsciano adotado por COUTINHO - pode facilitar a construção - eminentemente processual - de uma sociedade radicalmente democrática (1986: 132-135)

É no interior deste movimento mais amplo que nascem as ações sindicais em Saúde do Trabalhador.

3.2 O Novo Sindicalismo e a Saúde dos Trabalhadores

Na medida em que o Novo Sindicalismo toma por objeto a exploração nas condições reais e objetivas do cotidiano do trabalho, emergem agudamente os problemas de saúde. Os trabalhadores sentem no próprio corpo os impactos das transformações do processo de trabalho, da intensificação do ritmo de produção, das longas jornadas, das precárias condições de segurança e salubridade dos locais de trabalho, do controle ininterrupto que esquadrinha o seu comportamento. Sentem o desgaste e o cansaço. Vêm os acidentes do trabalho atropelando-os a cada momento. Percebem as pontes entre suas condições de saúde e o trabalho que exercem.

Nesta vivência originam-se reivindicações inéditas e com repercussão direta sobre os problemas de saúde. Por exemplo, a carta programa da chapa única que concorreu às eleições do Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo em 1978, encabeçada por Lula, reivindica, entre outros itens:

- a "proibição, sob pena de fechamento da fábrica ou seção, dos serviços perigosos ou insalubres;
- que se discuta uma forma de acabar com o prêmio de produção, integrando-o no salário;
- luta por extinção das horas-extra;
- redução da jornada de trabalho para 40 horas semanais;
- fixação de períodos de descanso de 15 minutos, dentro dos períodos de 4 horas, sem prejuízo da remuneração;
- as instalações industriais serão planejadas por comissões paritárias, levando-se em conta a natureza e o tipo de máquinas a serem operadas, para que se eliminem todas as condições de insegurança e de insalubridade existentes no processo de produção;
- a estabilidade no emprego para trabalhadores acidentados ou com doenças profissionais." (Apud MARONI, 1982:120-121)

As precárias condições de saúde e segurança no trabalho - já levantadas pelos movimentos dos trabalhadores em outros momentos de sua história no Brasil (como será visto no Cap. 4) - convertem-se em objeto de protestos, operações-tartaruga e greves. Elas aparecem entre as principais reivindicações do movimento operário urbano, como mostra a tabela I.

Tabela I

Participação Percentual das Principais Reivindicações dos Movimentos Grevistas em Relação ao Total de Greves do Período, Brasil, Região Urbana - 1978 a 1986

-----Greves em que ocorreu ao menos uma reivindicação qto.a:	
	%

-----Reajuste salarial	
	64.0
Adicionais e abonos	
	13.9
Não cumprimento de leis ou acordos coletivos	
	23.2
Situação funcional	
	19.7
Condições de trabalho	
	17.4
Poder sindical na empresa	
	8.9
Bem-estar na empresa	
	5.6

Fonte: NEPP/ UNICAMP (Adaptada de ALMEIDA, 1988: 337)

Expressando a expansão das ações em defesa da saúde e a necessidade sentida de articulação entre as categorias, é criado, em 1980, o DIESAT -

Departamento Inter-sindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho, com o papel de assessorar as iniciativas na área, divulgar informações, promover cursos e seminários (RIBEIRO e LACAZ,1984).

Em 1981, os Sindicatos dos Metalúrgicos de São Bernardo, Químicos e Metalúrgicos de São Paulo avançam na crítica à abordagem assistencialista da saúde e instituem novas práticas neste campo. Criam Departamentos de Saúde. Contratam assessores técnicos para subsidiar a negociação coletiva na área da saúde e a garantia de efetivação posterior das conquistas. Realizam seminários e encontros, objetivando uma nova consciência sobre a saúde. Investem no trabalho com as CIPA's, enquanto uma forma de organização no local de trabalho parcialmente coberta pela estabilidade (ROCHA,1989: 67).

Este tipo de trabalho estende-se a outros sindicatos de São Paulo, ao Rio de Janeiro e a outros Estados.

" A luta do Sindicato dos Metalúrgicos de Santos, contra a exposição ao benzeno na COSIPA (1984-1987), do Sindicato dos Químicos de São Paulo com relação à exposição ao dissulfeto de carbono na Nitroquímica (1986-1987), do Sindicato dos Aeronautas pelo alojamento individual dos comissários de bordo (1984), do Sindicato dos Químicos do ABC contra a intoxicação por chumbo na Ferro Enamel (1984), a intoxicação por BHC na Indústria Matarazzo (1985), a contaminação por mercúrio na Eletrocloro (1987), do Sindicato dos Ceramistas de Jundiaí, contra a aspiração de poeiras de sílica e a silicose (1980-1985), da Federação e do Sindicato dos Bancários de São Paulo, Campinas, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul contra o processo de parcelamento e automação (1984-1986), do Sindicato dos Metroviários de São Paulo contra a organização do trabalho (1985), do Sindicato dos Metalúrgicos de Osasco contra os acidentes e doenças do trabalho (1980-1987), do Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo e Diadema pela estabilidade do acidentado no emprego (1981-1987), do Sindicato dos Metalúrgicos de São Paulo pela melhoria das condições e segurança no trabalho (1980-1987), são exemplos." (DIESAT, 1989: 79)

Os trabalhadores de Minas Gerais também participam deste processo e contribuem para o seu avanço. Como foi visto no início deste capítulo, em 1982 o SINTTEL já inicia ações em Saúde do Trabalhador, seguido pelos Metalúrgicos de Belo Horizonte e Contagem em 1984 e, posteriormente, por outras entidades.

Do desenvolvimento e expansão destas ações decorrem, além das iniciativas em relação às empresas, a cobrança aos diversos órgãos públicos afetos à questão da saúde dos trabalhadores, do efetivo desempenho de suas atribuições, em resposta aos problemas que vão detectando: o diagnóstico e tratamento de doenças profissionais, a reabilitação profissional para os trabalhadores incapacitados para voltar à mesma função após doenças ou acidentes do trabalho, a fiscalização das empresas e o efetivo cumprimento da legislação de segurança e medicina do trabalho, o reconhecimento de novas patologias ocupacionais.

Algumas destas iniciativas encontram eco entre profissionais de saúde ligados a instituições públicas municipais, estaduais e federais, resultando na organização de ações de diagnóstico e tratamento de doenças profissionais, de busca ativa de casos de doenças nas empresas e de melhoria dos ambientes de trabalho - "Programas de Saúde do Trabalhador" (MENDES,1986). Para tanto, têm como pressuposto a participação dos trabalhadores e reúnem esforços e profissionais dos diversos órgãos públicos entre os quais estas ações se encontravam pulverizadas e centralizadas - Secretarias de Saúde, INAMPS, INPS, Ministério do Trabalho, FUNDACENTRO. Antecipam, desta forma, as sementes de um sistema único de saúde e ganham espaços nas políticas públicas de saúde.

Em Minas Gerais constitui-se, neste contexto, um grupo que reúne professores universitários e profissionais ligados àqueles órgãos públicos, buscando articular suas ações no sentido de participar do desvelamento do impacto do trabalho sobre a saúde e de responder às demandas emergentes do movimento social.

Assim, é fundado, em 1983, o Serviço de Doenças Profissionais do Hospital das Clínicas da UFMG, em convênio com a FUNDACENTRO, INPS e INAMPS, em cuja sustentação política alguns sindicatos desempenharam importante papel. Além das atividades de diagnóstico e tratamento, ele forma recursos humanos que, em sua maioria, se inserem nas assessorias sindicais de saúde ou na rede pública de serviços de saúde; divulga informações e produz conhecimento a partir da experiência vivida junto aos trabalhadores doentes, trazendo subsídios à sua luta por saúde (LAUAR et al,1984).

A Delegacia Regional do Trabalho em Minas Gerais, por seu turno, desenvolve, a partir do período da Nova República, projetos de busca ativa de casos de doenças profissionais e de acidentes do trabalho nos setores mais críticos da atividade econômica e requalifica seus técnicos para uma intervenção mais efetiva sobre as condições de trabalho.

No INPS a Perícia de Acidentes do Trabalho é preparada para atender às novas demandas pelos benefícios a que os trabalhadores acidentados ou portadores de doenças profissionais fazem jus.

A partir de 1988, soma-se a esta linha de iniciativa o Núcleo de Saúde do Trabalhador do então INPS, com importante papel no atendimento de trabalhadores com doenças profissionais, em sua informação e na produção de dados estatísticos.

A trajetória no campo da saúde, cumprida neste período pelos movimentos populares e sindicais, intelectuais e profissionais de saúde, converge para um movimento nacional pela Reforma Sanitária. Culminando com a VIII Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - ambas realizadas em Brasília, 1986 - ele traz como centro a concepção da saúde como um direito de todos os cidadãos - o que é um dado novo na história das políticas sociais brasileiras (LUZ, 1991: 86-88). A este direito, corresponde o dever do Estado de tutelá-lo, a partir das condições concretas da existência coletiva.

Com base nesta compreensão, é elaborada uma proposta para a questão da saúde no Brasil. Defende-se a organização de um Sistema Único de Saúde,

de acesso universal e igualitário, descentralizado, hierarquizado e com participação dos usuários em todos os níveis, inclusive na definição e implantação de uma Política Nacional que dê resposta aos seus problemas de saúde. As CIPA's deveriam ser substituídas por comissões autônomas ao nível das empresas, com efetivo poder de intervenção sobre o processo de trabalho.

Todo este processo teve peso na disputa de forças em torno das definições da Nova Constituição no tocante à saúde. Embora muitas das reivindicações dos trabalhadores tenham sido deixadas de lado, excluídas ou empobrecidas, houve ganhos. Foi reconhecido o direito de todos à saúde e o dever do Estado de efetivá-lo. Superou-se o discurso segundo o qual os problemas de saúde se resolvem apenas com assistência médica e incluiu-se, entre as bases que garantem o exercício deste direito, " políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos" (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DO BRASIL, 1988, Art. 196). Os princípios de acesso universal, descentralização e participação da comunidade também foram integrados (Art.198). Optou-se por um Sistema Único de Saúde, que deve desenvolver, entre outras, as ações de atenção à saúde dos trabalhadores, nelas incluídas as vigilâncias sanitária e epidemiológica (Art. 200, incisos II e VIII).

Hoje as disputas persistem em torno da elaboração da legislação ordinária e, fundamentalmente, da sua institucionalização - questão tradicionalmente complexa na cultura brasileira - particularmente no tocante à relação entre o público e o privado na prestação de serviços de saúde.

As ações sindicais em saúde do trabalhador continuam se desenvolvendo no país - embora com períodos de avanço e de recuo. Ampliam sua abrangência geográfica a várias entidades de diversas regiões do país e ampliam também seus territórios de intervenção.

Particularmente a Central Única dos Trabalhadores tem avançado no sentido de assumir a luta por saúde. Criou, em 1990, o Instituto Nacional de Saúde no Trabalho, com a finalidade de assessorar a Central em suas ações nesta área.

Viu-se, portanto, que as ações sindicais em Saúde do Trabalhador aqui estudadas gestam-se ao longo dos anos 70. Elas desenvolvem-se na década de 80, alimentadas e alimentando o processo de reorganização da sociedade civil, **onde os novos movimentos sociais em seu conjunto desenham nova noção de cidadania, constroem em suas práticas um novo cidadão e, particularmente, redefinem a saúde e o direito a ela.**

Neste contexto histórico, tais ações **estão profundamente vinculadas à emergência do Novo Sindicalismo**, na medida em que partem das condições concretas do cotidiano do trabalho. Lá, os problemas de saúde resultantes do processo de trabalho, aguçados pela organização do trabalho na grande indústria moderna, são "sentidos na pele" pelos trabalhadores. Identificados em

sua relação com o trabalho pelos **sujeitos políticos que se constituem**, estes problemas tornam-se objeto de suas ações.

Elas são, portanto, parte integrante do Novo Sindicalismo, já que nascem junto com ele e no mesmo espaço e tempo históricos e, mais do que isto, como veremos no capítulo seguinte, com ele partilham concepções e práticas.

Capítulo 4

COMO SE INSTITUEM AS AÇÕES SINDICAIS EM SAÚDE DO TRABALHADOR?

*"Digo: o real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia."
(Guimarães Rosa)*

Como foi visto no Cap. 2, problemas de saúde no trabalho, identificados por sujeitos que estão transformando suas representações sobre a saúde, passam a ser compreendidos em seu caráter histórico e enquanto objeto da ação coletiva. Estes trabalhadores, muitas vezes vivendo precaríssimas condições de trabalho ou já portando mutilações e doenças em seus corpos, levantam estes problemas para seus sindicatos.

Como os sindicatos, enquanto entidades representativas destes trabalhadores, têm encaminhado estas questões? Como se instituem as ações em saúde do trabalhador a nível do sindicato de base? A esta pergunta pretende-se responder neste capítulo, descrevendo e comentando as formas e canais de defesa da saúde que as entidades estudadas estão construindo (Item 4.2).

Pretende-se também reunir elementos que permitam compreender, na história da saúde no Brasil, os eixos norteadores das ações desenvolvidas pelos diversos atores e, particularmente, pelos movimentos dos trabalhadores, com o objetivo de situar, neste processo, aquelas que emergem no contexto dos anos 70 e 80 (Cap.3). É a questão da qual se parte, no item 4.1.

O item 4.3 propõe-se a sistematizar, dentro desta caminhada histórica, as características das ações que ora se instituem, bem como analisar seu significado.

4.1 A Questão da Saúde na História do Brasil: Ações dos Sujeitos Políticos

Como a questão da saúde aparece na história dos trabalhadores no Brasil? Que lugar ela ocupa em suas lutas? De que forma as ações em saúde são conduzidas?

Recuperando apenas alguns pontos da história da saúde no Brasil - até mesmo pela exiguidade de estudos que retomem-na sob a perspectiva particular do movimento dos trabalhadores - este item tenta captar o eixo norteador das principais políticas de saúde propostas e disputadas pelos diferentes atores sociais ao longo de nossa história.

Adota-se, para isso, a abordagem proposta por Faleiros:

"As medidas de política social só podem ser entendidas no contexto da estrutura capitalista e no movimento histórico das transformações dessas mesmas estruturas.(...) A análise da política social implica, assim, metodologicamente, **a consideração do movimento do capital**, e ao mesmo tempo, **dos movimentos sociais concretos** que o obrigam a cuidar da saúde, da duração da vida do trabalhador, da sua reprodução imediata e a longo prazo. é necessário considerar também as conjunturas econômicas e os movimentos políticos em que se oferecem alternativas a uma **atuação do Estado**.(...) Na realidade concreta, os interesses de cada classe manifestam-se, no conjunto da sociedade e na cena política, de forma mais ou menos clara, segundo as estratégias e as forças em presença." (FALEIROS, 1983: 55, 119; grifos meus)

4.1.1 Uma breve retomada da história

O **período escravista** é um exemplo extremo desta correlação de forças entre os atores sociais. As taxas de mortalidade para os negros eram 765 mais elevadas em relação à população branca. A "vida útil" dos trabalhadores-escravos não passava de doze anos. A mortalidade infantil chegava a 252 por mil nascidos vivos. As jornadas de trabalho atingiam dezoito horas diárias (Da Costa, apud SOMARRIBA, 1984).

O Estado não desenvolvia qualquer política de saúde voltada para a mão-de-obra escrava. Também aos seus proprietários não interessou intervir sobre os problemas de saúde, já que a reprodução física da força de trabalho escrava dava-se predominantemente fora do país; sua manutenção chocava-se com o objetivo de extrair o máximo de sobreproduto no menor período de tempo e "era mais lucrativo substituir o escravo desgastado que encurtar-lhe a jornada de trabalho e/ou fazer investimentos adicionais a fim de preservar por maior período de tempo a sua capacidade produtiva" (SOMARRIBA, 1984: 11).

Somente após a efetiva extinção do tráfico de negros e a consequente redução da oferta de mão-de-obra é que os proprietários começam a tomar iniciativas para estender a vida de seus escravos, como a proteção à mãe e ao recém-nascido, a instalação de farmácias e assistência médica nas fazendas, cuidados com a alimentação e a higiene - mas sem reduzir a jornada de trabalho.

Subordinados direta e pessoalmente aos seus "senhores", parece restar aos negros as estratégias cotidianas de resistência - severamente punidas - e a fuga para os quilombos.

É na **Primeira República** que se inaugura, ainda que timidamente, a intervenção do Estado nas questões sociais e nas relações de trabalho urbanas e industriais. A princípio o Estado regula o funcionalismo público e,

sobretudo após a primeira guerra, começará a intervir no âmbito das relações contratuais

de mercado. A República preserva, entretanto, os interesses da oligarquia agrária, deixando à margem os trabalhadores rurais.

Refletindo a estratégia de poder das classes dominantes, as políticas de saúde pública daquele período centraram-se em campanhas sanitárias que visavam o controle de doenças infecto- contagiosas como a varíola, a febre amarela e a malária. Estas tiveram como população-alvo exatamente os trabalhadores das empresas agrícolas de café no estado de São Paulo e os centros urbanos do Rio de Janeiro e de São Paulo - ativos no processo comercial, manufatureiro e industrial - evidenciando a articulação destas políticas aos interesses de manutenção da força de trabalho e de expansão da atividade econômica. As campanhas sanitárias tiveram ainda uma função de controle e disciplinarização, na medida em que penetravam na vida cotidiana das famílias regulamentando, enquadrinando, punindo o modo de viver das classes subalternas e ensinando a ordem, a disciplina, o respeito à hierarquia (COSTA,1986: 12-37).

A nível das fábricas - que ocupam, nos anos 20, cerca de 30% da população ativa em pequenas unidades semi-artesais e isoladas, produzindo basicamente para o comércio regional (FALEIROS,1983: 125) - também instaura-se este processo de higienização e disciplinarização.

"As condições de trabalho eram duríssimas: muitas estruturas que abrigavam as máquinas não haviam sido originalmente destinadas a esta finalidade. Além de mal iluminadas e mal ventiladas, não dispunham de instalações sanitárias. As máquinas se amontoavam ao lado umas das outras e suas correias e engrenagens giravam sem proteção alguma. Os acidentes se amiudavam porque os trabalhadores cansados, que trabalhavam, às vezes, além do horário sem aumento de salário ou trabalhavam aos domingos, eram multados por indolência ou erros cometidos, se fossem adultos, ou surrados, se fossem crianças." (DEAN,1971:58)

Os trabalhadores viam na imposição do sistema de fábrica, onde se tentava controlá-los pelos regulamentos internos e pela máquina, a destruição de seu modo de vida anterior. A isto contrapunham, em defesa de sua identidade e de seu saber, o absenteísmo, a irregularidade do ritmo de trabalho, a quebra de máquinas, as greves.

Os industriais responderam com a proposta de criação da

"nova fábrica, asséptica e racional (...). Fundamentada num saber 'científico', a nova organização do trabalho propunha uma boa ventilação e iluminação das unidades produtivas, a construção de edifícios amplos e espaçosos, a introdução das novas invenções tecnológicas que facilitariam os trabalhos mais pesados, enfim, a criação de um ambiente de trabalho agradável, que faria com que os operários se sentissem seguros, protegidos e com vontade de produzir ao lado de patrões educados." (RAGO,1985: 39)

Esta política, que se estendia às suas casas, às vilas operárias, às crianças e mulheres, objetivava obter a adesão dos trabalhadores ao projeto industrial, intensificar a produção, facilitar a exploração "racional" da força de trabalho, superando as antigas modalidades coercitivas que vigoravam na produção.

O discurso médico trouxe o suporte "científico" para a justificação deste projeto. Condenava a sujeira, a poeira, a emanção de gases, o trabalho noturno e os "covis" em que viviam os trabalhadores, como elementos geradores de sua degradação física e moral. Defendiam que a purificação do ambiente de trabalho seria um investimento a curto prazo para os patrões, pois produziria em troca comportamentos mais dóceis, produtivos e disciplinados. (RAGO,1985: 43)

Vários setores da sociedade reagiram a estas políticas. A nível da cidade, por exemplo, houve a memorável "Revolta da Vacina", bem estudada por CARVALHO (1987) e COSTA (1986). O movimento operário também reagiu, defendendo que "as políticas de saúde estatais compreendessem também a

necessária regulação do consumo da força de trabalho pelo capital industrial" (COSTA,1986: 76). Em 1906 o Congresso Operário Brasileiro reivindicou a jornada diária de 8 horas, o pagamento de indenização pelos empregadores aos trabalhadores que sofreram acidente de trabalho, a criação de asilos ou meios para beneficiar operários inválidos. Na greve geral de 1917 os trabalhadores exigiram o aumento de salário, a abolição do trabalho noturno para mulheres e da exploração do trabalho de menores de 14 anos, jornada de 8 horas, aumento de 50% no pagamento de todo trabalho extraordinário (ROCHA e NUNES,1991a).

É neste contexto - e também pressionado pela "ameaça comunista" e pelo Tratado de Versailles - que o Estado é levado a admitir explicitamente a necessidade de legislar a questão social. A primeira iniciativa no campo da saúde é exatamente a Lei de Acidentes do Trabalho. Projetos sobre este tema foram discutidos em 1904, 1908 e 1912 mas somente em 1919, quando alguns industriais de São Paulo já faziam seguros privados de acidentes de trabalho e quando as reclamações operárias eram muito intensas, é que a lei que previa uma indenização única aos acidentados foi aprovada (FALEIROS,1983: 129-130).

Ainda em 1919 promulgou-se a Lei 1309, que fixava a jornada de trabalho em 8 horas. Data de 1923 a Lei Eloy Chaves, criando as Caixas de Aposentadoria e Pensões para ferroviários, marítimos e portuários - trabalhadores que sustentavam a atividade de exportação - respondendo às suas reivindicações por assistência médica, seguro social em caso de doença, invalidez ou morte (OLIVEIRA e TEIXEIRA,1985: 23). Também em 1923 é criado o Conselho Nacional do Trabalho. As férias são regulamentadas em 1925 e três anos depois o Código Sanitário é reformulado, incluindo normas sobre as instalações industriais, o trabalho de mulheres e de menores (ROCHA e NUNES, 1991a). A Revisão Constitucional de 1926 constitui-se no momento em que o Estado assume como sua função o "legislar sobre o trabalho" e legitima sua capacidade de intervir no sistema contratual de mercado.

Apesar da repressão, do estado de sítio que vigorou entre 1922 e 27, da crise do final da década, o movimento operário constituiu-se num importante

ator no cenário político da Primeira República. Além de contrapor-se a iniciativas heterônomas nocivas aos seus interesses, formulou as reivindicações que serão objeto da luta política dos trabalhadores ao longo das décadas seguintes e conseguiu barganhar com os empresários e com o Estado conquistas fundamentais no tocante à defesa da saúde e das condições de trabalho, enquanto construíam sua identidade de classe.

Em contraste, grande parte dos estudos sobre os **anos 30- 45**, colocam-nos como

"uma fase onde há um Estado tão forte, hegemônico e tutelar que acaba por ocupar por inteiro as questões do período.(...) As classes e grupos sociais aparecem como expressões de leis e decretos, textos, projetos e intenções estatais e por esta via alcançam existência, isto é, estatuto político". (PAOLI, 1987: 58,98)

É que, visando garantir a expansão do processo de industrialização e necessitando ampliar suas bases de apoio, Vargas deu relevância - a seu modo - à questão social. No início de seu governo regulamentou a jornada de trabalho, as férias, as condições de trabalho de mulheres e menores - mas apenas para algumas categorias profissionais mais combativas, e não ainda para o conjunto da classe trabalhadora. Transformou as CAP's nos Institutos de Aposentadoria e Pensões , centralizou as ações sanitárias no Ministério da Educação e Saúde, permitindo seu avanço para o interior do país. Editou, em 1943, a Consolidação das Leis do Trabalho (ROCHA e NUNES,1991b).

Ricardo Antunes re-interpreta estas iniciativas:

"(no plano da legislação regulamentadora do trabalho a atuação estatal) inegavelmente correspondeu - ao contrário do decantado "mito da outorga" - a uma luta da classe operária, especialmente desde a segunda década do século XX, visando à constituição dos direitos fundamentais do trabalho. Porém, se a legislação

trabalhista pode ser entendida como **conquista** da classe operária, é inegável que o Estado, **ao atender suas reivindicações cotidianas e imediatas**, conseguiu criar bases sociais para a sua própria sustentação junto aos subalternos, uma vez que, junto com o atendimento às pressões populares, descarregava um vasto conteúdo manipulatório expresso na ideologia do varguismo." (ANTUNES,1988:74)

É neste sentido que se compreende que, paralelamente à abertura às reivindicações do movimento operário, o governo Vargas consubstanciou, no Decreto 19770 de 1931, a subordinação dos sindicatos ao Estado. Colocando-os como colaboradores do poder público, abrindo a possibilidade de intervenção do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (criado em 1930) sobre as diretorias e assembleias sindicais, controlando os recursos financeiros das entidades e proibindo-lhes qualquer atividade política e ideológica, Vargas buscava a desmobilização e o controle do movimento operário - segundo GOMES (1979: 311), a principal diretriz da intervenção do Estado sobre o mercado de trabalho naquele período. Com breve hiato democrático entre 1934 e 37, a repressão política sobre os sindicatos permanece durante todo o Estado Novo.

Há ainda uma outra faceta da política social - especialmente a de saúde - do governo Vargas: a capitalização, através da Previdência Social, para a construção da indústria nacional siderúrgica, de celulose e de energia elétrica, além do financiamento do crédito agrícola e dos empréstimos a empresários privados (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985:142-148). A construção da Companhia Siderúrgica Nacional, nos anos 40, é um bom exemplo do desvio de verbas da Previdência para a indústria de base. PIMENTA (1989) aponta que ela foi financiada por 25 milhões de dólares do governo norte-americano, 220 mil contos do Tesouro Nacional e 250 mil contos do IAPI, IAPC e IAPB (Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Industriários, Comerciantes e Bancários, respectivamente). Para isto, estes institutos foram submetidos a forte política contencionista, reduzindo os benefícios e a prestação de serviços, quando a capacidade reivindicativa das categorias profissionais atingidas não conseguia barrar estes retrocessos.

Os empresários, por seu turno, reagiam negativamente às conquistas dos trabalhadores no plano da legislação social, na medida em que as formas de acumulação vigentes dependiam da exploração de longas jornadas, do disciplinamento, da economia de investimentos nas condições de trabalho. Nortearam sua ação pelos objetivos de minimizar os custos econômicos da aplicação das leis sociais, de reduzir a margem de interferência do Estado sobre as empresas privadas e de transferir para ele o custo "moral" do confronto com os sindicatos (GOMES, 1979: 307-312). O discurso de destacado membro da FIESP nos anos 30 é expressão desta mentalidade:

"Para o operário nacional, o grande problema é o salário. Para o patrão, o problema capital é a abundância de braços, a estabilidade e o adestramento desses braços... Não existem outros problemas relevantes a não ser estes." (NOGUEIRA, 1935 apud PAOLI, 1987:72)

Mas a luta autônoma dos trabalhadores não subsumiu neste período. Há dados que mostram, por exemplo, que na primeira metade dos anos 30 apenas 288 sindicatos de trabalhadores ligados à indústria de transformação subordinaram-se às exigências da lei de sindicalização, e eram entidades de áreas com menor grau de industrialização e de organização dos trabalhadores (ANTUNES, 1988:84).

Enfrentando o obstáculo da falta de registro histórico de depoimentos diretos dos trabalhadores, que revelassem sua atuação neste período, PAOLI (1987) recupera, nas pequenas lutas em torno das questões de jornada, tabelas salariais, abrandamento do regimento interno da fábrica - embora frequentemente mal sucedidas e reprimidas - um momento político onde os trabalhadores podem se ver como sujeitos de uma dominação específica e onde vão se formando como classe. A autora analisa, por exemplo, a árdua luta dos trabalhadores para fazer valer a lei de férias, conquistada e suspensa em 1931: até a metade desta década, pelo menos quinze greves reivindicam explicitamente o seu cumprimento, os trabalhadores se agitam em reuniões e

assembléias para manter a sua conquista. Em janeiro de 1934 o Estado promulga nova lei de férias, garantindo o direito de gozo de quinze dias úteis anuais, mas apenas aos operários filiados aos sindicatos oficializados - mais uma vez combinando o atendimento a reivindicações dos trabalhadores com o exercício do controle sobre seus movimentos organizados. Processos semelhantes ocorreram com a jornada de 8 horas, com o trabalho da mulher e do menor, mostrando o papel do movimento operário na conquista, institucionalização e manutenção dos ganhos.

O **período de 1945 a 64** é marcado pelo crescimento vertiginoso da urbanização e da industrialização, com progressiva participação do capital internacional na indústria de automóveis, tratores, caminhões e nas indústrias naval, química e de eletro- domésticos.

Dutra combina arrocho salarial e repressão social: controla as greves, persegue a oposição, coloca o Partido Comunista na ilegalidade. A Constituição de 1946 não favorece a organização e a expressão política dos trabalhadores, na medida em que

"define a greve como ilegal, mantém a legislação trabalhista outorgada pela ditadura Vargas (e que é reprodução literal da Carta del Lavoro, de Mussolini), proíbe o voto aos analfabetos (isto é, à maioria da população, na época)..." (CHAUÍ, 1987: 50)

Por outro lado, o Estado, constrangido pelo contexto do pós-guerra, pela Carta do Atlântico que o Brasil assinou e pela ideologia do "well-fare state", suspende a política contencionista da Previdência Social vigente no período anterior, amplia os benefícios sociais e aumenta os gastos com assistência médica, a partir de recursos arrecadados basicamente dos trabalhadores. Em 1960 promulga a Lei Orgânica da Previdência Social, unificando os direitos dos segurados de todos os IAP's. No campo da Saúde Pública, separa o Ministério da Saúde do da Educação e atua principalmente sobre as endemias que ameaçavam a força de trabalho (NUNES e ROCHA, 1991c).

O movimento dos trabalhadores urbanos, por seu turno, concentrou-se neste período em mobilizações massivas ligadas ao populismo e difundidas segundo um padrão de espontaneidade, ou na politização de um sindicalismo também de massas, mas burocratizado, tendo como parâmetro as elites modernizantes. Tal processo cristaliza a impermeabilidade da estrutura sindical oficial às mobilizações de base e limita a ação aos marcos legais e institucionais colocados pelo Estado (MOISÉS, 1982: 83-85).

FALEIROS (1983: 138) aponta que "os sindicatos continuaram aumentando seus gastos com assistencialismo, consolidando o poder dos pelegos." Citando ERICKSON (1971), mostra que suas despesas assistenciais aumentaram cinco vezes entre 1954 e 1963.

Entretanto, no pós-guerra, manifestam-se as tensões acumuladas naquele período a nível das fábricas. Os trabalhadores criticam acirradamente os lucros extraordinários dos industriais, a escassez e a carestia. Quebram lojas, apedrejam fábricas. Os dois primeiros meses de 1946 foram marcados por 60 greves, que prosseguiram, como manifestação da vida do movimento operário, ao longo daquele período. P. Singer chama a atenção para as greves de 1948 e 1953 que mobilizaram, respectivamente, 100.000 e 400.000 trabalhadores em torno da inflação alta, da recessão econômica e das reformas de base (SINGER, 1988: 115). Nos relatos destes episódios transparece a organização de comissões de fábrica, que levantam problemas concretos dos processos de trabalho - inclusive os de saúde - e das relações de poder neles contidas, articuladas às grandes mobilizações de caráter político-institucional. Segundo PAOLI (1987: 91-96), entretanto, estas organizações a nível da fábrica nem sempre foram assimiladas pelas instâncias sindicais e partidárias, afastadas que estavam do cotidiano do trabalho.

Já o **regime militar** configura-se como um período de exclusão social e política dos trabalhadores, em nome do crescimento econômico.

Coerentemente com este objetivo, o governo introduz várias mudanças nas políticas de saúde. Extingue a participação dos trabalhadores na gestão da

Previdência e privilegia a prestação de assistência médica individual através da compra de serviços de terceiros, em detrimento das ações de saúde coletiva. Mais do que isto, subsidia o setor privado de prestação de serviços de saúde com recursos públicos consignados ao Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS): da verba destinada à saúde e previdência, 79,5% foram repassadas à construção de hospitais privados, pela pressão da Federação Brasileira de Hospitais (OLIVEIRA e TEIXEIRA,1985: 215-217).

O significado desta política é interpretado por Cristina Possas:

"Ao articular o setor público com o privado pela subordinação da assistência médica previdenciária à lógica da acumulação, o sistema capitalista concilia duas tendências que se manifestam em seu processo de expansão: de um lado, ao assegurar condições que facilitam a continuidade do processo produtivo, devolvendo rapidamente o trabalhador à produção, reduzindo com isto o absenteísmo; e de outro, favorecendo a transformação da assistência médica em mais um setor capitalista em que a produção de serviços médicos tem por finalidade primordial a apropriação privada dos lucros." (POSSAS,1981: XVII)

Estimulado por esta política, constitui-se um amplo complexo médico-industrial, que envolve empresas monopolistas nacionais e principalmente internacionais na prestação de serviços médicos e na produção de equipamentos e medicamentos.

Na esfera da produção, o chamado "milagre econômico" multiplica os acidentes de trabalho e eleva em muito a sua gravidade. Para reduzir os gastos da Previdência Social com estes eventos, são modificados os benefícios do Seguro de Acidentes do Trabalho, através da Lei 6367/76, penalizando os trabalhadores. A nível das empresas, o governo institui a obrigatoriedade dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, de acordo com o grau de risco da atividade e o número de empregados (ROCHA e NUNES,1991d). Subordinados ao empregador, estes profissionais dificilmente contam com a autonomia necessária ao pleno

desempenho de suas atribuições preventivas, ficando muitas vezes restritos ao controle do absenteísmo (DIESAT, 1989:73).

Os trabalhadores, por sua vez, foram objetos aparentemente passivos destas políticas. Coagidos pela repressão, os sindicatos viram-se muitas vezes estrangidos às atividades assistenciais médicas, odontológicas e jurídicas. Entretanto, nas fábricas gestava-se a resistência... Apesar de toda a repressão política, as manifestações operárias aconteceram progressivamente nos anos 60 e 70, construindo as bases do Novo Sindicalismo, como foi visto no Capítulo 3.

4.1.2 Os eixos norteadores das ações dos sujeitos no campo da saúde

Analisando este processo histórico, pode-se ver que as políticas de saúde para os trabalhadores são delineadas a partir da correlação de forças entre as classes sociais e seu conteúdo está intimamente ligado à medida em que cada uma delas constitui-se como ator e abre espaço para a representação de seus interesses no aparelho de Estado.

As ações do capital **tendem a** ser norteadas pelo interesse em manter e reproduzir a força de trabalho - e socializar seus custos - num clima de ordem social. Interessa-se também pela saúde enquanto objeto de investimentos que pode ser tratado na perspectiva de acumulação de capital. A esta tendência, encontra maior ou menor obstáculo na força do movimento dos trabalhadores, e com ele negocia em contextos democráticos.

O Estado, por seu turno, já não pode ser o "comitê executivo direto e mecânico da classe dominante" (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985: 12) assegurando apenas as condições de reprodução do modo capitalista de produção, como quer a concepção liberal. Pressionado pela ação dos sujeitos que vão conformando a classe trabalhadora e que reivindicam a expansão de seus

direitos, suas políticas **tendem a** condensar as relações de força existentes na sociedade, "articulando as pressões dos movimentos sociais dos trabalhadores com as formas de reprodução exigidas pela valorização do capital e pela manutenção da ordem social" (FALEIROS, 1986: 59). é que tal Estado, de caráter liberal-democrático, necessita criar também relações de consenso e, para isso,

"abre a possibilidade de, no interior da ordem burguesa, ainda sob a dominação de um Estado capitalista, ter lugar a representação de interesses (ainda que parciais) das classes subalternas, com a conseqüente formulação de políticas que respondam a demandas provenientes dessas classes." (COUTINHO, 1989: 54)

Isto, entretanto, se dá num território complexo, recortado pela própria necessidade de auto-legitimação como governo; de geração de um grau mínimo de aceitação das relações sociais vigentes; de difusão de uma ideologia em torno do trabalho e da saúde que dê consistência às suas iniciativas; de respostas à forma como este Estado se representa no contexto internacional.

A classe trabalhadora **tende a** defender a sua sobrevivência e, mais do que isto, produzir uma existência qualitativamente superior: a integridade física e mental, os anos vividos com saúde, a preservação da identidade e da dignidade, a realização, o prazer e a felicidade.

A forma como o capitalismo vem se implantando no Brasil tem levado os trabalhadores a dispender grande parte de sua força enquanto movimento nesta luta, muitas vezes concentrando-se na defesa de um padrão mínimo de sobrevivência: a manutenção do emprego, o salário **mínimo** para garantir sua reprodução, o amparo e a indenização aos trabalhadores tornados inválidos no trabalho, a assistência médica aos adoecidos pelas condições de vida e de trabalho.

Em outros momentos, entretanto, reúnem forças para superar os estreitos limites impostos à sua participação na condução da sociedade. Reagem ao

caráter autoritário, disciplinarizador, lesivo às suas liberdades e invasivo à sua cultura de algumas políticas públicas, como as Campanhas Sanitárias do início do século. Denunciam que não se reduzem a "força de trabalho". Lutam, durante décadas, para limitar a jornada de trabalho, para conseguir o repouso semanal e as férias anuais, percebendo que na ausência destes direitos está uma das fontes de seu desgaste. Conquistadas as suas reivindicações, lutam ainda pelo seu efetivo cumprimento e manutenção. Buscam a necessária regulação do trabalho da mulher, do menor e das condições de higiene e segurança no trabalho. Desenvolvem estratégias de negação do poder autoritário exercido por chefes e mestres nas empresas, com base nos regulamentos internos. Disputam a gestão da Previdência Social. Enfrentam a repressão e articulam-se às mobilizações de caráter mais global da sociedade civil, em defesa da cidadania e da democracia.

Pode-se dizer, portanto, que a defesa da saúde perpassa toda a história do movimento dos trabalhadores no Brasil, embora tenha ocupado lugares diferentes em cada contexto específico, de acordo com as forças que a classe trabalhadora, em formação, conseguia reunir.

Nesta trajetória, chama a atenção a fertilidade do período da Primeira República, embora muitas de suas conquistas só tenham sido efetivadas posteriormente - e algumas delas ainda estejam por se fazer cumprir!

Vejamos agora as ações atualmente em desenvolvimento pelos sindicatos estudados.

4.2 Criando Novos Modos de Defesa da Saúde

As questões de saúde enfrentadas pelos trabalhadores no dia-a-dia do trabalho estão apresentadas aos sindicatos como problemas e exigindo uma intervenção (Cap. 2).

Mas, **como** intervir?

As abordagens vigentes dos problemas de saúde vêm sendo criticadas e modificadas:

"Nós **reduzimos a zero o assistencialismo no sindicato** (...). Foi um **processo de acabar aos poucos**, sem muitos traumas. E a categoria não ficou prejudicada porque **a gente cobrou da empresa** uma ampliação do serviço médico dela (...) Então a categoria não ficou desassistida." (SINTTEL, grifos meus)

Quatro outros sindicatos que prestam alguma forma de assistência médico-odontológica falam disto incomodados e explicitam o desejo de interromper este tipo de atividade.

O Sindicato dos Bancários, que no momento da entrevista (jun.90) dispunha de uma clínica com aproximadamente 80 funcionários, posiciona-se:

"(a clínica) é bem montada, com clínico geral e algumas especialidades. Funciona com muita dificuldade, principalmente financeira. **Ainda temos uma necessidade**. Todo mundo tem conhecimento claro de nossa posição em relação ao assistencialismo e, do ponto de vista da CUT, **nosso programa foi contrário ao assistencialismo**. Mas sempre colocamos que não iríamos fazer coisa nenhuma sem discussão ampla com a categoria, sem um processo democrático." (Sindicato dos Bancários, grifos meus)

No final de 1990 os bancários decidiram, em assembléia, pelo fechamento da clínica.

Os Metalúrgicos de Betim dispõem de convênio com um hospital público municipal e com cinco laboratórios privados. Têm ainda dentistas contratados mas pretendiam discutir no Congresso dos Metalúrgicos o fim desta assistência.

Os Aeroviários e o SINDIELETRO também contam com um dentista, conveniado no primeiro e contratado no segundo - o qual pretende "passar esta responsabilidade para a empresa" (SINDIELETRO).

Chama a atenção o fato de que os Sindicatos dos Plásticos e de Processamento de Dados - ambos fundados em 1986 - já se negavam, desde o início, a prestar serviços assistenciais:

"O nosso Sindicato **foi criado sem este tipo de proposta**. A gente não acha que seja função do Sindicato. é uma questão de **total responsabilidade do Estado**" (Sindicato dos Plásticos, grifos meus)

Os depoimentos mostram, portanto, o esgotamento do modelo assistencial de resposta aos problemas de saúde, refletido na clara tendência, entre as entidades estudadas, a interromper a prestação de serviços médicos assistenciais no sindicato - a que foram levados durante o regime militar - por eles taxada de **assistencialismo**.

Embora reconheçam a necessidade da consulta médica, dos exames complementares, do hospital, entendem que as atividades assistenciais são de responsabilidade da empresa, em alguns casos, ou do Estado, em outros.

Mas, se a abordagem assistencialista dos problemas de saúde está se esgotando, o que colocar no lugar? Como responder às questões levantadas pelos trabalhadores?

"Embora, originalmente, a palavra (ad-sistere) signifique "ficar junto" e se preste a uma riqueza infindável de interpretações, seu sentido maior, na verdade, imprimiu-se através de uma prática histórica. Segundo esta, a assistência sempre significou um conjunto de ações compensatórias que visavam a auxiliar necessitados e carentes. Ajudar, socorrer, auxiliar, indicam que o excedente privado de uns pode ser doado a outros, ou, então, que o Estado compensa, com esse modelo de ação, a desigualdade manifesta(...) Assim, enquanto o primeiro (a assistência) se regula pelo favor, pela beneficência ou misericórdia (coração condoído pelo miserável), o segundo **(o direito) se impõe como manifestação de cidadãos capazes de autonomia e de participação sociais.**" (CURY, 1988:24; grifos meus)

Parece que é exatamente a compreensão da saúde como direito - explicitada pelos movimentos sociais nos anos 70 e 80 (Cap. 3) - que tem embasado a crítica à abordagem assistencialista e a construção de novas formas de abordagem dos problemas de saúde. Marcados pelo processo de construção do Novo Sindicalismo, os sindicatos criam novas instâncias organizativas ou reapropriam-se, em outra perspectiva, das já existentes; inventam maneiras de democratizar a informação e inovam no conteúdo e na forma de sua relação com as empresas e com o Estado, como veremos a seguir.

4.2.1 As instâncias de organização das ações em Saúde do Trabalhador

Ao longo do estudo, foram identificadas três instâncias organizativas das ações em defesa da saúde no trabalho: as CIPA's, as Comissões de Saúde e os Departamentos de Saúde dos sindicatos.

4.2.1.1 CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

A nível da organização no local de trabalho, cinco sindicatos - Aeroviários, Metalúrgicos de Betim, Telecomunicações, Bancários e Eletricitários - fizeram referência ao trabalho com as CIPA's.

Prevista na Consolidação das Leis do Trabalho (art. 163 a 165) e detalhadamente regulamentada pela NR-5 da Portaria 3214/78, a CIPA compõe-se de número igual de representantes indicados pelo empregador e eleitos pelos trabalhadores, número este proporcional ao grau de risco do ramo de atividade da empresa e ao seu contingente de empregados. De constituição obrigatória nas empresas que contratam trabalhadores em regime celetista, a presidência da comissão deve ser sempre exercida por um dos representantes do empregador. Antes de cumprir o mandato de um ano, seus membros devem receber um "curso de treinamento" com duração mínima de dezoito horas, a ser ministrado por profissionais especializados cadastrados no Ministério do Trabalho, cujo conteúdo já está definido na norma regulamentadora da lei. Entre suas atribuições, a serem cumpridas paralelamente às funções de cada membro e durante as reuniões mensais, estão:

"Observar e relatar condições de risco nos ambientes de trabalho e **solicitar** medidas para reduzir até eliminar os riscos existentes e/ou neutralizar os mesmos; **discutir** os acidentes ocorridos, **encaminhando** aos Serviços Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho e ao empregador o resultado da discussão; **solicitando** medidas para prevenir acidentes semelhantes e, ainda, **orientar** os demais trabalhadores quanto à prevenção de acidentes." (Item 5.2 da NR-5 da Portaria 3214/78, grifos meus)

Coerente com o caráter que orienta toda a legislação sobre o trabalho do período varguista em que foi criada (1944), a CIPA não tem poder de deliberação - haja visto os verbos utilizados para definir suas atribuições. Mais do que isto, sofre forte controle do Ministério do Trabalho: as eleições, o calendário anual de reuniões e a própria Comissão devem ser registrados na Delegacia Regional daquele órgão, além das estatísticas trimestrais de doenças e acidentes do trabalho por ela elaboradas. Suas reuniões e o Livro de Atas, assim como o processo eleitoral e o treinamento dos membros são objeto de fiscalização por parte dos agentes de inspeção do trabalho do governo federal. Estes podem ainda ser convocados para arbitrar discordâncias do empregador em relação às solicitações da CIPA.

Sobre a prática das CIPA's nas empresas falam os trabalhadores entrevistados:

"Mesmo aquelas empresas que tinham CIPA, era a mesma coisa de não ter, porque as CIPA's eram só para se livrar da fiscalização da DRT (Delegacia Regional do Trabalho). Elas eram as chamadas **CIPA's - fantasma**. As reuniões? Eram só na ata, não tinham reuniões. As eleições dos representantes dos empregados eram eleições com fraudes e praticamente os patrões tinham o controle total das CIPA's." (Sindicato dos Aeroviários, grifos meus)

"... até então os cipeiros eram mais treinados no sentido de fiscalizar o trabalhador, olhar se o cara está usando o cinto, máscara, bota, e ficava mais como fiscalizador." (SINTTEL)

"A CIPA dentro da empresa era um tribunal, uma reunião para punir as pessoas." (SINDIELETRO)

A burla frequente da legislação pelas empresas e o caráter consultivo da Comissão tendem a fazer dela um espaço formal, onde as questões de saúde são tratadas de maneira superficial e burocrática e onde se tende a reproduzir a

ideologia dominante de que cada trabalhador individualmente seria culpado pelos agravos à saúde, através de seus "atos inseguros".

Apesar disto, alguns sindicatos optam por buscar ocupar o espaço das CIPA's:

"Preferimos trabalhar com a CIPA, lutando para democratizá-la, para que ela de fato funcione, ao invés de criar uma outra coisa. A gente teve inclusive alguma dúvida se criava uma comissão paralela, já que a CIPA não funcionava, ou se investia lá dentro, participando das reuniões e denunciando no jornal do sindicato." (SINTTEL)

"A intenção primeira é a questão da CIPA, porque além da intervenção da pessoa no interior da fábrica, tem a questão da estabilidade (...) Talvez a Comissão de Fábrica a partir da CIPA..." (Sindicato dos Plásticos)

"Eram poucas as pessoas que participavam (da Comissão de Saúde do Sindicato) e justamente aquelas que estavam com problemas. As outras passaram a ter aquele medo de participar... Aí a gente viu que podia também, via CIPA, conquistar uns avanços. Foi aí que a gente foi ver que a maioria das empresas não tinha CIPA. Aí nós conseguimos desenvolver um trabalho de conscientizar companheiros que fossem disputar as eleições nas CIPA's, para que esses companheiros também pudessem se engajar no trabalho da luta pela saúde e a luta lá no local de trabalho." (Sindicato dos Aeroviários)

É que, a despeito de seus limites estruturais e da forma como têm se desenvolvido na maioria das empresas, as CIPA's resguardam um espaço legalmente reconhecido de discussão das condições de trabalho e saúde nos locais de trabalho. Mais do que isto, a legislação prevê a estabilidade, ainda que precária (11), dos representantes eleitos pelos trabalhadores. Num contexto de extremas restrições à organização nos locais de trabalho e de

instabilidade no emprego, é este espaço que alguns sindicatos disputam politicamente, buscando dele se apropriar para intervir diretamente sobre o processo de trabalho e, quem sabe, transformá-la numa Comissão de Fábrica...

(11) Segundo a legislação trabalhista em vigor, "os membros titulares da CIPA representantes dos empregados não poderão sofrer despedida arbitrária, **entendendo-se como tal a que não se fundar em motivo disciplinar, técnico, econômico ou financeiro.**" (Artigo 165 da Consolidação das Leis do Trabalho, grifos meus)

Para isto, buscam contatar nas empresas trabalhadores identificados com o movimento de luta por saúde, que venham a concorrer às eleições. Apóiam e subsidiam, através de discussões, a sua campanha. Acompanham o processo eleitoral, no sentido de garantir a sua representatividade. Se eleitos, acompanham também o desenvolvimento posterior de seus trabalhos, debatendo os problemas a serem levados à reunião, as táticas para conduzi-los, as mobilizações dos trabalhadores em torno deles, etc.

No cotidiano deste trabalho, vão se deparando com limites da CIPA enquanto canal de luta pela saúde. Daí nascem propostas de superação destes limites, alterando a estrutura da Comissão, as quais são encaminhadas na Negociação Coletiva. Reivindicam a sua presidência pelos trabalhadores, a eleição direta de todos os seus membros, a comunicação ao sindicato do desencadeamento do processo eleitoral, o direito do sindicato de promover o curso de treinamento dos cipeiros, a liberação de carga horária semanal de seus membros para o desenvolvimento de suas atividades preventivas, a autonomia administrativo-financeira da CIPA, o fornecimento de cópia das atas de reuniões ao sindicato, a estabilidade do cipeiro por dois anos.

"Fizemos bottons DEMOCRACIPA, cartazes, boletins, no sentido de envolver não só a CIPA, mas a categoria como um todo. Só que a empresa descobriu que isto poderia se transformar numa Comissão de Fábrica mesmo. A empresa se propôs até a ceder em alguns pontos, mas depois voltou atrás. Voltou à estaca zero. A

CIPA continua com a mesma estrutura emperrada e tal..." (SINTTEL)

"Hoje nós temos cipeiros realmente com grau de consciência muito grande da luta pelo ambiente de trabalho saudável, um ambiente de trabalho melhor. Conseguimos em 87 uma das primeiras CIPA's com estabilidade de dois anos, onde o presidente é representante dos empregados." (Sindicato dos Metalúrgicos de Betim)

Desta forma, alguns sindicatos estão procurando se apropriar da CIPA - local de contradição - no sentido da disputa entre o instituído e o instituinte. Como única forma de organização das ações em defesa da saúde a nível dos locais de trabalho oficialmente permitida, ela apresenta problemas e dificuldades que serão discutidos no Cap. 5.

4.2.1.2. Comissões de Saúde

Os Sindicatos dos Aeroviários, de Processamento de Dados e Eletricitários criaram, no processo de desenvolvimento das ações em Saúde do Trabalhador, as chamadas Comissões de Saúde. Sua principal característica é serem organizadas de forma autônoma em relação às empresas e ao Estado:

"A Comissão de Saúde pertence ao Sindicato, é organizada no Sindicato, funciona dentro do Sindicato e está sob o cunho político do Sindicato." (SINDADOS)

Compõe-se, no caso do SINDADOS, "das próprias pessoas que vieram trazer o problema" e de um diretor executivo responsável pela área de saúde. Ela encaminha o tratamento de trabalhadores, negocia diretamente com as empresas o remanejamento de função dos lesionados, leva às Comissões de

Trabalhadores a nível das empresas as discussões que realizam sobre saúde, etc.

No Sindicato dos Aeroviários,

"a gente começou com alguns companheiros participando de comissões de saúde de outros sindicatos, de encontros inter-sindicais. Depois nós passamos a atuar criando a nossa Comissão de Saúde." (Sindicato dos Aeroviários)

Ela compõe-se de trabalhadoras que procuraram o Sindicato com problemas de saúde e da médica que assessora a entidade. Seu trabalho começou da seguinte forma:

"... visitar os locais de trabalho e fazer um relatório: empresa tal, setor de cargas tem uma deficiência de iluminação, ruídos... Aí a gente fez foi uma ação direta: a partir destes relatórios, contato com as empresas, marcando reuniões, forçando, denunciando nos jornais do sindicato, mandando pedidos de fiscalização." (Sindicato dos Aeroviários)

A Comissão de Saúde do Sindicato dos Aeroviários tem enfrentado alguns problemas: a demissão de trabalhadoras que participavam da Comissão e que eram portadoras de doença profissional, o grande número de empresas a serem "visitadas". Mais do que isto, tem encontrado as dificuldades interpostas pelas empresas para efetivamente modificarem os ambientes de trabalho.

Já no SINDIELETRO, a Comissão de Saúde compõe-se do diretor executivo de saúde, de ativistas sindicais e é assessorada por uma médica do trabalho:

"O pessoal liga, a gente faz visitas nas áreas de risco, priorizando os locais onde tem denúncia." (SINDIELETRO)

As Comissões de Saúde constituem-se, assim, numa primeira instância de organização autônoma das ações de saúde a nível do sindicato, envolvendo trabalhadores, dirigentes e assessores.

4.2.1.3 Departamentos e Diretorias de Saúde

Seis sindicatos alteraram o organograma da entidade e criaram Departamentos e Diretorias de saúde, com a atribuição de coordenar as ações desenvolvidas nesta área: Metalúrgicos de Belo Horizonte e Contagem e de Betim, Bancários, SINTTEL, SINDADOS e SINDIELETRO.

"Tão logo nós tomamos posse nós tivemos no Sindicato a preocupação de ter um Departamento de Saúde. Mas não um departamento de saúde corriqueiro, para fazer as consultas diárias. Uma preocupação nossa era estudar e acompanhar e dar , buscar um caminho para os trabalhadores na questão da Saúde do Trabalhador. Então nós renovamos o nosso Estatuto, agora em dezembro, dia 8, onde foi criada uma diretoria específica de Saúde do Trabalhador." (Sindicato dos Metalúrgicos de Betim)

À exceção do Sindicato dos Plásticos, todas as entidades estudadas constituíram, no Departamento de Saúde, uma assessoria formada por um médico do trabalho, embora, no momento da entrevista, o SINTTEL e o SINDADOS não dispusessem de profissionais contratados. No caso dos Metalúrgicos de Belo Horizonte e Contagem, há três médicos e uma técnica de segurança do trabalho. Suas atribuições variam um pouco em cada sindicato mas, de forma geral, são as seguintes:

- orientação a trabalhadores que procuram o sindicato com doença profissional ou informando situações de risco à saúde no trabalho;

- acompanhamento da trajetória médica e institucional de trabalhadores vítimas de doenças ou acidentes do trabalho;
- estudo de locais de trabalho para identificação e avaliação de situações de risco à saúde;
- assessoria à Comissão de Saúde;
- assessoria em mesas de Negociação Coletiva;
- preparação de artigos sobre saúde para boletins ou para o jornal da categoria;
- preparação e execução de cursos para cipeiros e ativistas sindicais;
- assessoria na elaboração de pautas de reivindicações sobre saúde;
- elaboração do plano de trabalho do Departamento de Saúde;
- pesquisa e contatos com outras entidades.

O assessor técnico é colocado por alguns dirigentes como a principal fonte de informação/formação no que se refere à relação entre saúde e trabalho. Não dispor de um profissional parece ser um fator até mesmo impeditivo ao desenvolvimento das ações - o que será comentado no capítulo 5.

"Porque por mais que a gente tenha interesse de trabalhar na área da saúde - isso já ficou claro para a gente, para a nossa diretoria, as nossas discussões políticas com os trabalhadores sobre ambiente de trabalho são prioritárias - mas a gente não consegue direcionar enquanto técnico. é claro que nós não somos médicos, então nós não conseguimos ainda. Não ter um médico do trabalho é um dos fatores que nos impede de ter um trabalho melhor."(Sindicato dos Plásticos)

"Como a casa não estava organizada, a gente não sabia como começar. Ainda faltava para a gente um caminho, uma direção, uma questão técnica." (SINDADOS)

No duro confronto com os patrões e no enfrentamento dos problemas do cotidiano do trabalho, os dirigentes sentem a necessidade de se apropriarem do conhecimento técnico acumulado. Mas percebem, por outro lado, que este

saber "técnico" não é politicamente neutro, principalmente ao considerarem a prática dos profissionais contratados pelas empresas:

"Mas a dificuldade que a gente encontra é modernizar a cabeça dos profissionais que estão na empresa. Eu acho que eles são muito restritos na concepção de saúde." (SINTTEL)

"A demanda começou a crescer. A gente sentiu a necessidade de contratar um técnico para, juntamente com a condução política do Sindicato, dar um atendimento à categoria. Não um atendimento assistencialista, atendimento médico, mas um encaminhamento de acordo com a condução política do Sindicato." (SINDADOS)

Assim, os Departamentos de Saúde constituem-se num espaço institucional para coordenar as ações em defesa da saúde a nível dos sindicatos. Definidos nos organogramas das entidades, eles têm, entretanto, problemas para efetivamente se implantarem, como será visto no próximo capítulo.

4.2.2 A Democratização da Informação e a Formação

"Muita dificuldade que os trabalhadores têm, é que eles não conhecem o ambiente de trabalho. Eles não têm acesso a estas informações." (Sindicato dos Aeroviários)

A desinformação e a "falta de consciência" da categoria - e também de dirigentes sindicais - aparece em várias falas como uma dificuldade a ser vencida para o avanço das ações em defesa da saúde. é neste sentido que os sindicatos desenvolvem um conjunto de atividades , como seminários e cursos para a categoria:

"O Seminário teve repercussões além do que a gente imaginava na imprensa e despertou na categoria a necessidade de lutar. Ficaram evidenciados os riscos que o trabalho tinha sobre a saúde, principalmente envolvendo os digitadores. A gente começou a se organizar a partir do Seminário." (SINDADOS)

Os sindicatos organizam também encontros inter-sindicais para a troca de experiências, no processo de construção de novas abordagens da saúde e de criação de novas formas de luta.

Eles preparam ainda boletins e cadernos informando e analisando problemas específicos que a categoria está vivendo, que serão distribuídos na porta das empresas, em momentos de maior mobilização. Estes são instrumentos para alimentar o debate com os trabalhadores e dar continuidade às ações.

Reservam também um espaço no jornal do sindicato para as questões de saúde, o qual pode ser ocupado com denúncias feitas pelos trabalhadores, com informes sobre o desenvolvimento da luta ou artigos técnicos preparados pelos assessores.

No tocante à democratização da informação, há ainda um outro bloco de atividades relacionadas ao **acesso** dos sindicatos às informações sobre saúde, necessárias para subsidiar o processo em desenvolvimento. São dados relativos às condições de trabalho e de saúde nos locais de trabalho - muitas vezes monopolizados pelas empresas - que tornam-se objeto de reivindicações na Negociação Coletiva: acesso aos resultados de exames médicos e laboratoriais realizados pelos serviços médicos junto aos trabalhadores, às atas de reuniões da CIPA, à informação de ocorrência de acidentes e doenças do trabalho, aos resultados de estudos ambientais, ao plano de trabalho do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do

Trabalho das empresas - questões que se encaixariam no "habeas data" garantido pela Constituição Federal de 1988.

Mencionam também o acesso a informações técnicas que, além dos assessores, são buscadas em publicações do movimento sindical nacional (DIESAT e sindicatos) e internacional (Centrais Sindicais Italianas); da FUNDACENTRO; da Organização Internacional do Trabalho e da Occupational Safety and Health Administration (OSHA-EUA).

Realizam ainda um trabalho de divulgação de seus problemas para a sociedade, através da denúncia junto aos meios de comunicação social, Câmara de Vereadores, Assembléia Legislativa e Câmara Federal, Ministério do Trabalho.

"Denunciamos isso na Rádio Nacional de Milão, no jornal do Partido Comunista Italiano, fizemos várias manifestações na portaria da fábrica com parlamentares de diversos partidos, sindicalistas italianos..." (Sindicato dos Metalúrgicos de Betim)

Estas iniciativas evidenciam a importância do saber como subsídio da ação transformadora. Alguns aspectos das atividades de informação e de formação serão retomados no Cap. 5 e na Conclusão.

4.2.3 A Negociação Coletiva das Condições de Trabalho e Saúde

Todos os Sindicatos estudados informaram estar preparando pautas para a Negociação Coletiva, durante a "Campanha Salarial", que incluem reivindicações na área de Saúde do Trabalhador. O peso dado a estas questões, entretanto, é diferente em cada sindicato, refletindo tensões que também serão analisadas no capítulo 5.

Elas tratam, às vezes, de **aspectos já definidos na legislação previdenciária** (Lei 6367/76) **ou na legislação trabalhista** (Título V da Consolidação das Leis do Trabalho e as 28 Normas Regulamentadoras - NR - da Portaria 3214/78) - o que denuncia a dificuldade de institucionalização das conquistas dos trabalhadores neste país: a emissão da Comunicação de Acidente do Trabalho pela empresa; o privilegiamento das medidas de proteção coletiva em relação às de proteção individual (Item 6.2 da NR-6); fornecimento gratuito de uniformes (Item 6.2 da NR-6); fornecimento de cópia ao trabalhador de exames médicos e laboratoriais realizados na empresa (Item 1.7 da NR-1); realização gratuita dos exames médicos admissionais, periódicos e demissionais (Item 7.1.1 da NR-7); informação aos trabalhadores sobre os riscos a que estão expostos em sua função (Item 1.7 da NR-1); pagamento de adicionais de insalubridade e periculosidade (Item 15.2 da NR-15 e NR-16).

Outras vezes, são **reivindicações que refletem as necessidades específicas que vão sendo identificadas pelos sindicatos ao longo do processo de luta pela saúde**. Entre estas está a de complementação do auxílio-doença acidentário pago pela Previdência Social aos trabalhadores afastados do trabalho para tratamento de acidentes do trabalho ou de doenças profissionais, já que o valor deste benefício defasa à medida em que se prolonga o tempo de afastamento, penalizando o trabalhador. Reivindicam também a estabilidade no emprego (12), por períodos variáveis, dos trabalhadores acidentados ou com doenças profissionais, face à frequente prática das empresas de demitirem-nos após a alta de tratamento; e seu remanejamento, quando do retorno ao trabalho, para funções condizentes com seu estado de saúde.

Neste mesmo grupo estão ainda as reivindicações de permitir o livre acesso do assessor de saúde do sindicato às empresas, de participação do sindicato em perícias dos ambientes de trabalho e em comissões técnicas de saúde, além de outras já mencionadas nos itens sobre CIPA e democratização da informação.

Nas categorias que sofrem maior impacto das inovações tecnológicas concernentes, principalmente, à informatização (SINTTEL, SINDADOS,

Bancários e Aeroviários) surgem **reivindicações que refletem o interesse dos trabalhadores em negociar a sua implantação e evitar que elas lhes sejam nocivas**. Neste sentido, querem a divulgação da implantação de novas tecnologias, a realização de estudos sobre as repercussões das novas o estabelecimento de pausas durante a jornada, a eliminação ou controle de riscos ocupacionais através de modificações no processo produtivo e/ou na organização do trabalho, o direito de negar-se ao trabalho em condições adversas, o pagamento de adicional de penosidade.

Neste processo de negociação com as empresas, o Sindicato dos Plásticos teve que recorrer à greve, em torno exclusivamente de questões relacionadas às

(12) A Lei Orgânica da Seguridade Social, sancionada em 24.07.91, modifica a legislação previdenciária em vigor à época das entrevistas (Lei 6367/78) e incorpora esta reivindicação dos trabalhadores, garantindo-lhes estabilidade no emprego por um ano após a cessação do auxílio-doença acidentário. (Art. 118 da Lei 8213 de 24.07.91)

condições de saúde no trabalho.

Alarga-se, desta forma, o leque de questões que são objeto da Negociação Coletiva, recolocando direitos já garantidos em lei e não respeitados e, mais do que isto, reivindicando a adoção de soluções construídas pelos trabalhadores para os problemas de saúde que vão desvelando no trabalho.

4.2.4 A Relação com as Instituições Públicas

Perguntados sobre as relações do sindicato com as instituições públicas afetas à saúde do trabalhador (13), todos os dirigentes entrevistados referiram-se ao órgão regional do Ministério do trabalho, a D.R.T.. Apenas dois sindicatos mencionaram também outras instituições.

(13) As diversas ações relativas à atenção à saúde do trabalhador, pelas quais é responsável o Estado, estão pulverizadas entre diversos órgãos públicos federais, estaduais e municipais, apesar da definição da nova Constituição por um **Sistema Único de Saúde (S.U.S.)**. Isto se deve, em parte, a limitações do próprio texto constitucional, que manteve fora do S.U.S. algumas das ações, e em parte à dificuldade e morosidade de sua efetiva implantação. As entrevistas foram realizadas no interregno entre a promulgação da nova Carta Magna e sua regulamentação pela legislação ordinária - período em que ocorreram muito poucas modificações na rede pública de serviços de saúde em Minas Gerais, no tocante à Saúde do Trabalhador. Neste contexto, cabia à **Delegacia Regional do Trabalho (D.R.T.)** a fiscalização das condições de higiene e segurança dos locais de trabalho e do estado de saúde dos trabalhadores. A competência de conceder benefícios previdenciários aos trabalhadores acidentados ou adoecidos no trabalho era da **Perícia de Acidentes do Trabalho do INPS**. A reabilitação profissional também cabia a este órgão, através do **C.R.P.**. Com o **INAMPS** e Serviços de Saúde das **Secretarias de Saúde** estava a atribuição de prestar assistência médica, o que no caso das doenças profissionais, tem sido feito apenas pelo **Núcleo de Saúde do Trabalhador do INPS (NUSAT)** e pelo **Serviço de Doenças Profissionais do Hospital das Clínicas da UFMG**. A **FUNDACENTRO**, por seu turno, é responsável por atividades preventivas, educativas e de pesquisa.

O SINDADOS referiu-se ao SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, que representa uma transição ao Sistema Único de Saúde - ao qual a Comissão de Saúde se remeteu para encaminhar o atendimento de trabalhadores lesionados. Este Sindicato desempenhou ainda papel fundamental na luta nacional da categoria, junto ao INPS, pelo reconhecimento da L.E.R. como doença profissional (ROCHA, 1989).

O Serviço de Doenças Profissionais do Hospital das Clínicas da UFMG e o Núcleo de Saúde do Trabalhador (NUSAT) foram mencionados pelo Sindicato dos Metalúrgicos de Betim, como locais para onde encaminham trabalhadores para atendimento médico.

A referência às instituições públicas em seu conjunto acompanha-se de críticas em cinco dos oito depoimentos: "mal funcionamento", "falta de funcionários e de equipamentos", má qualidade da assistência médica", "ingerência das empresas no INAMPS, INPS", a morosidade.

Os Metalúrgicos, tanto de Betim como de Belo Horizonte e Contagem, explicitaram sua participação no processo de discussão e de luta pela "Reforma Sanitária" - processo desencadeado por intelectuais e diversos setores do movimento social, que ganha corpo nos anos 80, em torno da bandeira "Saúde: Direito de Todos e Dever do Estado".

Deve-se destacar, entretanto, o lugar que ocupa o trabalho junto às instituições públicas em geral e à D.R.T. em particular no conjunto das ações em saúde do trabalhador desenvolvidas por estes sindicatos:

"Nós fizemos isto (trabalho junto às instituições públicas) há dois anos atrás, me parece. A gente estava levando uma campanha no sentido de reduzir a jornada de trabalho das atendentes de serviço, que executam o trabalho do tipo da telefonista, com fone de ouvido e com terminal de vídeo também. Elas utilizavam telefone, terminal de vídeo e trabalhavam oito horas por dia. Então a gente considerava que era importante para a saúde delas reduzir a jornada de trabalho. **Nós** levamos a campanha e acionamos a D.R.T.. Chegamos a ameaçar uma interdição no local de trabalho, que estava causando problemas de saúde para as pessoas. Fora isso **a gente pede fiscalização mas não é campo privilegiado de atuação.**" (SINTTEL, grifos meus)

"**Se houver necessidade faremos isso** (fiscalizações de ambientes de trabalho junto à D.R.T.). No caso da empresa impedir alguma vitória ou ser recalcitrante, não mudar de acordo com o interesse dos trabalhadores ou recomendações do Sindicato. Nós deixamos bem claro para a empresa que vamos utilizar os mecanismos legais, vamos acionar a D.R.T. se for preciso." (SINDIELETRO, grifos meus)

Em outros sindicatos a fiscalização da D.R.T. é mais "acionada". Aparece, entretanto, como um entre outros instrumentos de pressão sobre as empresas para conseguir melhores condições de trabalho.

A motivação para estas posturas parece estar, em parte, na ineficiência destas instituições e na desconfiançadelas:

"A gente entende a função da Delegacia do Trabalho. é um órgão ligado ao Estado. Não vamos falar que é um órgão que está aí para renovar. Eu tenho clareza disso. Mas pelo menos para atender as necessidades mínimas que é a fiscalização, a Delegacia não comporta, não tem técnico em quantidade que dê para fazer fiscalizações, não tem material..." (Sindicato dos Plásticos)

Mas, por outro lado, algumas falas sugerem que, ao criticar o papel que o Estado vem desempenhando na regulação das relações entre capital e trabalho, os sindicalistas descobrem e situam a si mesmos como sujeitos do processo de defesa da saúde. São eles que o conduzem. Podem acionar ou não o Estado, mas não delegam a ele a solução de seus problemas, numa postura de maior autonomia, embora possa conter algumas contradições.

4.2.5 Perspectivas e Metas dos Dirigentes para as Ações Sindicais em Saúde do Trabalhador

"A gente tem uma idéia de dar um salto de qualidade, no sentido de tentar discutir uma nova fórmula (...) Uma coisa que está sendo gestada." (S. dos Bancários)

Este depoimento reflete o tom de grande parte das falas dos dirigentes sobre as perspectivas de continuidade das ações sindicais em Saúde do Trabalhador que estão instituindo. Alguns falam em "buscar um caminho para os trabalhadores na questão da saúde" (S. dos Metalúrgicos de Betim), outros de "traçar um plano de ação" (S. dos Aeroviários). Os caminhos ainda não estão claros, eles vão se delineando no curso do processo.

Em termos de cada sindicato, há algumas metas já visualizadas. Os Aeroviários, por exemplo, consideram importante a eleição de delegados sindicais que atuariam também na área de saúde, assim como a retomada da Comissão de Saúde.

A formação do Departamento de Saúde, com assessoria técnica, é prioridade para o Sindicato dos Plásticos, além da preparação de cursos para cipeiros na categoria.

Os Metalúrgicos de Betim pretendem ampliar o Departamento de Saúde do Sindicato e conseguir a representação dos trabalhadores nos Serviços Médicos das empresas.

Já os Metalúrgicos de Belo Horizonte e Contagem almejam substituir as CIPA's por Comissões de Saúde, publicar materiais educativos e promover debates sobre a questão. Propõe-se ainda a diminuir o espaço ocupado em suas ações pelas reivindicações por adicionais de insalubridade, conquistando melhores condições ambientais para os trabalhadores.

O SINTTEL expressa o desafio de "levar junto a questão salarial e a questão da saúde", colocando-as "na mesma balança".

Para os bancários, as metas são: transformar a clínica "numa coisa mais coletiva, mais preventiva", abordar o problema de saúde mental na categoria, ter "maior interferência no processo de organização do trabalho", alterando "a política, a concepção de trabalho e a atuação" da entidade.

A questão dos acidentes do trabalho é meta prioritária para os eletricitários. Eles também pretendem conseguir maior acesso às informações geradas pela empresa sobre saúde na categoria; estar presentes na base, informando e ouvindo; visitar as áreas de maior risco no trabalho. Explicitam ainda a intenção de articular a área de saúde a nível da Central Única dos Trabalhadores.

Tais depoimentos remetem para o caráter instituinte destas ações, as quais têm que responder ao desafio de coadunar concepções emergentes e novas práticas, como será discutido no Cap. 5.

Finalizando, apresentou-se neste item as formas e canais de defesa da saúde criados pelos sindicatos estudados para encaminhar os problemas vividos e levantados pelos trabalhadores, em contraposição ao modelo assistencialista. Resta situá-las no processo histórico construído pela classe trabalhadora no campo da saúde no Brasil. é o que se propõe o próximo item.

4.3 Ações Sindicais em Saúde do Trabalhador nos Anos 80 na Grande-BH: Características e Significado

A apreciação da caminhada histórica dos trabalhadores em defesa da saúde e do modo como as ações neste campo vêm sendo desenvolvidas hoje pelos sindicatos estudados, permite apontar algumas de suas características e esboçar seu significado.

Em primeiro lugar, as questões de saúde tendem a ganhar um lugar definido no conjunto das ações sindicais. Ao criarem departamentos de saúde, destacarem diretores para esta área, formarem comissões de saúde, prepararem boletins e jornais sobre este tema, constituírem assessorias especializadas, os sindicatos estudados **estão elegendo a saúde como um objeto particular de sua atuação, nomeando um campo específico de intervenção sobre ela, destacando-o em relação a outras frentes de luta.**

Em segundo lugar, as ações sindicais em Saúde do Trabalhador ao mesmo tempo **expressam e alimentam avanços no processo de construção de uma cultura autônoma dos trabalhadores sobre a saúde**. Criticam o modelo assistencialista imposto aos sindicatos pelo populismo-corporativismo dos anos 40 e 50 e pelo autoritarismo do regime militar. Desvelam a concepção biologizante e a-histórica da determinação do processo saúde-doença e a prática reducionista dela derivada naquele modelo. A ele contrapõem a noção da **saúde como um direito dos trabalhadores** e a compreensão de que sua determinação está **profundamente vinculada à organização social da produção**. Partindo dos problemas surgidos no cotidiano do trabalho, vão desvelando a essência das relações de exploração capitalista e entendendo a saúde em sua historicidade. Esta nova cultura, gestada e elaborada no próprio desenvolvimento das ações, é trabalhada e difundida nos cursos, seminários, debates, boletins, jornais, contatos pessoais.

A terceira característica, relacionada à segunda, é a **busca sistemática de canais de intervenção dos trabalhadores sobre os processos de trabalho** no qual estão inseridos e onde nascem muitos de seus problemas de saúde. é com este objetivo que disputam o espaço instituído das CIPA's, tentando democratizá-las enquanto instâncias de organização dos trabalhadores nos locais de trabalho, para transformá-los. Também nesta perspectiva criam as Comissões de Saúde, buscando, na relação direta com as empresas, modificar condições nocivas à saúde no cotidiano do trabalho. Mais do que isto, introduzem questões relativas à saúde e às condições de trabalho nas pautas de Negociação Coletiva, ampliando o leque de aspectos a serem considerados na contratação da força de trabalho e nas relações trabalhistas. E, quando consideram necessário, acionam ainda a fiscalização do Ministério do Trabalho, para que cumpra sua atribuição de agir sobre ambientes insalubres ou perigosos.

Há ainda um quarto aspecto a assinalar, referente à **postura autônoma que subjaz à metodologia de condução das ações, seja em relação ao Estado, às empresas ou às fontes de saber**. Eles cobram das instituições públicas o desempenho de suas atribuições, mas não delegam a elas a transformação das condições de trabalho e de saúde. Percebem a lógica da

atuação das empresas no campo da saúde e propõem-se a negociar com elas não só o preço da força de trabalho, mas também as condições em que o trabalho será exercido. Apreendem a importância de se apropriarem do conhecimento acumulado e o seu caráter político, selecionando com critério suas fontes de acesso a ele.

A consideração deste conjunto de características evidencia **novos aspectos da relação entre estas ações sindicais e o Novo Sindicalismo**. Retomando alguns elementos reunidos no Cap. 3, é possível verificar que, além de terem surgido no mesmo contexto, ambos reassumem como objeto problemas diretamente ligados ao cotidiano do processo de trabalho, os quais refletem as contradições vividas pelos trabalhadores no interior das empresas. Ambos criam novas formas e canais de ação sobre estes problemas ou requalificam os já existentes, recolocando em pauta o controle dos trabalhadores sobre o trabalho. Ambos expandem seu âmbito de atuação a direitos políticos de expressão e organização. Ambos avançam na construção de uma cultura autônoma.

Desta forma, pode-se considerar que **estas ações sindicais em Saúde do Trabalhador significam um novo passo do movimento dos trabalhadores rumo à construção histórica da saúde que lhes interessa, numa perspectiva autônoma, na medida em que eles se assumem como sujeitos da defesa de suas vidas e de sua saúde. Como tal, inserem-se no processo de formação da classe trabalhadora, participando da construção de sua cultura e contribuindo para o desenho de seu projeto de sociedade.**

Tal processo, entretanto, por seu caráter instituinte, desenvolve-se com várias dificuldades e tensões, as quais serão descritas e analisadas no capítulo que se segue.

Capítulo 5

OS PROBLEMAS NO DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES SINDICAIS EM SAÚDE DO TRABALHADOR

"Deveras se vê que o viver da gente não é tão cerzidinho assim?" (Guimarães Rosa)

Serão abordados neste capítulo os problemas encontrados no desenvolvimento das ações sindicais em saúde do trabalhador, a partir dos relatos dos dirigentes sindicais entrevistados. Estes serão analisados, levando em conta tanto os elementos fornecidos pelas entidades estudadas quanto os trazidos pela observação direta na Escola Sindical 7 de Outubro e no Serviço de Doenças Profissionais da UFMG.

Serão colocadas ainda as tendências e perspectivas de avanço em relação a estes problemas apontadas pelo discurso e pela ação destes sujeitos.

Para fins de organização do texto, estes problemas e tendências foram agrupados em três níveis:

- a relação com as empresas,
- a relação com o Estado,
- o movimento dos trabalhadores propriamente dito.

Deve ser considerado, entretanto, que tais problemas e suas perspectivas de solução estão situados no complexo terreno das **relações** entre os três atores sociais, estando profundamente imbricados entre si.

5.1 A Ação Sindical e as Empresas

Os relatos apontam várias dificuldades na relação movimento sindical-empresas:

"Um dos nossos maiores problemas foi e ainda é (...) a **intransigência dos patrões...**" (Sindicato dos Metalúrgicos de Belo Horizonte e Contagem, grifos meus)

"...empresas como a FIAT e a FMB, **mesmo com decisão judicial, não permitem** que o nosso técnico entre. Nós temos aí nos últimos quarenta dias, em duas oportunidades, ele (o assessor de saúde do sindicato) **foi impedido de entrar na FIAT para acompanhar uma visita do Ministério do Trabalho**. A gente consegue isso nas empresas menores, empresas pequenas, onde a gente trata direto com o proprietário da empresa. A gente **às vezes** consegue fazer **alguma** visita, dar **alguma** sugestão, **conhecer os problemas que afligem os trabalhadores**. **Inclusive, às vezes, alguma sugestão que é feita por nós é atendida**. Mas isto está restrito, não representa nem 1% do conjunto da categoria porque são empresas pequenas. Mas, nas principais empresas, **nós não entramos**." (Sindicato dos Metalúrgicos de Betim, grifos meus)

"Outra coisa é que a empresa tem um convênio com o INAMPS no qual não emite CAT para acidentes leves (14). Então, quando acontece um acidente de trabalho leve, ela anota em suas notificações internas, em suas estatísticas, e (o trabalhador acidentado) é atendido pelas empresas conveniadas ou dentro da empresa mesmo. E isso leva a uma série de problemas: uma subnotificação para os órgãos oficiais dos acidentes que ocorrem na empresa. Segundo, como **os médicos estão sob controle da**

empresa (15), muitas vezes eles consideram leve um acidente que não é leve coisíssima nenhuma, que precisa ter um atendimento mais especializado, um tratamento mais longo. Então, isso não acontece. **Eles consideram** leve o afastamento que não leva mais que quinze dias. Mesmo nos afastamentos com mais de quinze dias, a empresa paga a pessoa para não caracterizar acidente do

(14) Entre as iniciativas do Estado diante do alto número de acidentes do trabalho registrados nos anos 70, estão as modificações no sistema de notificação dos mesmos. O entrevistado refere-se a uma modalidade de convênio entre a Previdência Social e as empresas, no qual estas se responsabilizam pela assistência médica ao acidentado e, fazendo-o retornar ao trabalho em no máximo quinze dias (acidente considerado leve), desobrigam-se de emitir a Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT, que é o instrumento legal de notificação e registro destes agravos.

(15) A Consolidação das Leis do Trabalho (art. 162 a 165) e a NR- 4 da Portaria 3214/78 obrigam as empresas, de acordo com o seu grau de risco e o número de empregados, a constituir os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT). Os profissionais que compõem estes serviços - médicos, engenheiros, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e técnicos de segurança - são contratados em regime de C.L.T. e a legislação não cria mecanismos de garantia da autonomia necessária para o efetivo exercício de suas atribuições de prevenção dos riscos e danos à saúde dos trabalhadores. Desta forma, como os demais trabalhadores, eles têm sua permanência no emprego condicionada à avaliação de seu desempenho, a qual é feita segundo os critérios do empregador.

trabalho. Então, **a empresa tem controle absoluto sobre a notificação**, a não ser em caso de acidente fatal. **Aí a gente não tem controle**. Isso desorienta o trabalhador, ele mesmo não sabe explicar direito a sua situação." (SINDIELETRO, grifos meus)

Transparece nestas falas a experiência vivida, pelos trabalhadores, do que Marilena Chauí chama de **autoritarismo** da classe dominante brasileira, para quem

"a luta de classes é identificada apenas com os momentos de confronto direto entre as classes - situação na qual é considerada "questão de polícia" - sem que se considere sua existência cotidiana através das técnicas de disciplina, vigilância, repressão, realizadas por meio das próprias instituições dominantes - isto é, quando a luta de classes é considerada "questão de política" ." (CHAUI, 1987: 56)

Neste espaço cotidiano das lutas de classes, instaurado pelo modo de produção capitalista, os trabalhadores identificam uma forma de gestão das relações capital-trabalho que parece ser ainda dominante entre os empresários brasileiros. Nela se persegue o controle total do processo de trabalho. Além de definir o que vai ser produzido, os meios de trabalho e o objeto de trabalho, determina **o modo como o trabalho deve se realizar**. Os gestos dos trabalhadores são esquadrihados, pré-estabelecendo o modo operatório de cada tarefa, a despeito da singularidade de cada indivíduo - controle que certamente repercute sobre seus corpos, sua saúde e suas vidas, dentro e fora da empresa, como foi discutido no Cap. 2.

"Hoje eu acho que (o principal problema de saúde na categoria) é o das telefonistas. Porque a característica do trabalho já é desgastante: o dia inteirinho conversando com clientes, clientes em geral irritados, nervosos, com o governo, com a vida, com a empresa, com tudo. E **elas são obrigadas a ser educadas, dóceis, calmas e tranquilas, e seguir o regulamento da empresa. Tem até uma fraseologia própria que elas têm que utilizar. Então isso tudo não pode variar, não pode desabafar: um esquema bem rígido de trabalho**. E, quando a gente vai conversar com elas, a gente sente dificuldades. A gente sente que elas estão bem mecanizadas mesmo. E percebe, através das conversas, que elas levam tudo para casa e é em casa que elas

desabafam de uma forma ou de outra: brigando com o marido e com os filhos, ou não tendo paciência para um tanto de coisas." (SINTTEL, grifos meus)

Além de esquadriharem os gestos dos trabalhadores, os processos de trabalho - particularmente os tayloristas e fordistas - **esquadriham também o seu tempo**, através de normas e regulamentos internos (MARONI, 1982). Definem os momentos em que o trabalhador pode atender às suas necessidades fisiológicas, os minutos em que pode ceder ao cansaço e fazer uma pausa, o ritmo adequado à realização de cada tarefa, a extensão da jornada de trabalho para além do contratado.

As inovações tecnológicas e organizacionais, por seu turno, relacionadas à introdução da micro-eletrônica na indústria e da informática no setor de serviços, dependendo das estratégias políticas e sociais que acompanham sua implantação, podem significar um aperfeiçoamento destes mecanismos do capital para manter o controle do processo de trabalho, quando os trabalhadores começam a construir resistências à dominação (NEVES,1991). Com frequência estas inovações são decididas unilateralmente, e raramente levam em conta as opiniões dos trabalhadores sobre o que, como e quando deve ser modificado. Seu anúncio semeia a ameaça de desemprego e da própria modificação do conteúdo do trabalho, trazendo insegurança e medo para quem trabalha. Súbitamente, todo o conhecimento acumulado pelos trabalhadores sobre o processo de produção, as formas de proteger-se nele e as possibilidades de resistência pode tornar-se inútil, inadequado. E ele tem que empenhar-se em aprender novas tarefas, novas palavras, novos ritmos. Quando sua participação é solicitada - como, por exemplo, nos Círculos de Controle de Qualidade - sua fala e seu saber são dirigidos no sentido de contribuir para a produção, tendo em vista os objetivos da empresa (HIRATA,1990: 140).

A postura autoritária na relação com os trabalhadores estende-se também ao campo da saúde. às vezes os empreendedores econômicos concedem-se a **prerrogativa de definir o que é e o que não é nocivo à saúde dos trabalhadores**, e raramente aceitam "alguma sugestão". Utilizando-se da

suposta ignorância (e passividade) dos trabalhadores, as empresas - particularmente as instaladas no Brasil - tendem a oferecer precaríssimas condições de salubridade nos ambientes de trabalho. Minimizam os investimentos em higiene e segurança e, com isto, reduzem os custos da produção, elevam sua competitividade no mercado e aumentam seus lucros. Como forma de proteger a saúde no trabalho, prescrevem aos trabalhadores a "atenção" constante. Impõem, sob a ameaça de demissão por justa causa, o uso de equipamentos de proteção individual muitas vezes desconfortáveis, incompatíveis com o exercício da função e ineficazes. A comparação entre os padrões de salubridade e segurança do trabalho adotados por unidades produtivas de uma mesma empresa situadas no Brasil e em países do chamado "Primeiro Mundo", mostra que há tecnologia disponível para a eliminação ou controle dos riscos ocupacionais naqueles processos de trabalho e que sua adoção traz significativo impacto positivo sobre a saúde dos trabalhadores. Isto, entretanto, é fruto de todo um contexto histórico-social, que se diferencia entre os países e onde parece estar contida uma "divisão internacional do risco".

Outro aspecto deste tipo de relação é que as empresas, quanto maior o seu porte, **definem quem entra e quem não entra nos locais de trabalho** - por eles considerados territórios de sua propriedade e sob seu poder. Em suas portarias repetem-se diariamente verdadeiros rituais de identificação - às vezes mais complexos do que aqueles que acontecem nas fronteiras internacionais - fortalecendo o muro entre a sociedade e o espaço fabril, entre a esfera social e a privada. Evidências disto são as constantes reivindicações das entidades representativas dos trabalhadores, nas pautas de negociação coletiva, do acesso dos dirigentes sindicais e de seus assessores técnicos aos locais de trabalho, para "conhecer os problemas que afligem os trabalhadores". Ou a previsão, pela legislação trabalhista, da possibilidade dos Agentes da Inspeção do Trabalho do Ministério do Trabalho requisitarem a força da polícia para garantir seu acesso às empresas que devem fiscalizar (Art. 63O da C.L.T.).

Há ainda várias outras facetas do controle autoritário exercido por empregadores. Limitam a comunicação entre os que partilham a maior parte de seu dia numa mesma situação. Limitam o acesso à informação, e até mesmo a

instalação de um quadro de avisos do sindicato na empresa tem que ser negociada. Tentam prescrever também a vida fora do trabalho: o lazer, os hábitos, as relações familiares e sociais. Desenham o corpo ideal para prestar-lhe serviços - o perfil profissiográfico - e medem músculos e forças, proscurem barbas e cortam cabelos. Definem as doenças que podem ser consideradas profissionais ou não e aquelas que justificam ou não a ausência ao trabalho, mesmo diante de atestados médicos. Para isto, aproveitam-se de silêncios e contradições da legislação e submetem a seu controle também os profissionais de saúde.

Para exercer todo este controle autoritário do processo de trabalho e dos trabalhadores, o capital apóia-se sobre o enorme contingente de mão de obra engenhosamente deixado à margem do mercado formal de trabalho pelas diretrizes econômicas e sociais que adota. A isto se soma o peso da cultura que difunde, a qual impõe, paradoxalmente, a obrigação de trabalhar, como será visto no item 5.3.

Mais do que isto, mantém e promove um Estado liberal que, como assinala COUTINHO (1989:49), resguarda a atividade econômica na esfera do privado. Os avanços arduamente conquistados pelas lutas da classe trabalhadora, disputando com as forças do capital organizadas a nível do poder legislativo, são frequentemente tratados de forma autoritária: descumprimento e burla. Evidência deste comportamento é a presença, nos acordos coletivos, de direitos que fazem parte da legislação brasileira há quase cinquenta anos e que, por serem desrespeitados, reaparecem e ocupam lugar num espaço criado exatamente para avançar em relação à legislação nacional - como foi visto no capítulo 4. Outra evidência é o que ocorre com as cláusulas acordadas na Negociação Coletiva e que realmente significam avanço: também estas são descumpridas, fazendo do processo um ritual esvaziado, onde os compromissos assumidos "não saem do papel". Fenômeno semelhante registra-se ainda em relação às convenções internacionais ratificadas pelo Brasil - como as da Organização Internacional do Trabalho, que demoram anos para serem inseridas na legislação nacional e muitas vezes não são efetivamente implantadas aqui, nem mesmo pelas empresas multinacionais que já as cumprem em seus países de origem.

Aos trabalhadores que não aceitam o descumprimento e a burla da legislação, e procuram fazer valer os seus direitos através do canal oficialmente estabelecido - a Justiça do Trabalho - pode estar reservada a represália:

"Tivemos muito problema nessa luta (pelo pagamento do adicional de insalubridade) - que inclusive continua em curso hoje - pelo fato da não-estabilidade no emprego. A partir do momento em que esse processo foi público - foram 4662 trabalhadores que assinaram a procuração outorgando poderes ao sindicato para que os representasse na Justiça - tão logo a FIAT tomou conhecimento desse processo na Justiça, ela demitiu centenas de trabalhadores. Pressionou os trabalhadores. Pressionava os trabalhadores com o seguinte argumento: ou você desiste dessa campanha, dessa procuração, ou então é demitido. **Então, os trabalhadores que resistiram - mais ou menos 1200 - foram demitidos.**" (Sindicato dos Metalúrgicos de Betim, grifos meus)

A nível dos trabalhadores, esta cultura autoritária repercute profundamente. O espaço do trabalho, por eles ocupado e vivificado a cada dia, é apresentado e representado como território exclusivo do Outro, no qual eles teriam somente a intervenção permitida e exigida - a produção - e não mais. Na empresa, o lugar reservado ao trabalhador é o da subordinação, da força de trabalho-mercadoria, que não deseja, não pensa, não sabe, não se expressa: não é sujeito. Isto lhe é dito e ensinado e frisado em cada momento, em cada gesto, em cada norma. A cultura do capital no Brasil reifica o homem-trabalhador.

Inseridos nestas relações autoritárias, os trabalhadores sentem as dificuldades de empreender ações em defesa de sua saúde e de transformação do processo de trabalho. "Aí a gente perde o controle" - diziam os eletricitários, o que se manifesta no **medo**, como será visto mais adiante.

A nível dos sindicatos, o padrão autoritário de relação capital-trabalho, incorporado e fortalecido pela legislação sindical brasileira, dificulta o desenvolvimento de suas ações e as conquistas que delas poderiam derivar. As falas dos dirigentes entrevistados sugerem que eles ainda não experimentaram de forma concreta padrões mais "modernos" nesta relação. Movem-se ainda num espaço restrito de representação e de negociação, conforme sugere Bosh:

"No que se refere aos valores dos empresários, deve-se ressaltar o fato de que é provavelmente inadequado referir-se à prática política da elite como liberal, se o termo for tomado em seu sentido clássico. Nosso trabalho empírico sugeriu que, pelo contrário, (...) os valores políticos do empresariado revelam traços francamente autoritários." (apud VARGAS, 1985: 185)

É necessário considerar, entretanto, que uma relação mais democrática pode ser construída pelos atores sociais, como mostram algumas experiências em desenvolvimento em outros países. Mas, se do lado do empresariado que atua no Brasil há toda uma tradição oposta a isto, do lado do movimento sindical há também dificuldades.

É que, muitas vezes, os dirigentes introjetam a visão hegemônica da fábrica como espaço exclusivo do capital. Ou transpõem para a prática, sem mediações, um discurso fortemente ideologizado, centrado em análises macro-estruturais. Com isso, assumem posturas de oposição-exclusão e deixam de perceber e de se apropriar, no cotidiano das ações, de possibilidades que poderiam se abrir para ir construindo novas correlações de força, criando mecanismos de livre organização dos trabalhadores, avançando na negociação dos interesses contraditórios que estão em jogo naquele espaço coletivo, em suma, atualizando relações mais democráticas entre trabalhadores e empregadores.

Entretanto, há momentos em que esta perspectiva parece se abrir:

"Nós temos um exemplo do mês de dezembro que eu acho que responde bem isso: o problema da jornada noturna na FIAT. Pela

legislação são 52 minutos e 30 segundos a jornada noturna das 22 às 5 horas. A hora noturna é considerada pela lei 52 minutos e meio e na FIAT era praticado 60 minutos. Porém, no lugar do adicional noturno ser pago a 20%, o adicional noturno era pago a 40%. E na última campanha salarial, nós tivemos como uma das propostas da pauta a redução do horário noturno, para a hora noturna de 52 minutos e meio. No acordo, nós não confirmamos isto. Mas foi feita uma minuta, um acordo de cavalheiros, que, após a assinatura do acordo coletivo, da convenção coletiva, a gente voltaria a discutir sobre a forma de plebiscito, onde os trabalhadores optariam pela jornada de 52 minutos e 30 segundos a 20% ou trabalhariam a hora noturna de 60 minutos com adicional noturno acrescido para 50%. Então, acertamos a data, e durante todo o período que antecedeu à realização do plebiscito, nós dizíamos aos trabalhadores o seguinte: que trabalhar menos, principalmente à noite, significaria mais saúde, mais tempo de vida.(...) A FIAT fez muita campanha, a chefia ficou liberada para fazer campanha. Ela fez vários cálculos, sempre com números. E nós demos exemplos na questão da saúde: o que significava a gente ter, na volta da madrugada, meia hora a mais para dormir, esta coisa toda. E o resultado foi que 80% dos trabalhadores optaram pelos 52 minutos e 30 segundos!" (Sindicato dos Metalúrgicos de Betim)

Apesar do descumprimento da lei, da ocupação sem critérios do tempo do trabalhador, da manipulação de suas necessidades de maior renda, a empresa perdeu, desta vez, para trabalhadores que optaram por trabalhar menos, ter mais saúde e viver mais. Ainda que de forma parcial e limitada, disseram **não** a esta faceta do controle. Mais do que isto, avançaram na construção de relações democráticas entre trabalho e capital.

5.2 A Ação Sindical e o Estado

A relação dos sindicatos com o Estado apresenta dificuldades em dois níveis. Um deles diz respeito ao aparato jurídico, particularmente a legislação sindical, que será discutido no item 5.3.3, por suas repercussões diretas na organização dos trabalhadores. O outro refere-se à relação das entidades estudadas com a face direta do Estado na saúde - as instituições públicas responsáveis pela atenção à saúde do trabalhador - e será analisado a seguir.

Os dirigentes falam destas dificuldades:

"Um dos nossos maiores problemas foi e ainda é (...) o mal funcionamento das instituições públicas no país." (Sindicato dos Metalúrgicos de Belo Horizonte e Contagem)

"...quando a gente solicita a Delegacia do Trabalho para fazer uma vistoria ou qualquer coisa assim, isso não nos é respondido. E acaba que a gente fica de cara grande perante os trabalhadores." (Sindicato dos Plásticos)

Como foi visto no capítulo 4, as relações dos sindicatos com as instituições públicas de saúde são, na maioria dos casos, esporádicas, e se dão principalmente com o órgão encarregado da fiscalização dos ambientes de trabalho - a D.R.T.. Apesar da "peregrinação" que os trabalhadores adoecidos ou acidentados são obrigados a fazer pelos diversos órgãos públicos em busca de atendimento e dos muitos problemas que enfrentam nesta trajetória, os dirigentes colocam estas relações em plano secundário no conjunto das ações sindicais em saúde. Tal postura é justificada pela ineficiência desses órgãos e pela desconfiança em torno do caráter político de sua intervenção, a favor dos empregadores. Mas parece também estar articulada à emergência de uma atitude mais autônoma dos sindicatos em relação ao Estado, na qual o movimento compreende a si mesmo como sujeito das ações em defesa da saúde.

Esta questão, entretanto, pode ser problematizada sob outro ângulo: haveria outros elementos que contribuíssem para a compreensão da relação do movimento sindical com as instituições do Estado? Qual ou quais as representações sobre o Estado que povoam o imaginário destes trabalhadores e embasam suas posturas?

Faz parte do processo de construção do Novo Sindicalismo a crítica à perspectiva populista e corporativista de fusão Estado-movimento social, numa relação destituída de conflitos e orientada para objetivos supostamente comuns. Também se insere neste processo o desvelamento do papel cumprido pelo Estado brasileiro na mediação da dominação, apontando para a ruptura com estratégias conciliadoras e paternalistas.

O desencadeamento deste processo de compreensão crítica do Estado, traz elementos que indicam uma postura radicalmente oposta àquelas assumidas pelo movimento sindical "oficial" dos anos 40 e 50, mencionadas no Capítulo 4. Num primeiro momento, o Estado passa a ser compreendido por estes novos sujeitos sociais como instrumento exclusivo das classes dominantes, cuja lógica impede que ele abra qualquer espaço às necessidades dos trabalhadores. As esparsas tentativas dos sindicatos de "utilizá-lo" esbarram no seu mal funcionamento e são lidas como mais uma demonstração de toda esta lógica. Desta forma, tendem a excluir o Estado do terreno de suas ações.

Esta tendência, por um lado, rompe com o modelo paternalista-infantilizante de relação Estado-Sociedade Civil, no qual as identidades sociais estão doentamente fusionadas. Mais do que isto, é ela que coloca diante dos trabalhadores - que se descobrem "abandonados" - o desafio de tornarem-se sujeitos na defesa de sua saúde.

Mas, por outro lado, esta tendência reafirma e reforça o lugar delimitado para a classe trabalhadora nas políticas sociais da ditadura militar, subordinadas à meta central da expansão do capital: o lugar da exclusão. Além disto, sublinha a concepção do Estado como "comitê executivo das classes

dominantes", como discutido no Cap. 3, liberando-o, em suas práticas, de atender também aos interesses da classe trabalhadora. O excluído se exclue.

Possivelmente desta forma se possa compreender parte do fato de três Sindicatos estudados - SINTTEL, SINDIELETRO e Bancários - reivindicarem **das empresas** a assistência médico- odontológica à categoria. E fazem isto para eliminar o assistencialismo imposto aos sindicatos pelo populismo e pela ditadura. Mas, um pouco mais à frente, encontram novos problemas:

"(Na TELEMIG e EMBRATEL) você pega o seu crachá, você vai lá, faz uma consulta e paga dentro de 40 dias. Se precisar ser hospitalizado, a mesma coisa. A farmácia, mesma coisa. Então foi a luta do Sindicato que foi garantindo alguns benefícios, só que por outro lado virou faca de dois gumes. **Hoje o cara está enraizado na empresa. Acha que a empresa é uma mãe e a TELEMIG trabalha muito com isso.**" (SINTTEL, grifos meus)

No lugar do Estado-"pai", a Empresa-"mãe": ressonância do organicismo varguista? Conquista dos trabalhadores?

Há propostas diferentes desta. Os Metalúrgicos de Betim, de Belo Horizonte e Contagem e os Plásticos referem-se à obrigação **do Estado** de prestar assistência médica aos trabalhadores. Esta postura é consoante com algumas das posições incisivamente defendidas pela Central Única dos Trabalhadores no momento da VIII Conferência Nacional de Saúde: a saúde é um direito de todos e dever do Estado; o setor privado deve ser excluído da prestação de serviços de saúde, mesmo que sob a forma de convênio com o setor público.

No tocante à relação Movimento Sindical-Estado, deve ser considerado ainda o papel desempenhado pelo Novo Sindicalismo no fim da ditadura militar e o que continua a desempenhar no desafio atual de construção da democracia. Ele tem se posicionado e reivindicado a abertura de espaço

político no Estado para a representação dos interesses das classes dominadas, ampliando os direitos políticos e sociais dos cidadãos (COUTINHO, 1989: 54-55). Isto indica a disposição daquele movimento de não aceitar o lugar da exclusão, nem o da manipulação, e de orientar suas ações no sentido de

"obter, desde já, algumas reformas importantes, que introduzam elementos de socialismo na sociedade brasileira, elementos que permitam modificar progressivamente a correlação de forças e conduzir a uma superação gradual do capitalismo entre nós." (COUTINHO, 1985: 133)

Em alguns momentos há, entre os sindicatos estudados, posturas nesta linha, perpassadas, é claro, pelas diferentes correntes de pensamento que integram o movimento. O depoimento que se segue exemplifica novas posturas do movimento sindical quanto às instituições públicas, ao buscar redefinir os papéis e levá-las ao cumprimento das atribuições que lhes foram destinadas socialmente:

"Desde o início a gente vem tentando ampliar o espaço junto à DRT, **no sentido de negociação**. Temos desenvolvido inclusive participar dessas fiscalizações. No início o espaço estava fechado, mas com trabalho a gente conseguiu. Hoje, inclusive, a gente procura atuar e participar, fazendo as fiscalizações em conjunto, com participação do Sindicato e da DRT. às vezes temos encontrado obstáculos, por parte das empresas, principalmente. Mas temos atuado em conjunto." (Sindicato dos Bancários, grifos meus)

Estas posturas de **exclusão e negociação** em relação ao Estado, aparentemente paradoxais, muitas vezes aparecem juntas num mesmo sindicato. Mas, antes que uma incoerência sólidamente estabelecida, parece tratar-se de uma **ambiguidade inerente ao caráter processual da**

transformação das representações sobre as relações Estado-Sociedade Civil: elas contêm o Velho, agora tensionado pela emersão do Novo que disputa para se instituir.

O ponto de partida deste processo de transformação das representações é, em síntese, a crítica à postura fusionada Estado-Sindicatos, que implica numa relação paternalista-infantilizada. Sua antítese seria a ruptura absoluta da relação, num padrão excludor-excluído. A vivência das experiências concretas parece ir apontando para a possibilidade de construção de relações entre sujeitos políticos portadores de identidades diferentes, que podem **negociar** politicamente, preservando a própria autonomia.

Esta postura, menos defensiva e mais propositiva, parece estar se gestando também nas relações com as empresas. Ela abre a perspectiva da conquista e institucionalização de direitos que efetivamente melhorem as condições de vida, de trabalho e de saúde - ainda que sob o Estado capitalista. Mais do que isto, as ações dela derivadas constituem-se em espaço concreto de construção de novas culturas e de novas práticas e, portanto, de formação da classe trabalhadora.

5.3 Os problemas a nível do movimento dos trabalhadores

"Todo caminho da gente é resvaloso. Mas, também, cair não prejudica demais - a gente levanta, a gente sobe, a gente volta!" (Guimarães Rosa)

A nível do movimento dos trabalhadores propriamente dito - embora ele seja sempre constituído de relações com os demais atores sociais - as dificuldades relatadas dizem respeito aos trabalhadores que compõem a "base" de cada entidade, à definição do lugar das ações de saúde no conjunto das

iniciativas sindicais e às instâncias de organização destas ações, e serão abordados nos sub-itens seguintes.

5.3.1 Trabalhadores: medo, desinformação e desejo de mudança

"Medo pega a gente é pelo enraizado." (Guimarães Rosa)

"A partir do momento que nós começamos a empreender este trabalho, às vezes é muito comum um trabalhador, por exemplo, com leucopenia, telefonar e falar que não vai se identificar porque **tem medo de ser mandado embora**. Ele descobriu que está com a doença, mas não quer que o Departamento Médico da empresa tome conhecimento do caso, porque a partir do momento que tomar conhecimento, isso aí pode gerar a demissão dele. Então não tem condições de afastar para fazer o tratamento. Outros, às vezes, têm disposição de afastar para fazer o tratamento, mas a empresa não reconhece (a doença) como profissional. Outros inclusive têm **medo de pedir uma transferência** para o chefe, para um setor que possa não agravar mais a doença. Mas não faz isso porque imagina que o chefe possa suspeitar que ele está com alguma doença." (Sindicato dos Metalúrgicos de Betim, grifos meus)

"Tem essa estória que **a vítima é a culpada. A empresa pune**. Por exemplo: o motorista. Uma coisa comum de acontecer é acidente de trânsito com o pessoal que viaja muito. E aqui acabou o cargo de motorista. O eletricista é que é motorista. Então isso leva a um aumento de acidentes e muitas vezes o trabalhador pode ser punido com suspensão, pagar o estrago do carro... Então **as pessoas ficam tão temerosas que dão um jeito de**

esconder, de evitar a notificação do acidente de trabalho."
(SINDIELETRO, grifos meus)

"Algumas pessoas queriam a luta, queriam discutir isso, e outros trabalhadores passaram a esconder. Quer dizer, eles estavam com o problema (tenossinovite), mas o **medo de serem demitidos, medo de serem encostados no INPS** - e ser encostado no INPS significa ter uma perda salarial muito grande... **A gente não tem garantia, a legislação permite que demita a qualquer momento...** Então **eles optaram por conviver com a doença**, viver aí com remédios, essas coisas assim. Escondendo a doença da gente e dizendo que está tudo bem." (Sindicato dos Aeroviários, grifos meus)

Medo que a empresa tome conhecimento da doença. Medo de ser demitido. Medo de ter o salário reduzido na Previdência Social. Medo de pedir transferência para um setor menos nocivo à sua saúde. Medo de afastar do trabalho para fazer o tratamento. Medo de falar da doença para o sindicato. Medo de ser punido.

Porque tantos medos?

Nas relações sociais concretas construídas pelos atores na história brasileira, o desamparo é um fantasma que paira sobre os trabalhadores. Não há garantia de emprego para todos. Estando empregado, a demissão pode vir a qualquer momento. O salário é insuficiente para cobrir as necessidades mínimas da família, expondo-as a privações constantes - o que leva os trabalhadores a aceitarem de bom grado as horas-extra e a almejarem o minguado adicional de insalubridade, aumentando um pouco a renda mensal. Mais grave ainda, o trabalhador adoecido ou mutilado no trabalho pode perder o emprego exatamente por isso: "a vítima é a culpada". Culpada e punida, até mesmo pela Previdência Social. Esta evita o fornecimento de atestados médicos para justificativa das ausências ao trabalho, reduz ao mínimo o período de tratamento, coloca obstáculos ao reconhecimento do nexos entre os agravos e o trabalho exercido, submete o trabalhador a longos procedimentos

burocráticos, paga - e atrasa para pagar - "benefícios" cujo valor decresce progressivamente em relação ao salário dos que estão na ativa, obrigando o trabalhador doente a viver com menos recursos do que quando sadio e a desejar o rápido retorno à produção. Se o trabalhador consegue passar por isto e recuperar-se, tem muitas dificuldades de reinserir-se no mercado de trabalho. Frequentemente, ao retornar à empresa que o empregava, é demitido. Submete-se a exames médicos admissionais em outras empresas - teóricamente concebidos para avaliar a adequação do trabalho ao homem - e tem seu corpo e sua história esquadrihados, com o objetivo de averiguar se é supersadio, se não terá motivos de doença para ausentar-se do trabalho, se será um bom produtor. Mas, tendo a carteira profissional "suja" por carimbos do INPS, é excluído. Resta-lhe o subemprego.

Estas relações estão articuladas com uma cultura hegemônica perpassada pela ética capitalista do trabalho. Nela, somente tem identidade social e são reconhecidos aqueles que vendem a sua força de trabalho, que aderem à sua proposta de tentar conquistar um espaço na sociedade através do esforço e da dedicação. Ainda que o trabalho, na forma como é exercido na sociedade capitalista, possa significar tortura - tripalium - e não "engrandeça o Homem", ele deve ser suportado e mantido pela necessidade de sobrevivência e por vagas esperanças de ascensão social ou de uma vida satisfatória depois da aposentadoria.

O **medo**, portanto, é um sentimento **produzido** pelo capitalismo selvagem e autoritário sobre os trabalhadores, através da manipulação das políticas de emprego e de salário e da legislação social, das relações que impõe no interior dos locais de trabalho, da difusão de uma cultura sobre o trabalho. Este sentimento, produzido na vivência concreta das relações sociais, é fortemente **utilizado** no sentido de manutenção das relações sociais que permitem a expansão do capital. Além disso, há ainda os mecanismos de **reprodução** do medo: perder o emprego significa perder a escassa fonte de recursos para a sobrevivência da família e pode também significar perder a própria identidade.

Assim, a doença, na medida em que significa risco de demissão, aparece como uma catástrofe na vida dos trabalhadores: isto não pode acontecer! Mas,

pelas próprias contradições da sociedade, entre o medo de perder o emprego e o medo de adoecer, eles são muitas vezes constrangidos a concentrarem-se no primeiro, para tentar garantir a sobrevivência imediata, e a conviverem ou abafarem o segundo.

Mas isto não é feito sem conflitos. Para dar suporte subjetivo a esta situação é que o grupo social alimenta coletivamente, segundo DEJOURS (1984: 29-36), um sistema mental muito sólido: a "ideologia defensiva da vergonha". Nela, a doença é representada como a incapacidade para o trabalho, associada à vagabundagem, o que torna a falta de trabalho também uma doença. Ela pode ser, portanto, objeto de acusação e condenação. Como tal, deve ser escondida. Como? Impondo o silêncio ao corpo, obstruindo os sinais que ele emite de que não está bem. Fechando os olhos para os riscos existentes nos locais de trabalho.

A ideologia da vergonha impõe a negação dos riscos, dos sinais e sintomas de doença - a alienação do corpo e da saúde - como defesa contra a angústia de ter que "escolher" entre a sobrevivência imediata e a saúde, sabendo, ao mesmo tempo, que a perda da saúde pode significar a perda do emprego.

A atualização cotidiana desta defesa demanda, às vezes, a criação de verdadeiros rituais coletivos, nos quais os trabalhadores esforçam-se por convencer-se de que são capazes de realizar tarefas muito perigosas, recontam situações já vividas de enfrentamento do risco, "brincam" de arriscar-se, ameaçam de exclusão do grupo os "medrosos" que não topam os desafios - comportamentos que, superficialmente analisados, podem ser rotulados como expressão do "machismo" dos trabalhadores. Daí, possivelmente - e não da suposta ignorância dos trabalhadores - se possa compreender a resistência ao uso dos equipamentos de proteção individual e à adoção das "medidas preventivas", pois aceitá-los supõe um momento anterior e interior de assumir a existência do risco.

Nesta linha é possível fazer pontes entre o medo e uma faceta de outra dificuldade relativa aos trabalhadores apontada por vários dirigentes entrevistados:

"Muita dificuldade que os trabalhadores têm é que eles não conhecem o ambiente de trabalho. Eles não têm acesso a essas informações." (Sindicato dos Aeroviários)

É claro que não se pode subestimar todo o peso jogado pelo capital para manter o trabalhador alienado do processo de trabalho, de seu corpo e de sua saúde; nem os limites da educação formal oferecida à classe trabalhadora; e menos ainda a importância pedagógica da democratização da informação para a compreensão, por parte dos trabalhadores, dos problemas por eles vividos. Mas vale a pena perguntar se eles realmente "não conhecem o ambiente de trabalho", se eles não entrevêm o impacto das condições de trabalho sobre seus corpos. Parece que o problema não é apenas a falta de informação. Com medo de saber sobre os riscos e as doenças, como gerar informações a partir da própria experiência cotidiana, da conversa com os colegas? Com medo de saber, como buscar informações em outros níveis, de apreender informações no boletim do sindicato? Estas questões devem ser consideradas e trazem implicações para as atividades de formação sindical, como será discutido no próximo capítulo.

Estes mecanismos de defesa psíquica, que aparecem num primeiro momento como alienação e concretamente podem dificultar a mobilização e organização dos trabalhadores, não estão, entretanto, definitivamente postos nem têm eficácia absoluta. Representam uma tentativa de sedar a angústia - muitas vezes necessária ao equilíbrio psíquico - mas não eliminam o conflito básico:

"... quando a gente chega com este tipo de discussão (as condições de trabalho), as pessoas param, ouvem e começam realmente a imaginar que a gente tem razão, fazendo uma relação do trabalho delas com o que a gente está falando. E neste momento elas percebem que é uma discussão clara que a gente

está fazendo, que é uma discussão verdadeira." (Sindicato dos Plásticos)

"A partir do momento que a gente envolveu a categoria na discussão (da saúde), a gente sentiu que era um ponto interessante para o sindicato levar, era um ponto que mobilizava. De repente as telefonistas começaram a falar, começaram a fazer uma ligação do trabalho delas com o cansaço mental, com a fadiga, as neuroses..." (SINTTEL)

Parece que há momentos em que as estratégias defensivas baseadas na negação arrefecem ou são deslocadas, e o medo é tratado de outra forma. Neles, como foi visto no capítulo 2, os trabalhadores escutam os sinais de seu corpo, identificam a relação saúde-trabalho, tomam iniciativas individuais e coletivas em defesa da saúde, mesmo sabendo dos riscos de punição. Neste processo há avanços e recuos. às vezes ficam inseguros, retrocedem, vivem intensos conflitos, para mais adiante reassumir a ação sobre eles...

O medo - produzido, utilizado e reproduzido pela e para a dominação - assim como as estratégias defensivas desenvolvidas para conviver com ele, parecem ser questões de fundamental importância para se pensar a formação sindical em saúde. Os elementos que entram em jogo nas mudanças de atitude dos trabalhadores em relação ao medo merecem maiores estudos, pois podem trazer subsídios ao dinâmico processo de construção de pedagogias sindicais adequadas.

5.3.2 O lugar das ações de saúde no movimento sindical

Qual o lugar das ações em defesa da saúde no conjunto das iniciativas dos sindicatos?

"É um negócio complicado. A situação do trabalhador brasileiro é tão crítica que **a prioridade número 1** acaba sendo salário. Aí, fica difícil você sensibilizar a diretoria como um todo. Não é todo mundo que está envolvido no campo da saúde. Tem vontade de fazer mas, às vezes, você chega lá e nota que **a questão da saúde é meio parecida com a questão das minorias, do negro, das mulheres.** " (SINTTEL, grifos meus)

"Com uma inflação dessas e a compreensão que os trabalhadores ainda têm da importância da luta pela saúde, realmente ficam em **plano secundário** as demais questões que não sejam o problema do salário." (Sindicato dos Metalúrgicos de Betim, grifos meus)

"Não houve preocupação de ninguém com esta questão (acidentes do trabalho) porque, no Sindicato, existe uma resistência da direção, que **não dão importância** para isso. Dão importância só para a luta econômica. **Ainda não entenderam que a luta pela saúde também é uma questão política**". (Sindicato dos Aeroviários, grifos meus)

Os depoimentos dos dirigentes - à exceção do SINDADOS e dos Bancários (o que mereceria ser melhor investigado) - sugerem que há uma **tensão entre a "luta econômica" e a "luta por saúde"**.

Esta tensão transparece em expressões como "questão principal", "prioridade número 1", "plano secundário", "questão das minorias". Elas indicam que a defesa do salário e a defesa da saúde são percebidas como separadas, campos distintos. Mais do que isto, parece que as duas questões disputam entre si **um espaço** no movimento sindical, espaço este que seria pré-determinado e de contornos não transponíveis. Desta forma, ocupar parte dele com a luta pela saúde implicaria, quase que geométricamente, na redução do

território do outro polo - a luta econômica - e vice-versa. Nesta disputa, a luta por saúde fica como "questão menor" e, conseqüentemente, com espaço menor.

Esta polarização pode ser o reflexo, a nível dos dirigentes, do mesmo contexto sócio-econômico e cultural que produz o medo nos trabalhadores. Ela manifesta-se, por exemplo, no processo de Negociação Coletiva. Inicialmente, as pautas de reivindicações contêm vários itens relativos à questão da saúde e das condições de trabalho, como foi visto no capítulo 4. Entretanto, nas assembleias, nos boletins e na própria mesa de negociação, as entidades sindicais tendem a concentrar seu esforço político em torno das questões econômicas, reduzindo todo o processo de Negociação Coletiva à "Campanha Salarial". A conquista de reivindicações sobre saúde no Acordo Coletivo é às vezes analisada como concessão tática dos empregadores neste terreno para, em compensação, poderem restringir o terreno de barganha das questões "principais" - as salariais.

"Elas (a questão salarial e a da saúde) não estão separadas. **Mas não é normal dar o mesmo peso.** O normal, numa campanha salarial, é, na hora que fechar a questão do salário, não sair greve pela questão da saúde. **Não sai mesmo.**" (SINTTEL, grifos meus)

Os Diretores de Saúde entrevistados manifestam certo incômodo em relação a esta polarização tensa entre saúde e salário, sugerindo que, de seu acirramento, nasce uma compreensão crítica. Tentam justificá-la como um constrangimento imposto pela conjuntura "externa" ao movimento ("a situação do trabalhador brasileiro é tão crítica", "com uma inflação dessas"). Ou ela é colocada como momento a ser superado, tanto na base ("a compreensão que os trabalhadores **ainda** têm da importância da luta pela saúde"), como entre a direção do movimento ("**ainda** não entenderam que a luta pela saúde também é uma questão política").

A abordagem que vem sendo construída da questão do adicional de insalubridade exemplifica essa tensão mas também a emergência de uma visão crítica sobre ela.

A Consolidação das Leis do Trabalho (Art. 189-197) estabelece que o trabalho em condições insalubres ou perigosas - detalhadamente definidas em mais de 50 laudas das Normas Regulamentadoras 15 e 16 - dá direito ao recebimento, pelo trabalhador, de um adicional correspondente a 10, 20 ou 40% do salário mínimo, no caso da insalubridade, ou de 30% do salário percebido, no caso da periculosidade. Trata-se de uma possibilidade perversa, porque aparentemente rompe a tensão e unifica as questões econômicas e de saúde no trabalho. Mas, no fundo, propõe, mais uma vez, a troca entre a deterioração da saúde e uma quantidade de dinheiro certamente insuficiente para tentar recuperá-la, quando possível. O corpo do trabalhador é tratado como mercadoria, pagando-se uma taxa adicional pelo consumo de um de seus atributos: a saúde.

É, entretanto, um "direito" garantido aos trabalhadores pela legislação vigente. Como tal, é frequentemente burlado pelos empregadores, escudados nos onerosos e pouco acessíveis procedimentos técnico-burocráticos estabelecidos na lei para sua caracterização e negando-se a reconhecer oficialmente que oferecem precárias condições de trabalho. Converte-se, então, em objeto de intermináveis processos judiciais movidos pelos trabalhadores quando da demissão e que abarrotam os departamentos jurídicos dos sindicatos. O pagamento deste adicional aparece também como reivindicação na Negociação Coletiva ou como objeto de iniciativas dos sindicatos. Mas é possível que estas ações sejam motivadas por outros elementos além do interesse financeiro: fazer valer um direito enquanto trabalhador e, mais do que isto, obrigar o empregador a ressarcí-lo - ainda que (ou principalmente) simbolicamente - pela deterioração da saúde silenciosamente suportada durante o vínculo empregatício.

O conflito trazido por esta questão do adicional de insalubridade aparece na fala de quatro sindicatos:

"Porque para nós não interessava, nem continua interessando, nem vai interessar que os trabalhadores recebam qualquer adicional em troca da saúde. Porém, **enquanto não se melhoram as condições de trabalho, a legislação nos garante...** Então, nós iniciamos uma grande campanha em torno do pagamento do adicional(...), **mantendo como objetivo final a melhoria das condições de trabalho.**" (Sindicato dos Metalúrgicos de Betim, grifos meus)

"Nos primeiros quatro anos (o sindicato) atuava somente na **área assistencialista** de reclamação de insalubridade. De um ano para cá foi que estruturou o Departamento (de Saúde) para uma **política de formação e de luta por melhores condições de trabalho e de saúde.**" (Sindicato dos Metalúrgicos de Belo Horizonte e Contagem, grifos meus)

"A gente está lutando agora pelo pagamento do adicional de insalubridade e pela tentativa de eliminar os riscos." (SINTTEL, grifo meu)

"A gente trabalha no sentido de tentar conscientizar a categoria que é melhor para ela **trabalhar num ambiente onde ela não vai adoecer.** Simplesmente a empresa pagar o adicional... ele vai continuar adoecendo." (Sindicato dos Aeroviários, grifos meus)

A crítica à monetarização dos riscos e da saúde aparece em todas as falas e aponta para a transformação das condições de trabalho - coisa que aparece como possível. A luta pelo pagamento dos adicionais de insalubridade e periculosidade é colocada como circunstancial ("enquanto não se melhoram as condições de trabalho"), como exercício de um direito ("a legislação nos garante"). Apresenta-se também como algo que tende a ser substituído ("de um ano para cá") ou complementado com a "luta por melhores condições de trabalho e saúde".

Apesar de ser possível identificar a emersão de uma visão crítica em torno da polarização luta por salário-luta por saúde, é necessário reconhecer que esta é ainda incipiente e restrita a alguns dirigentes. O conjunto das ações sindicais é ainda fortemente marcado pelo economicismo, mesmo nas entidades mais combativas e que se identificam com o Novo Sindicalismo.

Por quê?

" Eu acho que primeiro é a **situação crítica que os trabalhadores estão nela a nível dos salários**. Então, acaba sendo carro-chefe a questão econômica. **Por outro lado, os problemas de saúde também são sérios. Isso só não justifica**. Do mesmo jeito que tem problema de salário que interfere na saúde: o trabalhador ganha pouco, então não vai ter uma saúde legal. Agora, tem coisas mais concretas que são o tanto de acidentes que está aí, o tanto de doenças que está aí. Mas, eu não sei... Eu acho que **os sindicatos não conseguiram despertar para essa questão de saúde assim...**" (SINTTEL, grifos meus)

Em primeiro lugar, não pode ser subestimado o enorme esforço que o modo de produção capitalista impõe aos trabalhadores para defenderem a própria sobrevivência, e o sobre esforço exigido pelas particularidades da forma como ele vem se desenvolvendo no Brasil. Há conjunturas econômicas que realmente parecem consumir toda a disposição de luta dos trabalhadores e todo espaço de negociação na defesa de reivindicações mínimas.

Some-se a isso o empenho e o investimento da classe dominante na difusão de uma cultura que articula-se profundamente e dá sustentação aos seus propósitos de exploração. Ela cria padrões de representação do corpo, da saúde e do trabalho diferenciados segundo a classe social. O corpo do patrão apresenta-se como diferente do corpo do trabalhador. O corpo do trabalhador é o corpo produtivo. Os padrões de saúde são também distintos. A saúde do

trabalhador é definida em função da capacidade para produzir. O homem que trabalha é reduzido à dimensão econômica e subordinado à produção. Reafirmando isto, até mesmo assistência médica diferencia-se nos diversos extratos sociais: para os empregadores, o setor privado; para os trabalhadores das grandes empresas, a medicina de grupo; para os demais, a rede pública de serviços de saúde.

Esta cultura, tornada hegemônica pelo poder do capital, **é introjetada pelos trabalhadores** e os elementos que a constituem aparecem em sua própria fala:

"Então isso é um negócio que, para nós que sobrevivemos da nossa força de trabalho, é fundamental termos saúde."
(Sindicato dos Metalúrgicos de Betim, grifo meu)

O trabalho é reduzido a um meio de sobrevivência. Os homens- trabalhadores (o "nós") são identificados como força de trabalho. O corpo é uma mercadoria que entra no "negócio". A saúde é um atributo deste corpo que "é fundamental" no sentido de garantir- lhe a força para produzir.

Submetidos a estas relações econômicas, sociais e culturais os trabalhadores são colocados - **e tendem a colocar-se** - realmente no lugar de quem deve temer ir mais além e negocia apenas o "preço da mercadoria": o economicismo.

Sua persistência coloca sérias dificuldades ao desenvolvimento e expansão das ações sindicais em saúde do trabalhador, na medida em que **obstaculiza a construção de um lugar para a questão da saúde no movimento dos trabalhadores**. Como será visto mais adiante, a questão do economicismo também estará relacionada a outra dificuldade relatada: a falta de envolvimento do conjunto da diretoria na luta por saúde.

Mas, se o economicismo é forjado nas relações sociais de produção e na cultura hegemônica, entre outros fatores, ele é passível de transformação. A introjeção e o aparente conformismo com concepções e práticas heterônomas não significa, necessariamente, a adesão a elas. Como foi discutido no Cap. 1, em seu interior gestam-se contra-hegemonias e hegemonias alternativas que limitam, desafiam e alteram o que está posto (WILLIAMS, 1977: 112-113).

Nesta perspectiva é possível considerar que, se por um lado, os trabalhadores assimilam da cultura hegemônica representações heterônomas do corpo, da saúde e do trabalho, por outro lado, experimentam em seu cotidiano as contradições da sociedade em que estão inseridos, elaboram-nas e tecem também representações autônomas, já que o "imaginário está na raiz tanto da alienação como da criação da história" (CASTORIADIS, 1982: 161).

"É necessário a gente colocar na mesma balança a questão econômica e a questão da saúde." (SINTTEL, grifos meus)

Descobrem que a deterioração progressiva da saúde também pode ameaçar severa e imediatamente a sobrevivência. Percebem que o patrão exige-lhes saúde para entrar na fábrica e que eles não fazem o mesmo para permanecer lá. Despertam, como foi visto no capítulo 2, para os muitos riscos à saúde presentes nos locais de trabalho e sua relação com as doenças que os acometem. Desvelam a articulação entre as péssimas condições de trabalho e a exploração dos trabalhadores estendida à expropriação da própria vida. Vislumbam que o trabalho pode ser organizado de forma mais saudável e humana e que podem fazer disto um objeto de suas ações organizadas. Tomam consciência de que, ao aceitar a redução do movimento sindical à questão econômica estão simplesmente aceitando e alimentando a proposta da classe dominante. Pressionam os dirigentes sindicais para que ampliem o leque de interesses que devem assumir como representantes dos trabalhadores.

Como foi discutido no capítulo 4, as entidades sindicais passam a entender que a saúde é uma questão a ser tratada não mais na abordagem assistencialista, mas na sua dimensão política, enquanto inserida e

determinada na teia das relações históricas entre as classes, e a ser tratada a partir da perspectiva de transformação do trabalho. Apropriam-se da saúde como um problema que interessa aos trabalhadores e para o qual eles têm propostas próprias, muito distintas das desenvolvidas pelo capital.

Estas representações autônomas emergentes, entretanto, não se instituem de vez. Elas convivem, muitas vezes, com as representações instituídas, pela cultura hegemônica, no imaginário dos trabalhadores. O Novo e o Velho se misturam. Tal fenômeno manifesta-se nas aparentes contradições de seu discurso, nos avanços e recuos das ações em saúde, nas tensões entre a questão econômica e a da saúde, na indefinição do lugar da saúde no movimento sindical. Marilena CHAUI traz elementos importantes para se compreender este fenômeno:

"...as interpretações ambíguas, paradoxais, contraditórias que coexistem no mesmo sujeito, criando a aparência de incoerência, na verdade exprimem um **processo de conhecimento**, a criação de uma cultura ou de um saber a partir de ambiguidades que não estão na **consciência** dessa população, mas na **realidade** em que vivem." (1987: 158)

Desta forma, parece ser possível considerar que a tensão entre a "luta econômica" e a "luta por saúde", que dificulta a definição de um espaço para os problemas de saúde dos trabalhadores no conjunto das ações sindicais, é forjada, de um lado, pelo contexto social e econômico em que se inserem estes atores e pela cultura por eles introjetada. Mas, por outro lado, a própria existência da tensão é sinal de que outro polo, oposto a este, vem se formando e com ele disputa para também se instituir e talvez, mais à frente, romper esta tensão num movimento de síntese.

Este processo delinea um campo de intervenção das atividades de formação sindical em saúde. Estas podem constituir-se em espaços facilitadores da identificação, por parte dos trabalhadores, das representações que são autônomas e daquelas que foram introjetadas da cultura hegemônica.

Mais do que isto, a formação sindical pode subsidiar a elaboração coletiva das representações instituintes que farão parte de uma cultura dos trabalhadores, na qual vai se desenhando o seu projeto para a saúde, o trabalho e a sociedade. Este processo, portanto, pode ser ponto de partida e referência metodológica para a formação sindical, na linha de uma pedagogia do conflito, como veremos na Conclusão.

5.3.3 As dificuldades nas instâncias de organização das ações

A complexidade da determinação do processo saúde-doença nos grupos humanos demanda que as ações em defesa da saúde do trabalhador sejam empreendidas em diversos níveis. Há aspectos que dizem respeito a questões específicas dos locais de trabalho: a instalação de um equipamento de ventilação local exaustora em determinada fonte de aerodispersóides, a definição da produtividade e do ritmo de trabalho de um setor, as relações hierárquicas com um certo chefe, o estabelecimento de pausas em tarefas particularmente penosas, etc. Outros aspectos da defesa da saúde envolvem questões que podem interessar a todos os trabalhadores de uma categoria, como a complementação, pelas empresas, dos benefícios do Seguro de Acidentes do Trabalho da Previdência Social; a democratização das CIPA's e de outras instâncias de organização nos locais de trabalho; o acesso a informações sobre as inovações tecnológicas e organizacionais a serem implantadas ou aos dados sobre doenças e acidentes do trabalho, etc. Há ainda outros aspectos, de caráter mais geral, que concernem ao conjunto dos trabalhadores enquanto classe social: a democratização das relações capital-trabalho; as políticas de saúde, de emprego, de salário, de industrialização, de urbanização, de tecnologia, etc.

O desenvolvimento das ações sindicais em defesa da saúde supõe, em consequência, a criação de instâncias de organização das ações em cada um destes níveis: o local de trabalho, o sindicato de base e a classe trabalhadora. Além disso, sua eficácia estará relacionada à capacidade de articular estas instâncias entre si, num movimento constante de alimentação recíproca.

Os sindicatos estudados apresentam dificuldades na organização da luta em cada um desses níveis - o que será descrito e analisado a seguir.

5.3.3.1 A organização nos locais de trabalho

No cotidiano do trabalho, os homens e mulheres experimentam as contradições da sociedade em que estão inseridos. Sentem "na pele" o desgaste de sua saúde e vão desvelando a relação entre saúde e trabalho na sua concretude. Percebem problemas e vão vislumbrando soluções para eles, a partir de seu saber. Os locais de trabalho são, como foi discutido no Cap. 1, espaços da exploração e da dominação, mas também da construção de sujeitos que vão transformando esta relação. A organização dos trabalhadores neste nível é, portanto, **vital** para o movimento sindical.

Entretanto, como viu-se no capítulo 4, as organizações por local de trabalho nas categorias estudadas parecem ser pouco disseminadas e restritas, em grande parte, às Comissões Internas de Prevenção de Acidentes.

Por quê?

Em primeiro lugar, é preciso considerar o enorme peso da **legislação sindical brasileira** sobre esta questão. Ela concebe os sindicatos - até a Constituição de 1988 - como entidades de direito público, cuja função seria promover a harmonia entre capital e trabalho e contribuir para a ordem e a paz social. Para isso, não necessitariam estar organizados nos locais de trabalho... E esta possibilidade não é prevista pela legislação sindical. Além disso, ela prevê a representação única por categoria profissional - conceituada em relação à categoria econômica ou patronal e sujeita ao enquadramento feito pelo Ministério do Trabalho - o que leva à coexistência, numa mesma empresa, de trabalhadores "enquadrados" em distintos sindicatos. A inexistência do

direito de livre organização nos locais de trabalho soma-se às dificuldades trazidas pela representação corporativa, criando obstáculos para os trabalhadores se unirem em torno dos problemas que enfrentam no cotidiano das empresas.

Tais obstáculos interpostos pela legislação sindical articulam-se no contexto sócio-econômico e cultural comentado no item 5.3.1, potencializando a produção e a reprodução do **medo de se organizar**: participar de uma comissão de fábrica pode resultar em perda do emprego, com todas as suas repercussões sobre a vida dos trabalhadores.

Mas, para a compreensão dos problemas relativos à organização por locais de trabalho, devem ser consideradas também **as diversas formas como a direção dos movimentos pode abordar esta questão**. Como foi visto no capítulo 4, ao apresentar as metas e perspectivas dos sindicatos estudados no campo da saúde, aparece a intenção de encontrar formas de organização por local de trabalho, enfrentando os obstáculos existentes. Mas há elementos que podem dificultar esta intenção e esta prática.

Muitas vezes **os representantes eleitos pelos trabalhadores afastam-se dos locais de trabalho** não só para dedicarem-se às atividades sindicais, mas também por serem impedidos pelos patrões de entrarem nas empresas e por não terem garantia legal deste acesso. Com isso, vão perdendo o contato com a dinâmica interna das empresas e com "os problemas que afligem os trabalhadores" em seu cotidiano. Manter-se "representante" demanda um enorme esforço, ainda mais quando não há representação do movimento a nível das empresas. Por outro lado, a obrigatoriedade legal de recolhimento do imposto sindical facilita a sobrevivência de entidades que já não mais representam os interesses dos trabalhadores, abrindo a possibilidade, para alguns dirigentes, de "economizarem" este esforço.

Há ainda uma outra consequência do afastamento dos dirigentes sindicais dos locais de trabalho. Eles têm acesso a um "outro mundo" que lhes possibilita informações, oportunidades, vivências, prazeres e poderes até então desconhecidos. Neste processo, aprofundam a crítica ao trabalho: a

repetitividade, a disciplina, a rotina, o desgaste, o cansaço, os limites à criatividade e à iniciativa, o lugar de "impotência", a exploração e a dominação. **A representação do trabalho é sublinhada em sua dimensão de negatividade, de degradação.** Daí, **tendem a desvalorizar o trabalho** - como também o faz a classe dominante (VALENTE,1991). Tendem a negar o trabalho. No plano pessoal, retornar ao trabalho fabril começa a parecer insuportável para alguns dirigentes.

Mas, muitas vezes, não têm oportunidade de perceber que o trabalho em si não é uma invenção do capital, de vislumbrar um outro trabalho que possa ter um sentido, que possa ser uma expressão humana.

Desta forma, há dificuldade de se delinear um projeto coletivo dos trabalhadores para o trabalho. Surgem várias questões polêmicas que vêm sendo elaboradas no movimento sindical: a perspectiva é o não-trabalho? Como fica então a bandeira da garantia de emprego? Ou o projeto é uma transformação mais radical das estruturas da sociedade? Se sim, quando ela virá? E até lá? É legítimo os trabalhadores lutarem para transformar o trabalho sob o capital também em sua dimensão cotidiana? Ou isto seria contribuir, reacionariamente, para o burilamento e a manutenção deste modo de produção? Tais questões constituem-se em mais um elemento que repercute sobre a definição do lugar das ações em saúde no conjunto do movimento, comentada no item 5.3.2. Também podem influenciar a escolha das estratégias de ação das entidades, particularmente o encaminhamento de propostas de intervenção sobre os problemas emergentes nos processos de trabalho e a relação da direção com as organizações dos trabalhadores nos locais de trabalho.

No tocante a esta relação, há outros aspectos a serem comentados. No desenvolvimento de suas atividades políticas de representação sindical, frequentemente os dirigentes se defrontam com as dificuldades de mobilização e organização da categoria:

"A gente tem chamado assembléias. A turma não está vindo. Vem 40, 50 pessoas só." (SINTTEL)

O duro embate vivido no cotidiano do trabalho dos dirigentes, que exige muita energia e dedicação, parece às vezes não encontrar eco na categoria. Necessitando explicar isto e contornar o sentimento de frustração, eles colocam

para si o medo dos trabalhadores, sua suscetibilidade à manipulação dos patrões... E, a partir destes elementos, podem ir tecendo uma **representação da "base" marcada pela negatividade**, isto é, pela consideração de que o Outro é sempre falta de alguma coisa. A evolução desta tendência termina por aproximar esta representação dos dirigentes sobre os trabalhadores da idéia de "massa" difundida pelas elites: "desprovida de saber, de fato e de direito, vazia, passiva, inculta, ignorante, incompetente, precisando ser guiada, dirigida e educada." (CHAUÍ, 1987: 29)

"Isso é uma dificuldade que o Sindicato também enfrenta, porque **a categoria, ela olha a questão imediata** que é o salário, quer dizer, vender a saúde. Então a gente trabalha no sentido de **tentar conscientizar a categoria** de que é melhor para ela trabalhar num ambiente onde ela não vai adoecer." (Sindicato dos Aeroviários, grifos meus)

Se os dirigentes podem "sobreviver" afastados do cotidiano do trabalho, se o trabalho é visto apenas em sua negatividade, se os trabalhadores podem ser vistos como "massa" e não como sujeitos, porque facilitar e estimular sua organização autônoma nos locais de trabalho como a fonte de vida do movimento? Não seria mais adequado pensar apenas em instâncias que representassem o sindicato nas empresas e transmitissem, de cima para baixo, a "direção" e a "educação"? Mesmo que eles discutam entre si as questões de seu cotidiano, sempre vai ser necessário guiá-los para a politização de sua consciência..

Ainda que não se possa negar toda a dificuldade concreta encontrada pelos sindicatos de base para desencadear e organizar algumas ações junto à categoria, parece não ser suficiente justificar este fenômeno apenas sobre as "faltas" dos trabalhadores - de consciência, de participação, de organização etc - como apontam SADER e PAOLI, discutidos no Cap. 1. É possível ampliar esta reflexão, englobando o papel que pode ser desempenhado, neste processo, por lideranças eleitas como representantes dos trabalhadores.

É que essa representação negativa do trabalho e dos trabalhadores, fortemente marcada pela introjeção da cultura produzida e utilizada pelas elites dominantes e autoritárias, também encontra eco em antigas polêmicas instaladas entre os marxistas, que não se pretende aprofundar aqui. Mas uma de suas facetas, com reflexos diretos sobre uma proposta pedagógica, é bem explorada por CASTORIADIS, ao pontuar a visão que separa o econômico e o político, o imediato e o histórico, confinando

"o proletariado numa percepção de seus interesses econômicos imediatos e numa preocupação exclusiva com os mesmos (ainda que não se dê a essa idéia a forma extrema que lhe atribui Lênin em **Que fazer?**, a de que a classe operária deixada a si mesma só pode chegar a uma consciência trade-unionista); mas, ao mesmo tempo, apela para o proletariado como depositário de uma missão revolucionária sem precedentes na história. (...) Trata-se então, para os militantes, essencialmente, de saber como as lutas imediatas dos operários podem ser influenciadas pelas idéias e pela organização de tais militantes, como também eles podem ser levados a superar precisamente esse caráter imediato e se elevar ao nível das preocupações históricas da organização. (...) O fundamento dessa visão é o postulado de que a verdade passada, presente e futura da evolução histórica já estaria desde agora sob o domínio de uma teoria essencialmente acabada, a qual, por sua vez, já seria possuída por uma organização política; disso resulta, necessariamente, que o papel histórico do proletariado só é tal na medida em que ele faz o que a teoria sabe e prediz que ele deve fazer e fará." (1985: 12, 14)

Neste sentido, há pelo menos duas formas dos sindicatos tomarem os problemas de saúde dos trabalhadores como objeto das ações sindicais. Uma

delas é **reconhecendo sua importância substantiva para os trabalhadores**, que impõe a intervenção do sindicato enquanto seu representante. Isto significa compreender que

"...luta cotidiana implícita na produção, lutas econômicas ou políticas explícitas, projeto revolucionário, não podem ser separados, nem 'objetiva' nem 'subjetivamente', a não ser num sentido derivado e secundário; o que impede também de traçar uma linha de demarcação absoluta entre o 'imediato' e o 'histórico'" (CASTORIADIS, 1985: 69)

A outra forma de assumir a saúde como objeto das ações sindicais é compreender estes problemas como questões "imediatas" que, sendo muito sentidas pelos trabalhadores, podem ser **utilizadas como instrumentos** de mobilização, de conscientização política, de legitimação de um grupo ou da instituição sindical.

A cada uma destas posturas, obviamente, correspondem modos distintos de conduzir a ação sindical e nela podem ser desveladas pelos trabalhadores. Nas propostas de intervenção do sindicato, a "base" pode perceber a identidade entre seus interesses e a iniciativa de seus representantes, sentindo-se estimulada a participar. Mas pode identificar também práticas instrumentalizadoras dos problemas de saúde e sentir-se manipulada, afastando-se, portanto, do movimento.

Assim, as diversas representações dos trabalhadores e da luta por saúde pelos dirigentes podem ajudar a compreender as formas como abordam a questão das organizações nos locais de trabalho, resultando, às vezes, no não-estímulo à sua constituição.

Estes mesmos elementos podem também estar subjacentes a alguns dos problemas encontrados na complexa **relação da entidade sindical de base com as organizações que os trabalhadores venham a construir nos locais de trabalho.**

"**Essa ponte** (entre o Sindicato e a CIPA) **não aconteceu**. A gente não conseguiu detectar ainda qual foi a falha aí: se foi da Comissão de Saúde do Sindicato, da própria fragilidade da gente desconhecer e sempre ter que estar contando com técnicos... Aí não houve essa ligação. O pessoal acabou travando a luta da CIPA **lá** sózinhos, sem uma ligação, um trabalho que se discutisse na Comissão e encaminhasse para dentro das empresas. **O objetivo era esse: a Comissão de Saúde do Sindicato discutia e eles encaminhavam**. Só que esse trabalho não surtiu efeito porque não houve essa ligação. Depois disso a Comissão de Saúde começou a fazer um trabalho próprio, ao invés de buscar junto aos cipeiros. (...) **Sem a CIPA, esquecendo a CIPA, o próprio Sindicato passou a ter uma ação direta com as empresas**. (...) Agora, nesse ano de 89, a gente sentiu que **não estava avançando a Comissão de Saúde porque ela não tinha essa relação com a CIPA**. (...) Não dá para fazer o trabalho da Comissão de Saúde sem a CIPA. Fica faltando alguma coisa. **Ela tem que ser este instrumento porque a relação é direta, lá dentro da empresa**." (Sindicato dos Aeroviários, grifos meus)

Detecta-se, assim, diversos elementos que articulam-se na complexa realidade social e dificultam a organização nos locais de trabalho. Há, em primeiro lugar, os limites e distorções impostos pela legislação sindical e a cultura hegemônica sobre o trabalho, o trabalhador e sua saúde, que resultam no sentimento de medo de se organizar, cultivado, entre os trabalhadores, pelas relações sociais e econômicas. Por outro lado, esta cultura é introjetada e reproduzida pelos trabalhadores e por seus representantes sindicais. Estes, muitas vezes afastados do cotidiano do trabalho e dos problemas enfrentados pelos trabalhadores, e ainda tecendo representações negativas sobre estes e sobre o trabalho, tendem a classificar as questões por eles levantadas como "imediatas", apolíticas, ahistóricas. Há também a visão instrumental da saúde e da mobilização da base, que, soma-se aos demais elementos e pode dificultar a organização dos trabalhadores em seus locais de trabalho.

Por outro lado, a legislação vai se transformando. Pela pressão dos trabalhadores, as barreiras vão sendo superadas na prática. Comissões de Trabalhadores tentam se constituir aqui e ali, CIPA's mais representativas são eleitas, Comissões de Saúde nas empresas aparecem entre as metas de alguns sindicatos, algumas direções vão recuperando as origens do Novo Sindicalismo e voltam-se para a questão das organizações nos locais de trabalho enquanto fonte de vitalidade do movimento e de legitimidade da representação.

5.3.3.2. A organização das ações a nível dos sindicatos de base

Além do problema da relação sindicato-organizações de base, comentado no item anterior, foram explicitadas duas dificuldades referentes à organização das ações em saúde a nível das entidades sindicais:

"Um dos nossos maiores problemas foi e ainda é **a falta de interesse político da maioria da diretoria pela questão da saúde...**" (Sindicato dos Metalúrgicos de Belo Horizonte e Contagem, grifos meus)

"Aí (quando a prioridade é a questão do salário), **fica difícil você sensibilizar a diretoria como um todo.** Não é todo mundo que está envolvido no campo da saúde.(...) E aí, claro que isso traz reflexos para a categoria. Um desafio, inclusive, é tirar do papel, tirar do acordo coletivo o que a gente já conseguiu. **A gente tem abertura para fazer, mas está faltando empenho para fazer.(...)** **Não existe estratégia. A gente fica apagando fogo.**" (SINTTEL, grifos meus)

"...no sindicato, existe uma **resistência da direção**, que não dão importância para isso (acidentes do trabalho). Dão importância só para a luta econômica." (Sindicato dos Aeroviários, grifos meus)

O reclame incisivo dos diretores de saúde entrevistados em relação à **falta de envolvimento do conjunto da diretoria do sindicato na questão da saúde** é por eles próprios articulado à priorização da questão econômica, remetendo à tensão comentada anteriormente.

Mas parece que há mais do que isto. é que, ao iniciarem o processo de crítica ao sindicalismo populista e corporativista dos anos 40 e 50 e ao sindicalismo burocrático moldado pela ditadura militar, percebem que a questão da saúde foi argutamente utilizada pelo Estado para desviar os sindicatos de suas funções legítimas. Descobrem também que foram empurrados para uma prática curativa e individual, que hoje nomeiam assistencialista, e que servia aos interesses capitalistas de manutenção e reprodução da força de trabalho. Desta forma, as ações em torno da saúde parecem ter permanecido em seu imaginário com questões "imediatas", associadas com reacionarismo, reformismo, manipulação. Elas aparecem como um campo heterônimo, como espaço utilizado pelo Outro para a dominação. Os problemas de saúde são questões individuais, "menores", a serem tratadas por médicos, hospitais, remédios. "Ainda não entenderam que a saúde também é uma questão política", no sentido de estar profundamente articulada à história das relações capital-trabalho, particularmente no Brasil.

Portanto, o problema da falta de envolvimento de alguns diretores na questão da saúde parece poder ser compreendido na perspectiva das ambiguidades inerentes ao processo de transformação das representações sobre saúde e de criação de uma nova cultura sobre a saúde do trabalhador, analisado no item 5.3.2. VAN VELSEN traz elementos que permitem compreender as diferenças e divergências entre estes dirigentes, ao comentar sobre a dinâmica dos processos de mudança,

"onde, durante um período de tempo, os membros da sociedade fazem suas escolhas individuais em situações específicas: alguns escolhendo a norma tradicional, outros a nova norma rival, ou, ainda, as mesmas pessoas escolhendo ora uma, ora outra, com uma tendência geral a favor da nova norma." (1987: 363)

O não envolvimento do conjunto da diretoria nas ações sindicais em defesa da saúde traz, "claro, reflexos para a categoria." Sublinha-se a tensão luta-econômica-luta por saúde. Mais do que isto, estas ações ficam "departamentalizadas", restritas ao Departamento de Saúde do Sindicato. Como um campo à parte, o problema da saúde não aparece no discurso nem na prática dos outros diretores da entidade. Pouco atentos a esta questão, eles terão limites para apreenderem informações e problemas concernentes à saúde nos seus contatos com os trabalhadores. Dessa forma, a saúde pode não encontrar inserção no conjunto das ações sindicais. O trabalho do diretor de saúde também pode ser visto como "menor" pelos seus colegas. Ele será levado a disputar com os outros os recursos necessários ao desenvolvimento das atividades de seu departamento, o espaço no jornal do sindicato, a inclusão de questões na Negociação Coletiva...

Esta dificuldade pode apontar para a importância da organização de atividades de formação sindical que envolvam em algum momento o conjunto da diretoria, abrindo espaço para a explicitação destas questões e para sua elaboração coletiva.

A segunda dificuldade mencionada para a organização das ações a nível dos sindicatos refere-se a um traço comum a todas as entidades entrevistadas: **"não existe estratégia"**.

Estas ações se constituem em resposta aos problemas de saúde - especificamente os casos de doenças e acidentes do trabalho - que emergem como "fogo". Para "apagá-lo" - aproveitando a metáfora proposta pelo SINTTEL - constroem formas e canais indubitavelmente novos em relação àqueles prescritos no modelo assistencialista. Como vimos no capítulo 4, criam uma Comissão de Saúde, organizam um seminário para discutir o tema, acompanham a evolução dos casos de trabalhadores adoecidos ou acidentados, investem na democratização de uma CIPA, levam a proposta de solução de um problema para a Negociação Coletiva.

Mas são respostas que nem sempre contêm, desde sua origem, um plano de ação politicamente articulado, o qual permitiria orientar a intervenção do

sindicato e avaliar a sua eficácia. Ainda não conseguem precisar bem suas metas e perspectivas: "dar um salto de qualidade", "discutir uma nova fórmula" (Sindicato dos Bancários).

Esta dificuldade pode estar relacionada a alguns fatores que obstaculizam a definição de estratégias sindicais. Em primeiro lugar, ela parece vincular-se à incipiência destas ações sindicais em saúde do trabalhador e ao próprio processo de emergência de uma nova cultura sobre o trabalho e a saúde: trata-se de um **movimento instituinte**, para o qual não há modelos prontos, O caminho vai se fazendo na própria ação, quando criam e experimentam formas autônomas de abordagem da saúde e vão construindo novos modelos.

Mas pode também vincular-se a fatores que intervêm no desenvolvimento de um trabalho planejado em outros campos:

"A dinâmica do sindicato é muito forte. Você mexe com mil coisas ao mesmo tempo. Você apaga fogo geral, não consegue fazer um trabalho planejado. Tem uma coisa aqui, outra lá... De repente cai um pacote do governo, aí você socorre ali..." (SINTTEL)

Esta leitura aponta para a importância, entre outras, do registro sistemático e da análise destas ações instituintes, para que se possa apreender a nova metodologia de trabalho que vem sendo criada pelo movimento dos trabalhadores no campo da saúde, como será comentado na Conclusão.

A formação sindical, por seu turno, pode contribuir para que estes dirigentes construam uma visão mais ampliada do que é o problema da saúde na sua categoria, troquem experiências de como abordá-los e avancem na construção de metodologias mais adequadas, capacitando-se para planejar a ações de formas mais eficazes.

Há ainda, a nível da organização das ações de saúde nos sindicatos, outro problema apontado no capítulo 4 e que merece ser abordado: **o da relação com o saber.**

Os dirigentes sentem a necessidade de informações de natureza técnico-legal para articularem respostas aos problemas que se lhe apresentam e para fazer frente às propostas patronais. Sentem também dificuldade de acesso a estas informações. Mais do que isto, percebem, na relação com os serviços médicos de empresa, que a ciência não é neutra: há "informações" e "informações". Compreendem "o significado que tem para a classe trabalhadora, o acesso ao saber elaborado e historicamente acumulado", mas, ao mesmo tempo, entendendo que "não se trata de um saber neutro" (FRIGOTTO, 1987: 18).

Mas, a partir daí, há o risco de passar a ver os profissionais que compõem suas assessorias como fontes suficientes do saber de que necessitam os trabalhadores, delegando a eles tudo que se refere à apropriação e produção do conhecimento.

Sobre esta questão, há três aspectos a considerar. O primeiro é que, se por um lado, é necessário conhecer e utilizar o saber já acumulado, nas diversas áreas de conhecimento, sobre a saúde e o trabalho, por outro lado também é necessário reconhecer que muitas vezes **este saber é insuficiente** para dar respostas aos problemas que o dinamismo constante dos processos de trabalho traz para a saúde dos trabalhadores. Por exemplo, as substâncias químicas: há cerca de 4 milhões de compostos diferentes utilizados pelas indústrias e a cada ano pelo menos 1000 novas substâncias são introduzidas no mercado. Entretanto, apenas 1167 delas foram estudadas até agora, do ponto de vista de sua nocividade para o corpo, permanecendo um enorme vazio de conhecimento sobre as demais. (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 1987).

O segundo aspecto é que **este saber às vezes está marcado por uma cultura hegemônica**, que pode não interessar aos trabalhadores. Por exemplo, os indicadores toxicológicos já desenvolvidos, que têm um "valor

normal" para a "população em geral" e outro valor normal - maior do que o primeiro - chamado de "Limite de Tolerância Biológica", que se aplica aos trabalhadores, impondo-lhes suportar mais agressões ao corpo dentro dos muros da empresa. Ou a concepção difundida de que a L.E.R. é causada pelo número de toques/hora que um digitador faz, e não por toda a organização do trabalho em que está inserido - o que modifica substancialmente as esferas de intervenção sobre o problema.

Finalmente, deve ser considerado **o saber dos trabalhadores**. Ao contrário do que supõem alguns empresários, eles não são ignorantes. Detêm, constroem, acumulam e transmitem um saber a partir de sua vivência, o qual não é "menor" que o saber chamado científico. É dele exatamente que as empresas modernas tentam se apropriar, através de instâncias de "participação" como os C.C.Q.'s. Embora se deva evitar a "visão de que tudo o que vem do 'povo', das classes populares, é verdadeiro", não se pode

"negar ou ignorar que a classe trabalhadora, embora impedida historicamente, pelos mais diferentes mecanismos materiais e ideológicos, de ter acesso aos graus mais elevados do conhecimento elaborado (científico), possua saber e conhecimento" (FRIGOTTO, 1987: 19).

Os trabalhadores sabem sobre o seu trabalho e sabem sobre a sua saúde.

Levar em conta a insuficiência quantitativa e qualitativa do saber acumulado implica em reconhecer que o saber que interessa aos trabalhadores tem que ser constantemente construído e renovado. E que, para isso, interessam o saber já acumulado e o saber trazido pelos assessores de saúde que se esforçam para superá-lo criticamente. Mas apenas estes insumos não bastam: o saber dos trabalhadores é fundamental.

Coloca-se aqui o desafio da produção de conhecimentos a partir da "práxis, que resulta da unidade dialética entre a teoria e a prática, pensar e agir" (FRIGOTTO, 1987: 19). Este é um dos princípios do Modelo Operário Italiano,

desenvolvido pelo movimento sindical daquele país em sua luta por saúde ao longo dos anos 60 e 70 e que, através do intercâmbio internacional, vem se difundindo entre sindicatos brasileiros. Trata-se da não-delegação do saber e da iniciativa aos empresários, ao Estado ou aos técnicos, sublinhando o papel dos trabalhadores como sujeitos no processo de defesa de sua saúde, que podem buscar a contribuição de outros atores sociais (ODDONE,1986).

Resta comentar os limites impostos à organização de ações em saúde a nível dos sindicatos pela legislação vigente, embora estas questões não tenham sido explicitamente mencionadas pelos sindicatos estudados. Os movimentos dos trabalhadores conquistaram alguns avanços na Constituição de 1988: a ampliação do direito de greve, o fim do estatuto padrão e da Carta Sindical, o fechamento da possibilidade de intervenção administrativa nos sindicatos e seu reconhecimento como entidades de direito privado, a afirmação da saúde como direito e da participação dos sindicatos na gestão das ações do Estado neste campo. Entretanto, a legislação ordinária ainda restringe o direito de greve; a unicidade, o imposto e o enquadramento sindicais foram mantidos; persiste a interferência limitadora do Estado na Negociação Coletiva e a sua omissão quanto à dispensa imotivada; as organizações por local de trabalho não são reconhecidas, a normatização do Sistema Único de Saúde tem colocado restrições à participação da sociedade civil organizada.

Desta forma, os problemas encontrados na organização das ações em saúde a nível dos sindicatos parecem estar relacionados à sua característica de movimento instituinte de novas representações e de novas práticas, além das dificuldades interpostas pela estrutura sindical brasileira, as quais os trabalhadores estão encontrando formas de contornar.

5.3.3.3 A organização das ações sindicais em saúde enquanto Classe Social

Os limites da esfera de intervenção de cada sindicato sobre os problemas de saúde são percebidos no próprio desenvolvimento das ações em torno da questão:

"Eu acho que esse problema não tem condição de ser resolvido isoladamente, individualmente no sindicato hoje. Eu acho que **é uma grande luta que tem que ser travada pelo conjunto do movimento sindical brasileiro, assim como pelo conjunto da sociedade.**" (Sindicato dos Metalúrgicos de Betim, grifo meu)

"A gente acha que **tem que extrapolar essa questão da categoria.** A gente acha que teria mais efeito se fosse um órgão mais amplo, extra-categoria." (SINDIELETRO, grifos meus)

Há questões que envolvem negociações e políticas a serem definidas a nível nacional e que teriam que ser resolvidas entre os atores sociais, representados em instâncias mais elevadas de organização.

A legislação em vigor prevê a possibilidade de organização em instâncias superiores ao sindicato de base nas Federações e Confederações, que reúnem os trabalhadores de uma mesma categoria profissional. Alguns dos sindicatos estudados referiram-se de forma bastante crítica ao trabalho desenvolvido por estas entidades:

"Nós participamos dessa Federação (dos Plásticos) mais como uma forma de acabar com ela. A gente não concorda com este tipo de estrutura sindical que é arcaica. Nós participamos no sentido de tentar acabar e chamar as pessoas que participam **no sentido de ter um trabalho mais avançado**, que não seja este que está tendo até agora. Nesta questão de saúde, inclusive, nós lutamos para formar a Secretaria de Saúde da Federação. Inclusive o Secretário de Saúde é do nosso Sindicato, o Raimundo. **Mas não**

tem espaço para trabalhar na Federação. é um pessoal - eu não digo como um todo - mas a maioria do pessoal da Federação não está atento a esta questão da saúde ainda. E eu não vou falar que é só na saúde porque não é. **A Federação, na prática, não funciona.** Tem uma reunião de dois em dois meses e na prática não funciona." (Sindicato dos Plásticos, grifos meus)

"**Esse é um problema da estrutura sindical.** Nós dois sabemos o que é a estrutura sindical no Brasil e quem são as Federações. Desse ponto de vista (da saúde), praticamente não existe nada, ou pouca coisa. A iniciativa da Federação em torno da saúde, a não ser **a iniciativa de atrasar o movimento**, o que se vê são cláusulas sobre a insalubridade, uma cláusula sobre indenização por assalto, e algumas coisas assim que **eles** consideram como saúde." (Sindicato dos Bancários, grifos meus)

Outros sindicatos relataram experiências mais positivas, levadas a cabo junto a Federações, algumas constituídas de forma alternativa às oficiais, chamadas "democráticas":

"Depois que o SINTTEL de Minas começou a ter experiência no campo da saúde, a gente foi para os seminários, para as discussões da campanha salarial da FITTEL - que é a Federação que aglutina estes sindicatos todos. A gente começou a lançar a discussão da saúde. Então, teve no ano passado, a gente conseguiu garantir uma cláusula na pauta nacional, sobre saúde." (SINTTEL)

"Ela (a Federação Nacional dos Trabalhadores em Processamento de Dados) convocou o I Encontro Nacional de Saúde, que se deu paralelamente ao Congresso em 1986, em maio de 1986 em Brasília. Ela convocou já sentindo a necessidade de discutir a

questão da saúde. Então, a proposta tirada deste I Encontro Nacional de Saúde foi que o sindicato deveria organizar Comissões de Saúde, para começar a organizar o trabalho de saúde." (SINDADOS)

Outra possibilidade de articulação de ações entre sindicatos de base é representada pelas Centrais Sindicais, que reúnem trabalhadores de diferentes categorias. Elas ressurgem a partir da I Conferência Nacional das Classes Trabalhadoras, sendo que, em 1984, foi criada a Central Geral dos Trabalhadores - C.G.T. e em 1983 a Central Única dos Trabalhadores - C.U.T..

Dos oito sindicatos estudados, sete são filiados à CUT. O Sindicato dos Metalúrgicos de Betim, à época da entrevista, encontrava-se filiado à União Sindical Classista e discutia sua filiação à CUT - o que foi concretizado logo depois. Entre eles, o SINDIELETRO referiu-se à organização de ações de saúde a nível da Central:

" A gente está empenhado em que a CUT assuma esse tipo de trabalho, organizando a Comissão de Saúde, na qual a gente vai encontrar a experiência de cada sindicato e poder organizar trabalhos conjuntos." (SINDIELETRO, grifos meus)

Também o SINTTEL mostrou-se atento a esta instância de organização da luta por saúde, já apontando as suas dificuldades:

"O intersindical é que eu estou achando mais difícil. Cada um está cuidando da sua categoria. E aí tem aquela discussão do corporativismo. A própria CUT enfrenta isso hoje, mas ela acaba funcionando de cima para baixo. Nem todos os sindicatos estão ali, de fato, participando. E aí tem o próprio refluxo no campo da saúde: a gente tem dificuldade de fazer um trabalho intersindical. Dentro da CUT, até ir pelas grandes

questões econômicas a gente vai. Mas, no campo da saúde, que é marginalizado, fica mais difícil ainda." (SINTTEL, grifo meu)

Vê-se, portanto, que a organização das ações de saúde entre sindicatos, compondo iniciativas de caráter mais geral, encontra dificuldades tanto a nível das estruturas tradicionais previstas pela legislação sindical, já que algumas Federações são vistas como "atrasadas" e burocratizadas, como também a nível das entidades construídas pelo movimento de trabalhadores como alternativas à estrutura oficial.

Por quê estas dificuldades?

Parece que a estrutura sindical definida pela CUT em seus estatutos - e a concepção que a ela subjaz - encontra-se em processo de construção e instituição. Ela prevê, como ponto de partida, as organizações sindicais de base e os sindicatos de base. Estes se articulariam verticalmente em Departamentos Estaduais e Nacional por ramo de atividade econômica e, horizontalmente, em CUT's Regionais, Estaduais e Nacional, as quais reuniriam os trabalhadores dos diversos setores em sua base geográfica. Mas,

"uma avaliação, ainda que superficial, mostra que a proposta de criação de **Departamentos**, aprovada no II CONCUT, ainda não deslanchou. Dirigentes cutistas têm criado Federações Democráticas, em oposição às federações pelegas da antiga estrutura corporativa. Federações são criadas também onde já existe o Departamento. Oposições cutistas têm disputado a direção de federações, através de chapas próprias ou da composição com dirigentes originários da estrutura corporativa." (ESCOLA SINDICAL 7 DE OUTUBRO, s.d.)

Um outro aspecto destas dificuldades diz respeito à transição de uma cultura corporativista - sólidamente enraizada na história do movimento dos trabalhadores no Brasil pós-30 - para uma cultura classista, como propõe a concepção sindical cutista. O fato de apenas dois dos sindicatos estudados

terem se referido à organização das ações de saúde a nível de Central Sindical, pode ser lido como um sinal, entre outros, da dificuldade de se visualizarem e sentirem pertinentes a uma organização de classe. Embora percebam, em diferentes intensidades, a importância deste nível de ações, a ruptura com o corporativismo parece ser lenta: "cada um está cuidando da sua categoria", "nem todos os sindicatos estão ali, de fato, participando".

Devem ser consideradas ainda as dificuldades concretas colocadas pela legislação sindical para a superação desta cultura, na medida em que impõe o monopólio da representação dos trabalhadores a nível dos sindicatos organizados por categoria profissional. Com isto, cria obstáculos para que outras instâncias verticais ou horizontais do movimento participem efetivamente, por exemplo, de negociações coletivas, no sentido de tornar este processo menos pulverizado e avançar para uma contratação coletiva do trabalho mais abrangente.

Desta forma, as dificuldades de organização das ações em saúde do trabalhador em instâncias que superem os limites de intervenção de cada sindicato estão relacionadas ao processo de construção e instituição de novas estruturas e novas concepções do próprio movimento. A legislação sindical, por seu turno, tende a sublinhar estas dificuldades, na medida em que não reconhece o papel de outras instâncias organizativas.

Na prática, entretanto, os trabalhadores podem superar estes limites, "empenhando para que a CUT assumira esse tipo de trabalho, organizando a Comissão de Saúde, na qual a gente vai encontrar a experiência de cada sindicato e poder organizar trabalhos conjuntos."

Apesar de todas as dificuldades, algumas experiências de articulação das ações em saúde entre vários sindicatos vêm se desenvolvendo, por exemplo, a nível da instância estadual da CUT em Minas Gerais e do Instituto Nacional de Saúde no Trabalho, órgão assessor, a nível nacional, daquela Central.

Estas experiências parecem estar se constituindo num fértil espaço para a percepção de que, problemas aparentemente específicos de uma categoria,

como a L.E.R. ou as doenças mentais por exemplo, na realidade atingem bancários, telefonistas, digitadores, eletricitários, metalúrgicos, aeroviários.

"O pessoal começou a aparecer com doenças e que eram doenças comuns aos outros trabalhadores. Eram doenças comuns aos trabalhadores em processamento de dados, eram doenças comuns aos metalúrgicos. **E a gente viu isso comum...** (Sindicato dos Aeroviários, grifos meus)

Percebendo este fenômeno nas falas dos dirigentes de outras categorias, nas reuniões, e compreendendo suas origens no processo de trabalho de cada categoria, vão desvelando o que há de comum entre eles: a exploração pelo capital.

Neste sentido, a expansão das ações intersindicais em saúde do trabalhador pode se constituir em campo fértil para a vivência de experiências concretas enquanto classe e, portanto, de formação da classe trabalhadora.

Em resumo, no movimento de instituição de ações em defesa da saúde na perspectiva que lhes interessa, os trabalhadores enfrentam problemas relacionados ao autoritarismo dos empregadores e à sua intransigência quanto ao controle do cotidiano dos processos de trabalho. Enfrentam também a influência significativa dos interesses capitalistas sobre o Estado brasileiro, refletida na situação traçada para os trabalhadores e suas organizações na legislação, nas instituições públicas e nas políticas sociais. Debatem-se com o peso da cultura hegemônica, que os define em função da produção. Como atores nesta rede complexa de relações, os trabalhadores têm enfrentado o medo, o desamparo social, os limites à sua livre organização e, fundamentalmente, o desafio de construir e instituir uma cultura autônoma sobre seu corpo, sua saúde, o trabalho e sobre si mesmos, rompendo com as representações heterônomas introjetadas e reunindo os elementos que vão desenhando e atualizando seu projeto de sociedade e se constituindo como classe.

CONCLUSÃO

Foram estudadas as ações em saúde do trabalhador desenvolvidas por oito sindicatos de trabalhadores, sediados na região da Grande-BH, que responderam afirmativamente a uma carta- consulta sobre a existência ou não deste tipo de atividade na entidade: Metalúrgicos de Betim, Metalúrgicos de Contagem e Belo Horizonte, Plásticos, Bancários, Aeroviários, Eletricitários, Processamento de Dados e Telecomunicações.

A partir da análise de entrevistas semi-estruturadas com dirigentes daquelas entidades, de documentos sobre o tema por elas produzidos e de informações sobre seus Acordos Coletivos registrados na Delegacia Regional do Trabalho em Minas Gerais, procurou-se conhecer e analisar estas ações, buscando reunir subsídios para uma proposta pedagógica de formação de trabalhadores e dirigentes sindicais no campo da saúde.

Foi verificado que, ao longo dos anos 80, os sindicatos estudados - a exemplo do que vem ocorrendo entre diversas categorias e em outras regiões do país - começam a construir uma **nova forma de abordar os problemas de saúde enfrentados pelos trabalhadores.**

Esta nova abordagem tem como contra-referência o modelo assistencialista imposto aos sindicatos nos anos 40 e 50 pelo populismo-corporativismo e pelo burocratismo reservado àquelas entidades durante o regime militar. Tal modelo é criticado por compreender os problemas de saúde como determinados nos limites do individual, resultando em práticas primordialmente curativas.

Estes sindicatos estão construindo nova compreensão do fenômeno saúde-doença, que o remete à sua essência: a relação capital-trabalho. A esta nova concepção correspondem novas práticas em torno da saúde, que desvelam e expressam seu caráter coletivo e social e intervêm sobre ela enquanto tal.

Neste sentido, para além das iniciativas tradicionais de providenciar assistência médica aos trabalhadores adoecidos que procuram o sindicato, estas entidades têm estimulado e apoiado a participação dos trabalhadores nas Comissões Internas de Prevenção de Acidentes - CIPA's, para discutir e modificar as condições de trabalho nocivas à sua saúde. Têm criado Comissões e Departamentos de Saúde nos sindicatos, enquanto instâncias de conhecimento dos problemas enfrentados pelos trabalhadores, de mobilização e de organização da ação em torno deles. Têm buscado canais democráticos de acesso e divulgação das informações sobre saúde para subsidiar suas intervenções. Têm construído uma relação mais autônoma com as instituições públicas. Têm incluído nas pautas de Negociação Coletiva itens relativos às condições de trabalho e de saúde em cada categoria. Têm buscado formas de articular estas ações em instâncias organizativas mais abrangentes que o sindicato profissional.

São, portanto, **trabalhadores que querem saúde** e já não se satisfazem no papel passivo de serem diagnosticados e tratados. Começam a **dizer que saúde querem** e, mais do que isto, **quais os caminhos para alcançá-la**, marcando diferenças com as concepções e práticas hegemônicas a eles impostas.

Emergindo em meio aos impactos das transformações do trabalho resultantes do intenso processo de industrialização, da árdua luta pelo emprego e pela sobrevivência, das dificuldades de organização e expressão política, estas ações estão profundamente imbricadas com o surgimento dos Novos Movimentos Sociais e do Novo Sindicalismo. É neste contexto que os trabalhadores participam da elaboração de nova noção de cidadania, reassumem o movimento e a luta em torno das questões do trabalho, buscam formas autônomas de organização e de relação com as empresas e o Estado e, fundamentalmente, colocam-se como sujeitos sociais e políticos que estão construindo e realizando um projeto de sociedade.

Como foi visto no Capítulo 4, questões relativas à saúde estiveram presentes, com maior ou menor peso, ao longo de toda a história do movimento dos trabalhadores no Brasil: lutas pela redução da jornada de trabalho, pelas condições de trabalho das mulheres e crianças, férias, repouso semanal, indenização dos acidentados no trabalho, Seguridade Social, etc. Entretanto, pode-se considerar que as ações desenvolvidas por estes sindicatos da Grande-BH a partir dos anos 80 - e possivelmente também por outras entidades representativas dos trabalhadores em outras regiões do país - trazem elementos novos em relação à trajetória anterior.

Quais seriam estes elementos novos? Em primeiro lugar, eles agora **elegem a saúde como um objeto particular de suas ações**, delimitando-a como um campo específico de intervenção. Em segundo lugar, nomeiam a saúde **do Trabalhador**, explicitando as profundas relações entre a saúde e a forma como a sociedade se organiza - através do trabalho. Em terceiro lugar, **criam novos canais e instrumentos** de intervenção sobre a saúde e sobre o processo de trabalho, ou reapropriam-se dos já existentes, tornando público que **os trabalhadores têm o que dizer sobre sua saúde** e buscando **realizar projetos autônomos em torno dela**.

Estas ações sindicais em Saúde do Trabalhador podem ser consideradas como **expressão concreta de um momento do processo histórico de construção de uma cultura autônoma dos trabalhadores sobre o corpo, a saúde, o trabalho e suas relações**. Ambientes nocivos, condições perigosas,

dores, desgaste, doenças e acidentes - colocados no discurso hegemônico como naturais, inevitáveis e até mesmo necessários ao "progresso" - passam a ser questionados e caracterizados como problemas. Alterações de saúde, determinadas de forma mágica ou reducionista na fala patronal, passam a ser percebidas em sua relação com o trabalho. Eles pressionam o sindicato para incorporar a questão da saúde como objeto de suas ações, ao lado das questões econômicas que vêm ocupando grande parte do espaço de intervenção daquelas entidades. Dão-se conta das representações heterônomas sobre o corpo do trabalhador, que o reduzem à dimensão de força de trabalho e respondem: **"Não Somos Máquinas"**. Descobrem que a saúde, sob o capitalismo, é também mercadoria a ser consumida no processo de produção e se contrapõem: **"A Gente Não Quer Só Comida"**. Vislumbram a possibilidade de transformar o trabalho, tornando-o mais compatível com a saúde e mais humano.

Como se dá este processo de instituição de uma cultura e de uma prática autônomas? Dentro dos limites deste estudo, como será comentado mais adiante, é possível considerar que, por um lado, a afirmação do modo de produção capitalista instala **contradições** que se manifestam de forma grave, profunda e muito concreta, entre outros aspectos, na saúde-doença da classe trabalhadora.

Necessitando manter-se e reproduzir-se, o capital cria formas ideológicas que tentam ocultar estas contradições, explicando o processo saúde-doença em termos mágicos, ou reduzindo-o a um agente ou a um conjunto de fatores nocivos autonomizados das relações sociais - como os modelos unicausal e multicausal desenvolvidos pela ciência médica. Mais do que isto, cria valores que buscam sustentar e justificar as precárias condições de vida e de saúde que reserva aos trabalhadores, difundindo massivamente e impondo, até pela coerção, uma ética do trabalho e do sofrimento.

Mas, dialéticamente, é exatamente experimentando estas contradições do discurso e da prática capitalistas no cotidiano do trabalho e da vida social que **os homens e mulheres que trabalham** percebem-nas como tal. A partir da

vivência da negação da sua condição humana no trabalho e na sociedade por ele desenhada - na dor e na mutilação de seus corpos, na frustração de seus desejos e expectativas - estes sujeitos vão problematizando o real, definindo seus interesses, gestando novos projetos e engendrando novas ações.

Desta forma, as ações em saúde do trabalhador desenvolvidas pelos sindicatos estudados, inseridas num contexto de revitalização da sociedade civil e de construção do Novo Sindicalismo, podem ser consideradas como **um rico momento do processo de formação da classe trabalhadora, no qual se desvela novos problemas e se gesta a sua superação.**

Elas compõem, assim, um **movimento instituinte, que emerge da elaboração, pelos sujeitos sociais, das contradições vividas na sociedade capitalista no tocante à saúde.** Como tal, ele questiona as concepções e práticas de saúde instituídas heterônomamente e propõe alternativas a elas. À medida em que ganha força e se expande, constrói uma tensão dialética "entre o **já sido** e o **ainda-não no sendo**", possibilitando a emersão e atualização do novo (CURY,1987: 31). Abre, portanto, espaços para a criação de uma nova hegemonia.

É o caráter de movimento instituinte destas ações que permite compreender boa parte das dificuldades que elas enfrentam para sua expansão.

A nível da relação deste movimento com os demais atores políticos, defronta-se com a intransigência da maioria dos empresários no tocante ao controle do processo de trabalho e com a violência das relações econômicas vigentes no país. Enfrenta também o peso do capital sobre o Estado, expresso na definição das políticas sociais, no desempenho das instituições públicas, na formulação e aplicação da legislação. Esforçam-se para competir com o poder de difusão da cultura hegemônica.

Mas também a nível interno do movimento há problemas para a instituição de uma abordagem autônoma da saúde, na medida em que os trabalhadores estão inseridos naquele contexto econômico, social e cultural. Entre os

trabalhadores, há o medo e a desinformação. Há a contingência da defesa permanente e árdua do emprego e do salário. Há a polarização entre a "luta econômica" e a "luta por saúde". Há a introjeção de representações heterônomas do corpo, da saúde, do trabalho. Algumas vezes os trabalhadores são vistos por seus próprios representantes como produtores e como massa, ou o Estado é compreendido como espaço exclusivo do capital, segundo prescrevem as elites dominantes. Há, por parte de alguns dirigentes, a visão instrumentalista da saúde e das organizações de base, voltada mais para sua utilização "política" que para seu significado substantivo. Há o corporativismo, que dificulta o visualizar-se e organizar-se como classe.

Estes problemas internos ao movimento sugerem que o processo de emergência e de instituição de novas concepções e de novas práticas não é simples, nem linear, nem destituído de conflitos. Ele porta **ambiguidades**.

Nesta perspectiva compreende-se a possibilidade de encontrar, num mesmo indivíduo ou num mesmo grupo de trabalhadores, representações heterônomas e autônomas convivendo e se revezando na ordenação da ação destes sujeitos. **O Novo não nasce puro e destilado. Ele emerge do Velho, dele conserva algumas partes, de outras se reapropria num sentido transformado, com outras esforça-se por romper radicalmente, a ele acrescenta elementos radicalmente novos.** As ambiguidades da cultura dos trabalhadores significam exatamente que ali não há mais só o Velho, que ele está em tensão com o Novo que quer se instituir.

Por suas características de movimento instituinte, que tem que disputar também com a força do instituído, é que o lugar das ações em defesa da saúde no movimento dos trabalhadores não é ainda definido. Sua relevância é compreendida de forma diferente por trabalhadores e dirigentes de uma mesma categoria. Trata-se de um espaço polarizado, com expansões e retrações, avanços e recuos.

As ações sindicais em Saúde do Trabalhador atingem um número restrito de sindicatos na Grande-BH, embora este universo tenha se ampliado desde o início da pesquisa (1989) até agora. Sua expansão está diretamente

relacionada à força que o Novo for conseguindo reunir para se instituir, refletindo "a união e a tensão da sociedade instituinte e da sociedade instituída, da história feita e da história se fazendo" (CASTORIADIS, 1982:130- 131).

Implicações para a pesquisa

"... a cabeça da gente é uma só, e as coisas que há e que estão para haver são demais de muitas, muito maiores diferentes, e a gente tem de necessitar de aumentar a cabeça para o total. Vivendo se aprende; mas o que se aprende, mais, é só a fazer outras maiores perguntas." (Guimarães Rosa)

O presente estudo possibilitou registrar aspectos das ações sindicais em Saúde do Trabalhador em desenvolvimento na Grande-BH a partir dos anos 80 e esboçar os elementos constitutivos de um movimento instituinte.

Ele aponta para a importância de novas pesquisas que tomem como objeto **as iniciativas dos trabalhadores no campo da saúde**, buscando uma compreensão mais ampliada deste fenômeno emergente, para devolver aos trabalhadores possíveis "retratos" de suas práticas e, assim, trazer subsídios para o seu avanço. Isto porque

"não podemos começar a compreender algo sobre o proletariado e sua história enquanto não considerarmos, em primeiro lugar, as significações novas que emergem na e através da atividade dessa categoria social." (CASTORIADIS, 1985:54)

Em novas pesquisas, podem ser superados alguns limites que se impuseram a esta. é que, metodologicamente, optou-se por ouvir **dirigentes sindicais** e, portanto, obteve-se a sua visão do objeto. Mas, por uma série de

motivos percebidos durante a análise de suas falas, pareceu necessário **conhecer também a visão dos trabalhadores que estão no cotidiano do trabalho nas empresas**. Como eles vêm o ambiente em que trabalham? Fazem relações entre as condições de trabalho e sua saúde? Quando, como e por quê aceitam ou resistem à expoliação da saúde no trabalho? Como lidam com o medo? Em que situações deslocam as estratégias defensivas de negação do risco que às vezes constróem? Como colocam a questão econômica e a da saúde? Qual o peso da história de cada indivíduo no delineamento de suas ações no campo da saúde? E o da família? Como esta recebe os impactos das condições de trabalho e de saúde? Como percebem o discurso e a prática patronais sobre a saúde no trabalho? E os sindicais? Em resumo, **como os trabalhadores "da base" representam o corpo, a saúde, o trabalho e suas relações?**

Há uma outra questão não contemplada neste estudo e que pode ser veio fértil para novas investigações. Trata-se do aprofundamento da **relação entre os processos de trabalho particulares a cada grupo de trabalhadores e as ações sindicais em saúde**, já que "as condições de produção têm um papel crucial a desempenhar no processo de organização da classe trabalhadora, na sua diferenciação interna e na sua estratégia de luta" (ERBER, 1982:VI).

No tocante ao processo de emersão, instituição e expansão de ações autônomas no campo da saúde, apesar dos elementos recolhidos, permanecem ainda muitas perguntas.

Foi visto que, entre os sindicatos estudados, às ações sindicais em saúde subjaz um processo de desvelamento e crítica das representações sociais sobre corpo, saúde e trabalho difundidas pela cultura hegemônica e de criação de representações autônomas. Tal processo ganha corpo a partir da vivência das contradições inerentes ao trabalho e à sociedade capitalistas, as quais são elaboradas pelos sujeitos sociais.

Mas, há fatores que facilitam este processo? Qual o peso sobre ele, por exemplo, de um acidente do trabalho ou de uma doença profissional, a nível do trabalhador vitimado e de seus colegas de trabalho? Que papel os profissionais

de saúde têm desempenhado nestes momentos da vida dos trabalhadores? Em que medida a informação e a formação influem no curso deste processo? Qual o significado, para ele, das questões afetivas e de gênero? Por quê categorias profissionais que vivem realidades tão agudas em termos da relação saúde-trabalho, ainda não incorporaram, entre as ações sindicais, a defesa da saúde?

Apontou-se também a inserção das ações sindicais em saúde do trabalhador no contexto de surgimento dos Novos Movimentos Sociais e do Novo Sindicalismo e seu profundo imbricamento. Mas seria interessante **verificar o papel desempenhado sobre estas ações pelas mudanças culturais gestadas e difundidas ao longo dos anos 60 e 70 a nível mundial**. Que representações de corpo, de saúde, de projeto de vida e de sociedade, de felicidade foram construídas? Em que medida elas chegaram aos trabalhadores? Como eles se apropriaram delas?

Em resumo, **quais são as mediações que, a partir da vivência das contradições do trabalho sob o capital, facilitam ou obstaculizam o desencadeamento, pelos sujeitos sociais, de ações transformadoras e autônomas no campo da saúde?**

Implicações para uma pedagogia de formação de trabalhadores no campo da saúde

"O senhor...Mire veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas - mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. é o que a vida me ensinou. Isso que me alegra, montão." (Guimarães Rosa)

Antes de sistematizar os subsídios trazidos por este estudo para uma proposta pedagógica no campo da saúde, convém situar, ainda que sucintamente, o papel que se atribui à formação, enquanto atividade organizada e intencional, no processo de auto-construção da classe trabalhadora.

Numa de suas facetas, a história pode ser vista como "o processo de construção de sujeitos autônomos" (CASTORIADIS, 1982:124), a partir de suas condições concretas de existência e do desvendamento das contradições nelas presentes. Nele, os indivíduos descobrem uma identidade coletiva, organizam-se em torno de interesses comuns, agem sobre o real e, assim, se formam (GOMEZ, 1987:53-56).

As atividades de formação podem ter também um papel neste processo de construção autônoma de sujeitos, se elas conseguem constituir-se como espaço de reflexão, no qual se articulam descobertas e se produzem novos conhecimentos, conduzindo a novas práticas.

Daí a importância de pedagogias que, inseridas na práxis, comprometam-se a participar

"...da criação de sujeitos capazes de pensar, fazer e criar com autonomia indivíduos, comunidades, grupos sociais, povos; capazes de maximizar a utilização de seus potenciais e recursos físicos e humanos de forma solidária nas relações sociais e harmônica na relação com a natureza; capazes de auto-governar-se..." (ARRUDA, 1987:71)

Nesta perspectiva, a análise e reflexão em torno do objeto deste estudo tem permitido apreender alguns elementos para uma proposta pedagógica, os quais podem contribuir para as atividades educativas realizadas pelo Serviço de Doenças Profissionais do Hospital das Clínicas da UFMG. Tais elementos têm sido enriquecidos pela oportunidade de discutí-los e experienciá-los junto à equipe multidisciplinar responsável pelas atividades de formação em Processo de Trabalho e Saúde na Escola Sindical 7 de Outubro e junto a trabalhadores. Sem perder de vista a necessária adequação das atividades de formação às características e especificidades de cada espaço institucional em que se

inserem, estes subsídios podem também contribuir para o desenvolvimento de trabalhos neste campo em outras entidades.

A possibilidade de visualizar, ainda que sob o ângulo específico e restrito deste estudo, o movimento vivo de um segmento da classe trabalhadora, consolidou algumas idéias - apoiadas nos pensadores adotados como referência - que se colocam como premissas para uma proposta pedagógica.

A primeira delas é que os trabalhadores não são uma "tabula rasa". Eles têm suas experiências, suas representações, seu saber sobre a saúde, o corpo e o trabalho. **As atividades de formação devem partir da consideração deste universo cultural dos trabalhadores.** Só assim é possível, para os formadores, "pegar o mesmo trem" e caminhar junto com estes sujeitos no processo pedagógico. Ignorar ou desconhecer este ponto de partida pode implicar em práticas pedagógicas doutrinárias, autoritárias ou descoladas da realidade dos trabalhadores.

A segunda premissa advém da compreensão de que a classe trabalhadora não é uma categoria pré-definida, que está posta a partir do momento em que se estabelece a atividade econômica ou em que se contam milhões de trabalhadores assalariados. **Ela se forma, se constrói, se faz, a partir do concreto vivido mediado pela ação dos sujeitos.** Os problemas de saúde fazem parte deste concreto vivido e, por serem expressão, no corpo dos indivíduos, de contradições sociais, podem ser questões férteis no processo de construção destes sujeitos. À medida em que se debatem com estas e outras contradições, é que vão construindo sua identidade de classe e vão desenhando seu projeto de sociedade: o devir não está determinado previamente.

A terceira premissa decorre da compreensão de que todo **este processo de construção dos trabalhadores enquanto classe se dá sob a hegemonia do capital e por isso contém contradições, que se expressam na forma de ambiguidades.** Velho e novo estão misturados em sua cultura. Há a introjeção de valores e normas heterônomos mas há também a gestação do autônomo.

Os passos rumo à autonomia são dados de forma processual, sobre um terreno de poder e envolvendo a integralidade da pessoa.

Tais premissas trazem várias implicações para a forma e o conteúdo das atividades de formação no campo da saúde.

Do ponto de vista **metodológico**, alguns aspectos devem ser apontados: a necessidade do interesse e da acuidade do formador para conhecer e compreender o universo do Outro; o estabelecimento de relações democráticas entre trabalhadores e formadores, desmitificando, no concreto, o lugar de "quem sabe" e de "quem não sabe" - particularmente em relação aos médicos; a participação de representantes dos trabalhadores na preparação das atividades educativas, permitindo identificar o contexto em que estão inseridos e como elas devem ser desenvolvidas; a elaboração de programas de reuniões, cursos ou seminários que abram espaço para a expressão dos trabalhadores; a preparação de dinâmicas e técnicas que facilitem esta expressão; o cuidado na definição da linguagem e das demais formas de comunicação que serão adotadas; a realização constante de avaliações das atividades junto com os trabalhadores, etc.

Quanto ao **conteúdo**, o estudo aponta algumas questões que devem ser abordadas, de maneira necessariamente articulada à forma, por serem fulcro de dificuldades e também de possíveis avanços.

A primeira delas refere-se às **representações sobre saúde**. A formação deve possibilitar aos trabalhadores explicitarem suas representações e admirá-las. Verificarem os conteúdos simbólicos e imaginários que povoam seu universo cultural no campo da saúde e identificarem aqueles que foram inculcados pela cultura dominante e que eles estão reproduzindo. Compreenderem o seu significado, sua lógica no concreto de suas relações com o capital e seus reflexos sobre a saúde. Fazerem a sua crítica. Mas perceber também as representações autônomas que, ainda que tímidamente, gestam dentro de si. Fazer o esforço de dizer que saúde querem, qual o seu projeto para o trabalho. Discutir, em suma, o que é saúde para o patrão e qual a saúde que interessa aos trabalhadores, possibilitando que eles **identifiquem**,

em sua cultura, o heterônomo e o autônomo, fazendo a crítica ao primeiro e avançando na elaboração do segundo.

O segundo tema diz respeito às **representações sobre o trabalho**. De forma análoga à proposta para abordar a questão da saúde, pode ser explicitada a representação difundida pela cultura hegemônica sobre o trabalho. No confronto com a experiência vivida pelos trabalhadores, pode-se analisar as suas contradições, buscando recuperar a positividade e o sentido do Trabalho Humano que interessa à classe trabalhadora.

Dentro deste eixo cabe ainda abordar a História do Trabalho. Com o auxílio de alguns elementos teóricos, pode-se somar o conhecimento às vezes fragmentado que os trabalhadores detêm - reflexo da alienação produzida e cultivada no trabalho sob o capital - e reconstruir, coletivamente, a base técnica- material e a organização do trabalho no processo produtivo em que estão inseridos. Esta reconstrução, somada ao conhecimento acumulado sobre a **história do processo de trabalho**, permite situar o concreto vivido no contexto mais amplo das relações entre capital e trabalho. Ela possibilita a identificação de estratégias de dominação, exploração e resistência que, articuladas em planos mais gerais, expressam-se em cada situação específica. Mais do que isto, ela possibilita aos trabalhadores sentir que a realidade não está definitivamente posta, que ela foi construída pelos homens em relação e pode, portanto, ser transformada; compreender a correlação de forças que está em jogo e situar-se dentro dela.

Uma terceira questão a ser abordada nas atividades de formação, ainda relacionada às ambiguidades de uma cultura dos trabalhadores sobre a saúde, é exatamente o aprofundamento da compreensão das **relações entre a saúde e o trabalho**, no sentido de desvelar seu caráter coletivo e social. Partindo do depoimento dos trabalhadores sobre como sentem seu corpo no trabalho, é possível identificar os riscos à saúde presentes em cada processo de trabalho, sejam eles "palpáveis" - como o ruído, o calor, a poeira, a fumaça - ou não - como a repetitividade, a monotonia, a imposição de tempos e métodos, o controle. Pode-se desvelar também como este trabalho pula o muro da empresa e interfere no meio-ambiente e nas relações entre os homens,

organizando a vida social de forma muitas vezes nociva à saúde em sua acepção mais plena.

A relevância das discussões sobre as representações de saúde, de trabalho e das relações entre eles pode ser ilustrada pelas frases que se seguem, construídas por trabalhadores do petróleo, como síntese de um momento do Seminário de Saúde da categoria, realizado na Escola Sindical 7 de Outubro em novembro de 1991:

"O trabalho pode ser a ação realizadora do homem, mas não tem sido. A saúde pode ser a condição para isto, mas não tem sido."

"A vida não é uma linha reta e a saúde é uma força que pode mudar a realidade, sendo que o trabalho humano é determinante nesse processo."

Nesta reflexão sobre as relações entre a saúde e o trabalho deve ter lugar o **acesso dos trabalhadores às informações acumuladas pela ciência sobre o corpo, a saúde e as doenças**. Elas podem subsidiar o processo de crítica às visões tradicionais sobre a causalidade das doenças, as quais muitas vezes ocultam em paradigmas mágico-religiosos, uniausais ou ambientalistas o real papel do trabalho no desenho do perfil de saúde-doença dos grupos humanos. Estas informações podem ainda facilitar aos trabalhadores enxergarem as pontes entre as alterações de saúde percebidas em seus corpos e os riscos presentes nas atividades produtivas que exercem, desvelando, em sua concretude, o impacto do trabalho sobre a saúde. Além disto - o que é fundamental - podem apontar a possibilidade de transformar o trabalho, tornando-o compatível com a saúde dos homens e mulheres.

Há, entretanto, alguns aspectos a considerar no tocante à socialização da informação. O primeiro deles diz respeito ao entendimento da insuficiência quantitativa e qualitativa do saber científico acumulado neste campo,

comentada no Cap.5, que remete à importância de uma visão crítica dele e de uma perspectiva constante de construção do saber que interessa aos trabalhadores, junto com eles e a partir de sua experiência.

O segundo aspecto é reflexo, no plano metodológico, do primeiro: refere-se à forma de socializar estas informações. Ela pode ensinar que há um saber pronto e definitivamente verdadeiro, complicado e pouco acessível, dominado por ilustres especialistas. Ou pode partir da experiência dos que perguntam, mostrar os caminhos de acesso à informação, estimular uma apropriação crítica dela e a criação de novo saber.

Outro aspecto é a consideração do contexto em que o interesse pela informação surge, lembrando sempre que, particularmente no tocante a riscos e doenças ocupacionais, vai-se estar falando da vida-saúde-morte de pessoas. Como foi visto no Cap. 2, os indivíduos e grupos constroem estratégias defensivas que muitas vezes levam à negação dos riscos e dos danos à saúde presentes em seu cotidiano. Dependendo da forma como a informação for fornecida, pode reforçar ou até mesmo desencadear medos e fobias que imobilizam ou trazem impactos altamente negativos. Daí a necessária atenção para perceber o contexto vivido pelo trabalhador ou pelo grupo e no qual vai se inserir a informação. Daí também a importância de **facilitar aos trabalhadores o acesso a informações completas, que lhes permitam conhecer os perigos e suas mediações, possibilitando-lhes deslocar o medo para ações eficazes de auto-defesa.**

Os elementos reunidos no estudo do processo de trabalho a que está ligado cada grupo de trabalhadores, dos riscos e dos danos à saúde nele detectados, pode resultar no desenho de um painel que facilite a visualização do conjunto dos problemas (16).

Um último bloco temático diz respeito à **metodologia de intervenção dos trabalhadores sobre a saúde no trabalho.** Embora a formação seja entendida como espaço de reflexão e não de organização, ela pode subsidiar os trabalhadores e suas entidades representativas para a preparação da ação, através da discussão sistemática de metodologias de intervenção.

Isto pode supor a **recuperação da trajetória histórica cumprida pelos trabalhadores em defesa da saúde**, no Brasil e em outros países, visualizando os caminhos já construídos e as perspectivas de continuidade.

Pode incluir também a **troca de experiências** entre os diversos segmentos do movimento sindical, detectando as formas de resposta aos desafios atuais que estão sendo gestadas e que podem se instituir.

(16) Esta técnica deriva da que foi desenvolvida por trabalhadores e técnicos italianos nos anos 60 e 70 - o Mapa de Riscos - como instrumento da intervenção sindical sobre as condições de saúde no trabalho. Ela vem sendo utilizada e adaptada por várias entidades ligadas ao movimento sindical no Brasil e pode ser mais um instrumento de divulgação, discussão e organização dos trabalhadores nos locais de trabalho.

Pode, ainda, trazer **subsídios técnicos para o planejamento das ações**, já que uma das dificuldades apontadas pelos dirigentes é a "falta de estratégia". Assim, as atividades de formação podem auxiliar estes trabalhadores e dirigentes a traçar um diagnóstico ampliado do quadro sobre o qual desejam intervir, eleger problemas prioritários e pontos estratégicos para a ação, definir metas e recursos, traçar formas de avaliação, etc.

Portanto, a formação dos trabalhadores no campo da saúde pode constituir-se em espaço facilitador da construção de sujeitos autônomos, na medida em que possibilitar a expressão e elaboração das representações sobre saúde e trabalho que estão sendo gestadas a partir de suas experiências concretas; na medida em que possibilitar a compreensão do processo de trabalho em que estão inseridos e de suas relações com a saúde, numa perspectiva histórica; na medida em que possibilitar o acesso crítico ao conhecimento acumulado e estimular a produção de novo saber; na medida em que trazer subsídios para a ação transformadora do trabalho e da saúde.

São estes sujeitos que, recusando a identidade mecânica - "Não Somos Máquinas" - querendo saúde, tornarão as condições de trabalho neste país menos indignas e menos indignantes, à vista de um trabalho emancipado da exploração.

SUMMARY

We studied the actions in defence of health carried out by eight labor unions located in Belo Horizonte and surroundings: Metallurgists from Betim, Metallurgists from Belo Horizonte and Contagem, Plastic, Eletricians, Bankers, Airmen, Data Processing and Telecommunication. We intended to know these actions by analysing the contents of semi-structured interviews with union leaders as well as the data of collective agreements of these professional groups, aiming at gathering subsidies for a pedagogy of health defence among workers. These actions were noticed to have emerged in the 70s. They expanded along 80s, placed in the context of the appearance of New Social Movements and, particularly, of the New Syndicalism. Such actions are characterized by the critics to the protectionist model of health approach and by the construction of a new approach. According to it, health is understood in its relations with work and in its social and historic dimension. Therefore, new ways

of health defence were created and already existing canals and instruments of intervention on the work process were reappropriated. These union actions in health are underlined by a process of transformation of social representations about body, health, work and worker, in which those who conduct them slowly break up with the hegemonic culture. Thus they compose a movement which emerges from the elaboration made by the social subjects of the contradictions concerning health that the capitalist society experiences. The expansion of these actions on workers' health runs against employers' authoritarianism, in the limited political space for the workers' interests in the State, in the urgency of survival defence, in the union legislation and in the introjection by workers and their representatives, of heteronomic representations spread by the hegemonic culture. Inserted in such context, the activities of formation in health focusing on workers may contribute in this process, as they meet methods that enhance an autonomous culture of the working class.

ANEXO 1

ANEXO 2

- Há quanto tempo o sindicato desenvolve ações na área de Saúde do Trabalhador?
- Por quê iniciou-se o trabalho?
- Como ele se desenvolveu?
- Quais são os canais/instrumentos de ação adotados?
- Como o sindicato se estrutura para intervir sobre a questão da saúde?
- Como a categoria tem reagido a estas iniciativas?
- Há assessores técnicos? Quais são as suas atribuições?

- O sindicato publica matérias sobre o tema em seus instrumentos de divulgação?
- Quais as fontes de informação acessíveis à entidade?
- O sindicato presta serviços médico-odontológicos à categoria? Quais? Como vê esta atividade?
- Como o sindicato se relaciona com as instituições públicas responsáveis pela atenção à saúde?
- Quais as dificuldades encontradas no desenvolvimento das ações em Saúde do Trabalhador?
- Quais as metas e estratégias do sindicato no tocante à saúde?
- Existe alguma instância extra-sindicato de base de articulação das ações no campo da saúde?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRIC, J.C.. "L'étude Expérimentale des Representations Sociales" In: JODELET,D..(org.) **Représentations Sociales: Un Domaine en Expansion**. Paris: PUF, 1987. p.41-81
- ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares. "Difícil Caminho: Sindicatos e Política na Construção da Democracia". In: REIS, Fábio Wanderlei e O'DONNELL,G. (org.). **A Democracia no Brasil - Dilemas e Perspectivas**. São Paulo: Vértice, 1988. p. 327-367.
- ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares. "O Novo Sindicalismo Brasileiro entre a Conservação e a Mudança" In: ---. e SORJ, B. (org.). **Sociedade e Política no Brasil Pós-64.2 ed.** São Paulo: Brasiliense, 1984. p.191- 214.

ALVIM, M.C.F. **Natureza Humana e o Conteúdo do Trabalho** - um estudo sobre a crítica ao projeto da Escola Profissionalizante de segundo grau - 1971. São Carlos, UFSC. Dissertação (Mestre em Educação). Faculdade de Educação, Universidade Federal de São Carlos, 1986.

ANTUNES, Ricardo. **A rebeldia do Trabalho: o confronto operário no ABC paulista**. São Paulo: Ensaio, Campinas: UNICAMP, 1988

ANTUNES, Ricardo. **Classe Operária, Sindicatos e Partido no Brasil: Um Estudo Sobre a Consciência de Classe, da Revolução de 30 até a Aliança Nacional Libertadora**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1988

ARRUDA, Marcos. A Articulação Trabalho-Educação Visando uma Democracia Integral. In: GOMEZ, Carlos Minayo et al. **Trabalho e Conhecimento - Dilemas na Educação do Trabalhador**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1987. p. 61-74.

ASSUNÇÃO, Ada Ávila; DIAS, Elizabeth Costa; RIGOTTO, Raquel Maria. "Doenças e Trabalho: que fazer?" Belo Horizonte, Faculdade de Medicina da UFMG, 1991.(mimeogr.)

BARATA, Rita de Castro. A Historicidade do Conceito de Causa. São Paulo, s.d. (mimeogr.)

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979

BERMAN, Marshal. **Tudo que é Sólido Desmancha no Ar - A Aventura da Modernidade**. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 1987

BOLTANSKI, Luc. **As Classes Sociais e o Corpo**. 2. ed.. Rio de Janeiro: Graal, 1984

BORNHEIM, G.A. **Introdução ao Filosofar**. Rio de Janeiro: Globo, 1983

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é Educação. 6.ed.**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

BRANT, Vinícius Caldeira (coord.). **São Paulo - Trabalhar e Viver**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. VIII Conferência Nacional de Saúde - Relatório Final. Brasília, 1986. (mimeogr.)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores - Relatório Final. Brasília, 1986. (mimeogr.)

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e Capital Monopolista - A Degradação do Trabalho no Século XX. 3.ed.**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987

BREILH, Jaime. **Epidemiologia: Medicina, Economia e Política**. México: Fontamara, 1986

BRESCIANI, Maria Stela. Prefácio. In: MARONI, Amnéris. **A Estratégia da Recusa - Análise das Greves de Maio/78**. São Paulo: Brasiliense, 1982. p. 9-14.

BRIGHTON LABOUR PROCESS GROUP. O Processo de Trabalho Capitalista. In: SILVA, Tomaz Tadeu (org.). **Trabalho, Educação e Prática Social**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p. 15-43

CANESQUI, Ana Maria; QUEIROZ, M.C.. Famílias trabalhadoras e representações sobre saúde, doença e aspectos institucionais da Medicina "Oficial" e "Popular". **Núcleo de Estudos de Políticas Públicas - Cadernos de Pesquisa n. 7**. Campinas: UNICAMP, s.d.

- CARDOSO, Ruth. "Aventuras de Antropólogos em Campo ou Como Escapar das Armadilhas do Método" In: CARDOSO,R.(org.). **A Aventura Antropológica**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.p.95-105
- CARVALHO, José Murilo. **Os Bestializados - O Rio de Janeiro e a República Que Não Foi**. São Paulo: Companhia das Letras, 1987
- CARVALHO, Ricardo Augusto. "A Subjetividade e a Organização do Trabalho - Notas de um Estudo de Caso em Processamento de Dados". Departamento de Psicologia da UFMG, 1990. (mimeogr.)
- CASTORIADIS, Cornelius. Introdução: A Questão da História do Movimento Operário. In: ---. **A Experiência do Movimento Operário**. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 11-78
- CASTORIADIS, C.. "Teoria e Projeto Revolucionário. In: **A Instituição Imaginária da Sociedade.2. ed.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. p. 89-137
- CASTRO, M.S.P. "Dez Anos de Trajetória - Novo Sindicalismo Brasileiro - Desafios a Vencer". **Cadernos da CUT - Organização Sindical e Negociação Coletiva**. São Paulo, 1989.
- CHAUÍ, Marilena. **Conformismo e Resistência - Aspectos da Cultura Popular no Brasil. 2. ed.** São Paulo: Brasiliense, 1987.
- COSTA,D.F.; CARMO,J.C.; SETTIMI,M.M.; SANTOS,U.P..**Programa de Saúde dos Trabalhadores - A Experiência da Zona Norte: Uma Alternativa em Saúde Pública**. São Paulo: Hucitec, 1989
- COSTA, Nilson do Rosário. **Lutas Urbanas e Controle Sanitário - Origem das Políticas de Saúde no Brasil. 2. ed.** Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986

COUTINHO, Carlos Nelson. Representação de Interesses, Formulação de Políticas e Hegemonia. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). **Reforma Sanitária: Em Busca de Uma Teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989. p. 47-60

CURY, Carlos Roberto Jamil. "A Nova Ordem Constitucional e a Assistência Social". In: DEPARTAMENTO TÉCNICO-PEDAGÓGICO - DIVISÃO DE PRODUÇÃO DE MATERIAIS E PUBLICAÇÕES (org.). **Política de Assistência ao Estudante; Ambição e Impasses**. Belo Horizonte: FAE, IRHJP, 1988.

CURY, Carlos Roberto Jamil. **Educação e Contradição: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo**. São Paulo: Cortez, 1987

DA COSTA, Iraci del Nero. "Análise da Morbidade nas Gerais (Vila Rica, 1799-1801)". **Revista de História** no. 107, São Paulo, apud SOMARRIBA, Maria das Mercês G. Medicina no Escravismo Colonial. **Textos de Sociologia e Antropologia**. Belo Horizonte, Depto. de Sociologia da UFMG, out./84.

DEAN, W. **A Industrialização de São Paulo (1888-1945)**. São Paulo: Difusão Européia do Livro/Ed. Universidade de São Paulo, 1971

DEJOURS, Cristophe. **A Loucura do Trabalho**. São Paulo: Oboré, 1987

DEJOURS, Cristophe. "Por um Novo Conceito de Saúde". **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, 1986.

DE LA CRUZ, R. "Os Novos Movimentos Sociais: Encontros e Desencontros com a Democracia". In: SCHERER-WARREN, Ilse e KRISCHKE, Paulo (org.). **Uma Revolução no Cotidiano?** São Paulo: Brasiliense, 1987. p. 86-101

DELEULE, D.; GUERY, F.. **El Cuerpo Productivo - Teoria del Cuerpo en el Modo de Produccion Capitalista**. Argentina: Tiempo Contemporaneo, 1975

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTUDOS E PESQUISAS DE SAÚDE E DOS AMBIENTES DE TRABALHO. **Insalubridade: Morte Lenta no Trabalho**. São Paulo: Oboré, 1989

DURKHEIM, Emile." As Formas Elementares da Vida Religiosa". In: OS PENSADORES. São Paulo: Abril Cultural, 1974, v.33. p. 507-547

ERBER, Fabio Stefano. A Importância do Estudo do Processo de Trabalho - Uma Introdução. In: TRONTI et al. **Processo de Trabalho e Estratégias de Classe**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. p.I-IX.

ERIKSON, Erik. Verbete "Identidade Psicossocial". In: SILLIS, David L. (dir). **Enciclopédia Internacional de Ciencias Sociales**. Madrid: Aguilar, 1974, v.5. p.586-591

ERICKSON, P. **Labor in the Political Process in Brazil: Corporativism in Modernizing Nation**. Ann Arbor, University Microfilms, 1971 apud FALEIROS, Vicente de Paula. **A Política Social do Estado Capitalista - As Funções da Previdência e da Assistência Sociais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1983

ESCOLA SINDICAL 7 DE OUTUBRO. A Construção da CUT: Desafios Atuais. Belo Horizonte, s.d. (mimeogr.)

ESCOLA SINDICAL 7 DE OUTUBRO. Bases Para o Programa Nacional de Formação em Negociação Coletiva. Belo Horizonte, jul. 1991. (mimeogr.)

FACCHINI, Luís Augusto. "Por quê a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise". Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 1991. (mimeogr.)

FALEIROS, Vicente de Paula. **A Política Social do Estado Capitalista - As Funções da Previdência e da Assistência Sociais. 3. ed.**. São Paulo: Cortez, 1983

FERREIRA, Cândido Guerra. Processo de Trabalho e Relação Salarial: Um Marco Teórico-Analítico para o Estudo das Formas Capitalistas de Produção Industrial. Belo Horizonte, CEDEPLAR/UFMG, out. 1987. (mimeogr.)

FLEURY, Antonio e VARGAS, Nilton. **Organização do Trabalho: uma abordagem interdisciplinar.** São Paulo: Atlas, 1983

FREUD, Sigmond. "O Mal Estar na Civilização" In: ---. **Obras Completas.** Rio de Janeiro: Standard, 1976. Vol 21, p.135-170

FRIGOTTO, Gaudêncio. Trabalho, Conhecimento, Consciência e a Educação do Trabalhador: impasses teóricos e práticos. In: GOMEZ, Carlos Minayo et al. **Trabalho e Conhecimento: dilemas na educação do trabalhador.** São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1987, p. 13-26.

FUNDACENTRO. **Boletim Estatístico de Acidentes do trabalho.** São Paulo: FUNDACENTRO, 1978-1989

GARCIA, J.C.. "La Categoría Trabajo en la Medicina". **Cuad. Med. Soc.** Rosario, 1983

GOMES, Angela Maria de Castro. **Burguesia e Trabalho: política e legislação social no Brasil, 1917-1937.** Rio de Janeiro: Campus, 1979

GOMEZ, Carlos Minayo. Processo de Trabalho e Processo de Conhecimento. In: Gomez, Carlos Minayo et al. **Trabalho e**

- conhecimento: dilemas na educação do trabalhador.** São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1987. p. 43-59.
- GORENDER, J. **O Escravismo Colonial. 2. ed.** São Paulo: Ática, 1978 apud SOMARRIBA, Maria das Mercês G. Medicina no Escravismo Colonial. **Textos de Sociologia e Antropologia.** Belo Horizonte, Departamento de Sociologia e Antropologia da UFMG, out/84
- HELLER, Agnes. **O Cotidiano e a História.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976
- HERZLICH, Claudine. "La Représentation Sociale". In: MOSCOVICI, Serge.(org.) **Introduction à la Psychologie Sociale.** Paris: Larousse, 1972. p. 303-325
- HIRATA, Helena. Transferência de Tecnologias de Gestão: O Caso dos Sistemas Participativos. In: SOARES, R. (org.). **Gestão da Empresa, Automação e Competitividade.** Brasília: IPEA/IPLAN, 1990.
- HORTA, Guilherme O.; ROCHA, Luís Antonio R.. "Avaliação da Intoxicação Profissional por Chumbo em Indústrias de Acumuladores Elétricos na Grande Belo Horizonte". **Rev. Bras. de Saúde Ocupacional.** São Paulo, v.15, n.60, p.6-12, 1987.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Anuário Estatístico do Brasil.** Rio de Janeiro: IBGE, 1970-1990
- JODELET, Denise (org). **Représentations Sociales: Un Domaine en Expansion,** Paris: PUF, 1987.
- KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto.2. ed.** Rio de Janeiro: Paz e Terra,1976

LAUAR, Elizabeth Costa Dias; RIGOTTO, Raquel Maria; PINHEIRO, Tarcísio M.; GONÇALVES, Francisco M.; JUNQUEIRA, Luís Carlos. "Implantação de Programa de Saúde Ocupacional no Ambulatório do Hospital das Clínicas da UFMG". **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 12, n. 48, p. 71-75, 1984.

LAURELL, Asa Cristina. "La Salud-enfermedad como proceso social". **Revista Latinoamericana de Salud**. México, n.2, p.7-25, 1982

LAURELL, Asa Cristina e NORIEGA, Mariano. **Processo de Produção e Saúde - Trabalho e Desgaste Operário**. São Paulo: Hucitec, 1989

LE VEN, Michel Marie. "A Experiência Operária e a Luta pela Autonomia". Belo Horizonte, Departamento de Ciência Política da UFMG, 1987. (mimeogr.)

LE VEN, Michel Marie. "Os Movimentos Populares em 1979 na Região da Grande- BH". **Cadernos - Movimentos Populares Urbanos**. Departamento de Ciência Política da UFMG, 1979.

LE VEN, Michel Marie. **Trabalho e Democracia: A Experiência dos Metalúrgicos Mineiros (1978-1984)**. São Paulo, 1988. Tese (Doutor em Ciência Política). Departamento de Ciência Política, Universidade de São Paulo, 1988.

LE VEN, Michel Marie. Trabalho e Formação. **Forma e Conteúdo - Revista da Secretaria Nacional de Formação da CUT**. São Paulo, n.4, p. 7-10, set. 1991.

LINHART, Robert. **Greve na Fábrica**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980

LOCKE, J.. "II Tratado sobre o Governo" In: OS PENSADORES. São Paulo: Abril Cultural, 1973, v.18, p.37-137

LUZ, Madel T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "Transição Democrática" - Anos 80. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991

MADEIRA, Margot. "Representações Sociais: pressupostos e implicações". João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 1990.(mimeogr.)

MAINWARING, Scott; VIOLA, Eduardo. "Novos Movimentos Sociais - Cultura Política e Democracia". In: SCHERER-WAREN, Ilse; KRISCHKE, Paulo. op.cit., p.102-190.

MARONI, Amnérís. **A Estratégia da Recusa - Análise das Greves de Maio/78** São Paulo: Brasiliense, 1982.

MARX, Karl. "Manuscritos Econômico-Filosóficos",1844. In: FROMM,Erich. **Conceito Marxista do Homem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Zahar,1983. p. 85-170.

MARX,Karl. **O Capital**. Rio de janeiro: Civilização Brasileira,1972

MENDES, René. **Doutrina e Prática da Integração da Saúde Ocupacional no Setor Saúde: Contribuição para a Definição de uma Política**. São Paulo, 1986. Tese (Livre-Docente em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1986.

MENDES, René. **Medicina do Trabalho - Doenças Profissionais**. São Paulo: Sarvier, 1981

MENDES, René. "Perfil de Morbi-Mortalidade dos Trabalhadores no Brasil". São Paulo, 1990 (mimeogr.)

MOISÉS, José Álvaro. **Lições de Liberdade e Opressão - O Novo Sindicalismo e a Política**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982

MOORE Jr., Barrington. **Injustiça: As Bases Sociais da Obediência e da Revolta**. São Paulo: Brasiliense, 1987

MOSCOVICI, Serge. "A Representação Social: um conceito perdido?" In: ---. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro:Zahar,1979. p.41-81

MURARO, Rose Marie. **Sexualidade da Mulher Brasileira - Corpo e Classe Social no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1983

NEVES, Magda de Almeida. Mudanças Tecnológicas e Organizacionais e os Impactos sobre o Trabalho e a Qualificação Profissional. São Paulo, VI Conferência Brasileira de Educação, set. 1991. (mimeogr.)

NUNES, Edson. "Carências Urbanas, Reivindicações Sociais e Valores Democráticos" In: **Sua Nova - Revista da Cultura Política**. São Paulo, n.17, p. 67-91, junho/89

ODDONE, Ivar et al. **Ambiente de Trabalho**. São Paulo: Hucitec, 1986

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. **(IM)Previdência Social - 60 Anos de História da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Informe sobre o manuseio de substâncias químicas nos locais de trabalho. Genebra: OIT, 1987.

PAOLI, Maria Célia. "Os Trabalhadores Urbanos na Fala dos Outros". In: LOPES, José Sérgio Leite (coord.). **Cultura e Identidade Operária**. Rio de Janeiro: Marco Zero/UFRJ, 1987, p. 53-101.

PELEGRINO, Hélio. "Pacto Edípico e Pacto Social". Pronunciamento feito no Teatro Ruth Escobar em 08.07.83, num debate sobre a peça Édipo-Rei, de Sófocles, após sua representação. (mimeogr.)

PIMENTA, Aparecida Lima; CAPISTRANO FILHO, Davi. **Saúde do Trabalhador**. São Paulo: Hucitec, 1988

PIMENTA, Solange Maria. **A Estratégia da Gestão: Fabricando Aço e Construindo Homens. O Caso da Companhia Siderúrgica Nacional**. Belo Horizonte, 1989. Dissertação (Mestre em Administração) Faculdade de Ciências Econômicas, UFMG, 1989.

POSSAS, Cristina. "Avaliação Atual do Sistema de Informações sobre Doenças e Acidentes do Trabalho no âmbito da Previdência Social Brasileira e Propostas para sua Reformulação". **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**. São Paulo, v.15, n.60, p. 43-67, 1987

POSSAS, Cristina. **Saúde e Trabalho - a crise da Previdência Social**. Rio de Janeiro: Graal, 1981

RAGO, Margareth. **Do Cabaré ao Lar - A Utopia da Cidade Disciplinar. Brasil 1890 - 1930**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985

RIBEIRO, Herval Pina; LACAZ, Francisco de Castro. **De que Adoecem e Morrem os Trabalhadores**. São Paulo: DIESAT/IMESP, 1984

ROCHA, Lys Esther; NUNES, Everardo Duarte. "A Intervenção do Estado nas Relações de Trabalho: 1930-45". São Paulo, 1991b (mimeogr.)

ROCHA, Lys Esther; NUNES, Everardo Duarte. "O Milagre Econômico e o Ressurgimento do Movimento Social: 1964-80". São Paulo, 1991d (mimeogr.)

ROCHA, Lys Esther; NUNES, Everardo Duarte. "Os Primórdios da Industrialização e a Reação dos Trabalhadores". São Paulo, 1991a (mimeogr.)

ROCHA, Lys Esther; NUNES, Everardo Duarte. "Tudo por um Brasil Grande: 1945-64". São Paulo, 1991c (mimeogr.)

ROCHA, Lys Esther. **Tenossinovite como Doença do Trabalho no Brasil: A Atuação dos Trabalhadores**. São Paulo, 1989. Dissertação (Mestre em Medicina Preventiva). Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1989.

ROCHA, Rubens Vinícius; ZUCHI, Pedro Sérgio; RIGOTTO, Raquel Maria; SOUZA, Paulo César. "Efeitos da Exposição a Inseticidas Organofosforados em Trabalhadores Urbanos". **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 15, n. 60, p. 13-23, 1987.

RODRIGUES, José Carlos. **Tabu do Corpo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983

SADER, Eder. **Quando Novos Personagens Entraram em Cena**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988

SADER, Eder e PAOLI, Maria Célia. "Sobre "Classes Populares" no Pensamento Sociológico Brasileiro" In: CARDOSO, Ruth (org.), op. cit., p.39-65

SAHLINS, M.. "A Utilidade e a Ordem Cultural" In: ---. **Cultura e Razão Prática**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979. p.226-244

SELIGMANN, Edith. "Crise Econômica, Trabalho e Saúde Mental". In: ANGERAMI-AMON, V.A.; SELIGMANN, E.; STEINER, M.H.; SILVA, M.C.. **Crise, Trabalho e Saúde Mental no Brasil**. São Paulo: Traço, 1986. p. 54-132

SILVA, Augusto Santos. "A Ruptura com o Senso Comum nas Ciências Sociais". In: ---; PINTO, J.M. (org.). **Metodologia das Ciências Sociais**. Porto: Afrontamento, 1987. p. 29-53

SINGER, Paul. "Reflexões sobre Inflação, Conflito Distributivo e Democracia". In: REIS, Fábio W.; O'DONNELL, G. (org.). **A Democracia no Brasil - Dilemas e Perspectivas**. São Paulo: Vértice, 1988. p. 91-135.

SPINK, Mary Jane Paris. "As Representações Sociais e sua Aplicação em Pesquisa na área de Saúde". Aula ministrada durante o II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e III Congresso de Saúde Pública. São Paulo, julho de 1989.(mimeogr.)

SOMARRIBA, Maria das Mercês G. Medicina no Escravismo Colonial. **Textos de Sociologia e Antropologia**. Belo Horizonte, Depto. de Sociologia e Antropologia da UFMG, out./84.

TAMBELLINI, Anamaria Testa. **Contribuição à Análise Epidemiológica dos Acidentes de Trânsito**. UNICAMP: 1976. Tese, (Doutora em Medicina Social). Faculdade de Medicina, UNICAMP, 1976

TELLES, Vera Silva. "Movimentos Sociais: Reflexões sobre a Experiência dos Anos 70". In: SCHERRER-WARREN, Ilse; KRISCHKE, Paulo (org.). **Uma Revolução no Cotidiano?**. São Paulo: Brasiliense, 1987. p.54-85

THIOLLENT, Michel J.M..**Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária. 5. ed.**. São Paulo: Polis,1987

THOMPSON, Edward P.. "La sociedad Inglesa del Siglo XVIII: Lucha de Clases sin Clases?" in ---. **Tradicón, Revuelta y Conciencia de Clase. 2. ed.**. Barcelona: Crítica, 1984. p. 13-61.

TILLY, Charles. **From Mobilization to Revolution**. Michigan: Addison Wesley Publishing Company, 1978

TRONTI, Mario; PANZIERI, Raniero; BOLOGNA, Sérgio; SOHN-RETHEL, Alfred; PALLOIX, Christian. **Processo de Trabalho e Estratégias de Classe**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982

VALENTE, Flávio. Saúde, Trabalho, Lazer, Prazer e Vida - A Questão Individual e o Coletivo. **Cadernos de Saúde Nutreção**. Santa Catarina, n.1, 1991

VARGAS, Nilton. Gênese e Difusão do Taylorismo no Brasil. **Ciências Sociais Hoje**. São Paulo: Cortez: ANPOCS, 1985. p. 155- 189