

Ano X — Nº 28
MAR/MAI 1990

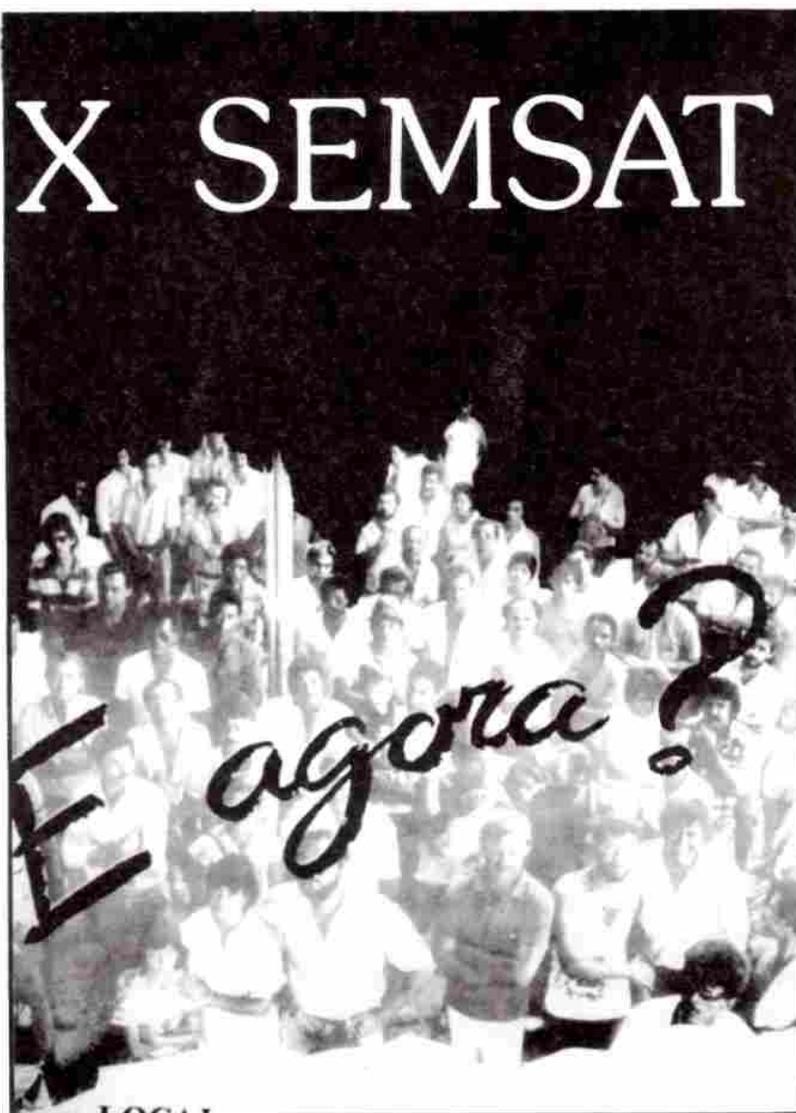


ISSN 0103233X

Informativo do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho

TRABALHO & SAÚDE

X SEMSAT



Cobertura
completa
PÁG. 5

Centro de Referência do ABCD

PÁG. 3

Violência no Mundo do Trabalho

PÁG. 4

Trabalho e Vadiagem

PÁG. 13

Governo Collor e Políticas de Saúde

PÁG. 16

NOTAS

CRIANÇAS I

Estudo norte-americano indica possibilidade 3,5 vezes maior de ocorrência de câncer no sistema nervoso de crianças cujos pais tenham trabalhado expostos a ondas eletromagnéticas de baixa frequência. Os trabalhadores de maior risco são os eletricitistas de construção civil e montadores e fabricantes de componentes eletrônicos.

CRIANÇAS II

Pesquisa realizada com 1.200 mulheres que trabalharam durante a gravidez nos Estados Unidos mostra probabilidade 3 vezes maior de partos prematuros nas trabalhadoras em atividades que envolvam permanência sentada por mais de três horas diárias que nas mulheres cujo trabalho envolva movimentação mais frequente do corpo.

SILICOSE

No Ceará e Piauí, a silicose matou 52 trabalhadores desde 1981. A maioria dos

AO LEITOR

O Plano Collor pegou o Diesat. A pouca verba disponível, toda comprometida com diversos projetos, ficou bloqueada no Banco Central, para resgate em setembro de 1991, muito tempo depois das horas de maior necessidade de dinheiro para o Diesat e para o movimento sindical que o mantém.

A recessão programada com o pacote de 15 de março deve ganhar força nos próximos meses, aumentando o desemprego, diminuindo salários, intensificando ritmos de trabalho, provocando acidentes e doenças em número ainda maior que o atual. A apreensão de diversos expositores presentes à X Semana de Saúde do Trabalhador (Semsat) converge para os riscos à saúde dos trabalhadores em época de recessão, agravada pela possível desunião sindical. O Diesat vai trabalhar dobrado para acompanhar os efeitos perversos da queda da atividade econômica sobre as condições de trabalho, mesmo com o sequestro de suas reservas.

A retenção do dinheiro refletiu-se na organização da Semsat. Expositores cancelaram sua participação e representantes do próprio Diesat ficaram impedidos de participar. As alterações da programação não tiraram da X Semsat a capacidade de registrar as preocupações de sindicalistas e técnicos de diversas regiões brasileiras com as consequências da estratégia de combate à inflação adotada pelo novo governo, desligada de qualquer preocupação social.

Este número de Trabalho & Saúde traz cobertura completa da X Semsat. Apesar dos problemas, a revista continuará saindo, com tiragem e linha editorial mantidas.

Nesta edição há a segunda parte do artigo escrito por pesquisadores do Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo sobre "A violência do mundo do trabalho". Prossegue a série sobre Programas de Saúde do Trabalhador, com a apresentação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do ABCD.

casos ocorreu com operários em escavação de poços para fornecimento de água. Há outros 188 trabalhadores com silicose diagnosticada.

JORNADA

Na Inglaterra, os metalúrgicos têm conseguido reduzir a jornada de trabalho a 37 horas semanais. Trabalhadores na fabricante de aviões British Aerospace conseguiram a redução da semana de trabalho após quatro meses de greve. Na Alemanha, os metalúrgicos conquistaram redução gradual de sua jornada semanal a 35 horas até 1994.

GARIMPOS I

Os garimpos instalados nas reservas dos índios Ianomamis causaram, em menos de três anos, a morte de 15% de sua população e o adoecimento de perto de 80%, com doenças inexistentes entre os índios antes da chegada dos garimpeiros, segundo levantamento da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.


**TRABALHO
& SAÚDE**

Informativo do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho - DIESAT

DIRETOR RESPONSÁVEL: Remígio Todeschini

EDITOR: Graciliano Toni

COMPOSIÇÃO E MONTAGEM: FORJA Composição Gráfica, Planejamento, Assessoria e Editora Ltda. - Fone (011) 572-0309

FOTOLITO E IMPRESSÃO: Gráfica e Editora FG - Fone 457-3710

REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO: Av. Nove de Julho, 584 - 10º andar - CEP 01312 - São Paulo - SP - Fone 35-1250

COLABORAM NESTE NÚMERO: Agda Aparecida Delfa, Antônio José de Arruda Rebouças, Remígio Todeschini, Nilton B. B. Freitas e Edith Seligman Silva

TIRAGEM: 2.500 exemplares

ASSINATURA:
Anual (6 números): 8,50 BTN's
2 anos (12 números): 16,00 BTN's

DIRETORIA DO DIESAT

Comissão Executiva: Remígio Todeschini, Uriel Villas Boas, Gilberto Saviano da Silva, Sérgio Soares, Robello Cruz da Silva, Lorival Batista Pereira, Luiz Carlos Martins de Souza, João Reis do Nascimento e Jaime José da Cunha.

Conselho Fiscal: Ertha Lúcia, Marcos Antônio de Oliveira, Ronaldo Rios da Silva, Elvio José Zeferino, José Antonio Amaral e Jocelino Félix Mariano.

CORRESPONDENTES

Anamaria Tambellini (RJ); Flávio Valente (SC); Annie Thébaud (França); Daniel M. Berman (EUA).

PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE MATERIAS DESDE QUE CITADA A FONTE.

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do ABCD tem trabalho extra com novo governo

Depois do Plano Collor, aumentam os casos de doentes e acidentados no trabalho atendidos pelo Centro de Referência para Saúde do Trabalhador do ABCD. O centro atende as cidades de Santo André, São Bernardo, São Caetano, Mauá e Diadema, importantes cidades industriais da região metropolitana de São Paulo. Orlando Puzone, coordenador técnico do Centro de Referência, lembra que os Metalúrgicos de Santo André e os Químicos têm em sua convenção coletiva cláusula de garantia no emprego ao trabalhador acidentado ou doente, levando pelo menos as duas categorias a procurar mais o serviço de saúde em caso de demissão consumada ou iminente.

Em janeiro deste ano, 118 trabalhadores procuraram o Centro em suas diversas especialidades, número praticamente igual aos 117 de fevereiro. Em março, foram 304 as consultas, ampliadas ainda mais em abril: 386 atendimentos. Outro ponto indicado por Puzone como prova da crise é a dificuldade em conseguir a readmissão negociada dos doentes e acidentados admitidos. Na era Collor, o moderno empresário brasileiro prefere mesmo ir pro pau com trabalhador e sindicato.

A participação dos sindicatos no Centro de referência também diminuiu depois de 15 de março. A última reunião mensal da Comissão de Gerenciamento foi cancelada devido à ausência dos representantes das 14 entidades sindicais envolvidas no Centro.

Remigio Todeschini, presidente do Sindicato dos Químicos do ABCD, admite a diminuição da participação sindical após o pacote de 15 de março. Em sua opinião, isto não significa desinteresse da luta por melhores condições de trabalho. Todeschini lembra que a luta contra o arrocho salarial é ao mesmo tempo luta contra o agravamento das doenças e acidentes.

A coisa deve piorar, acredita Puzone, com a conjuntura recessiva permitindo a empresários negligenciar a manutenção de máquinas (a gambiarra volta com força total), aumentar o ritmo de produção, demitir trabalhadores e contratar outros a salário menor, apoiados na mão-de-obra excedente liberada pela demissão em larga escala. Neste quadro, tende a aumentar o número de acidentes e doenças. Com o descredenciamento de hospitais privados do Suds, o Centro de Referência montou plano emergencial para atendimento a acidentados no trabalho. O primeiro atendimento é feito em hospitais da rede

e os procedimentos cirúrgicos e internações, acompanhadas pelo Centro, são realizados no Hospital Municipal de Santo André.

AMPLIAÇÃO

Quando Orlando Puzone assumiu o então Programa de Saúde do Trabalhador do ABCD, em 1987, ele era a equipe. Na criação do Programa, em 1985, havia quatro profissionais alocados no serviço, diminuindo com o tempo. "Naquela época, mais que hoje, a política salarial era ridícula, impedindo a fixação do profissional", diz Puzone, que preferiu ficar no programa.

Em relação a quadro de profissionais, o atendimento à saúde do trabalhador avançou, avalia Puzone, amparado por equipe multidisciplinar com 15 técnicos. O coordenador do Centro de Referência (designação adotada em novembro de 1989, substituindo o termo Programa) considera necessário ao aprimoramento do trabalho praticar mais ações de saúde pública, saindo ainda mais do atendimento individual cotidiano. A vocação do Centro de Referência, acredita Puzone, é de prevenção, mais que de cura.

Os sete médicos, duas psicólogas, a enfermeira, assistente social e as duas fonoaudiólogas ainda têm alguma dificuldade em trabalhar integradamente. O problema, acredita Puzone, vem da formação inadequada permitida pelas escolas, despreparadas para as necessidades de saúde do trabalhador. Faltam ao Centro de Referência profissionais como sanitaristas e engenheiros de segurança. Segundo Puzone, é difícil encontrar profissionais da área qualificados não deformados por trabalho em fábricas.

INVESTIGAÇÕES

O centro de Referência para Saúde do Trabalhador do ABCD elegeu como prioridades para 1990 a institucionalização do Centro e a investigação sobre solventes e metais, a surdez, as pneumoconioses e Lesões por Esforços Repetitivos. O trabalho inclui a inspeção dos ambientes de trabalho. Com este tipo de ação, Puzone acredita ser possível criar condições políticas para avanço das condições de trabalho. Os levantamentos do CR permitem a negociação entre trabalhadores e empresários fundamentada em laudos independentes e tecnicamente corretos.

Remigio Todeschini lembra que

ações propostas pelo sindicato embasadas nos diagnósticos do Centro dão ganho de causa aos trabalhadores quando há o direito estabelecido em convenção coletiva de estabilidade em caso de acidente ou doença decorrente do trabalho. As metas para este ano foram estabelecidas em conjunto com sindicatos, lembra Todeschini, e cobrem principais pontos relativos às condições de trabalho.

O Centro não tem poder de interdição dos ambientes de trabalho. Seus técnicos fazem relatórios com as causas técnicas e os apresenta a empresas e sindicatos, permitindo ações políticas ou judiciais. Em caso de necessidade de interdição, o centro pode contactar o governo municipal ou estadual, que têm poder para isto.

A Lei Orgânica dos municípios participantes do Centro de Referência lhes dá poderes concretos para executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Falta apenas a regulamentação dos dispositivos da Lei Orgânica. Os sindicatos, segundo Todeschini, gostariam que o papel de fiscalização passasse para os municípios.

ORIGEM SINDICAL

O Centro nasceu como Programa de Saúde do Trabalhador Químico do ABC, puxado pelo sindicato da categoria. Depois juntaram-se ao programa o sindicato da Construção Civil de São Bernardo, Construção Civil de São Caetano e, em 1987, o Sindicato dos Metalúrgicos de Santo André.

No início, o Programa era "meio alternativo", segundo Puzone, com funcionamento em terceiro turno nas Unidades Básicas de Saúde em pontos próximos ao trabalhador. Os técnicos verificaram que esta forma de funcionamento era equivocada. A colocação do Programa de Saúde do Trabalhador na Rede deixava técnicos desorientados.

Em 1989, com a eleição de governos populares, os trabalhadores passam a ter o Programa, depois transformado em Centro de Referência, apoiado pelas prefeituras municipais da região. Seminário promovido em novembro de 1989, com a participação de 14 entidades sindicais, prefeituras de Santo André, São Bernardo e Diadema e Secretaria de Saúde estadual referenda proposta de criação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do ABCD, através de consórcio.

A Violência no Mundo do Trabalho

Parte dos resultados da pesquisa **A violência no Mundo do Trabalho**, desenvolvida no Núcleo de Estudos da Violência da USP, foi apresentada no número 26 de **Trabalho & Saúde**. Lembramos que o objetivo da pesquisa era colher relatos de trabalhadores acidentados no dia-a-dia de suas atividades profissionais. Esses depoimentos refletiram as experiências, trajetórias de vida e representações sociais e simbólicas de trabalhadores acidentados.

As histórias de vida no mundo do trabalho e no da vida familiar revelaram os sentimentos, as experiências, os sonhos, os sofrimentos, as angústias e as emoções dos trabalhadores, onde eles não separavam a experiência real do imaginário vivido e simbolicamente construído. Naquela edição de **Trabalho & Saúde** apresentamos a temática do estigma do trabalhador acidentado que era desvalorizado, valendo menos como força de trabalho no mundo da fábrica. Neste número, completa-se o estudo realizado, apresentando os dramas familiares dos trabalhadores acidentados e a difícil e sufocante prática da cidadania em busca da justiça social.

Os depoimentos das esposas e de uma irmã dos acidentados foram fundamentais para aprofundar o conhecimento das relações moleculares e a fruição da sociabilidade tensa e nervosa que ocorrem dentro da família do acidentado. Percebeu-se então que o tempo entre a ocorrência do infortúnio no trabalho e o retorno do trabalhador ao mercado de trabalho fora vivenciado como um período de crise aguda e de certa desestruturação da vida familiar.

Todo o período correspondente à fase de adaptação e de aceitação da condição de acidentado é marcado por uma forte e patética relação de dependência física e emocional, que torna crucial e imprescindível o apoio dos familiares, quando a família aparece como um valor supremo no processo de recuperação do acidentado. Este tempo de privação e sofrimento, de solidariedade e abnegação destinado à reparação do corpo vitimado pela violência no mundo do trabalho, foi para os acidentados tempo de aguda privação econômica, interferindo no papel do chefe da família como o principal provedor e diluindo, em alguns casos, a autoridade paterna.

No período de recuperação física do trabalhador, antes portanto do retorno ao trabalho no mercado formal, alguns acidentados fizeram "bicos" para comple-

mentar o seguro-acidente recebido pelo INPS, tentando com esse esforço evitar que as esposas fossem trabalhar para aumentar o orçamento familiar em franca deterioração. No universo cultural das classes populares, o trabalho feminino raramente é concebido como uma atividade fundamental; quando muito ele é aceito como um serviço complementar para acudir o orçamento doméstico,

Neste universo de valores predomina o peso do padrão cultural que atribui ao homem a obrigação e o dever, a responsabilidade e o ônus de principal provedor e sustentáculo do grupo doméstico: o homem, chefe de família, é considerado o eixo da família no sentido econômico, social e cultural. É dever e responsabilidade do homem dentro da família garantir-lhe sustento e ser o coordenador da sociabilidade familiar: a dificuldade em cumprir o papel de chefia familiar torna-se uma séria ameaça a sua identidade masculina, aliçada no trabalho. A impossibilidade de realizar plenamente este papel masculino transforma-se num elemento de desestabilização emocional e transforma o trabalhador numa pessoa nervosa.

O projeto de vida familiar também foi radicalmente alterado porque o acidente restringe as possibilidades potenciais de mobilidade profissional no mundo da fábrica, o que trunca qualquer alternativa de melhoria do padrão de vida. O acidente pode até interferir no projeto de ampliação da família. Em muitos casos, a esperança de ter um futuro melhor se consolida na família operária no desejo, sempre que possível, de ter novos filhos. O crescimento do tamanho da família com a incorporação de novos membros depende obviamente da situação econômico-financeira, a qual depende da condição física do trabalhador e do projeto de sua carreira no mundo do trabalho.

No mundo de justiça e da cidadania do trabalhador, os relatos de trabalhadores acidentados reforçaram que o infortúnio no trabalho intensificou o processo de conscientização de direitos e de reconhecimento da condição de cidadãos, o qual inicia-se através do sindicato onde eles descobrem o direito de reivindicar seus direitos. O sindicato torna-se, numa etapa da vida do trabalhador, uma organização que operacionaliza o acesso à cidadania, aos direitos sociais e à justiça. O sindicato surge no cotidiano do trabalhador como

instrumento que abre a porta da justiça, facilitando o acesso aos direitos sociais relativos ao trabalho, salário, saúde, segurança e higiene no mundo do trabalho.

Esta luta do trabalhador começa no momento do acidente, quando prevalecem as condições inseguras e insalubres de trabalho, e passa para as instituições de saúde, espaço de um sofrimento atroz e desumano, onde os trabalhadores descobrem na pele a profunda desigualdade que existe no atendimento médico-hospitalar, prefigurando uma abissal desigualdade em relação aos direitos sociais. O trabalhador mutilado pela guilhotina do mundo da fábrica sente-se mutilado pelo bisturi incompetente do mundo do saber médico: duplamente guilhotinado, duplamente lesado, meia-cidadania?

O trabalhador é freqüentemente transformado em objeto de atividade médica, totalmente desconsiderado, transformado em ser desprovido de vontade, privado, muitas vezes, de opinar sobre as condições de seu corpo, sobre o destino do seu corpo a sua vida, ele perde o direito e o poder de exercer sua cidadania. Os relatos de trabalhadores revelam que estes direitos iniciam-se no mundo do trabalho, com o direito à segurança, à higiene e à saúde e o direito de poder participar, opinar, planejar e organizar o sistema de comando que impõe ritmo, funções, papéis, hierarquias, saberes e poderes relativos ao controle do processo de trabalho, donde depende a segurança, a saúde e a vida do trabalhador.

Em suma, o trabalhador deve ter direito ao pronto atendimento, ao credenciamento universalizado, onde instituições e homens portadores de saberes especializados técnicos e médicos não de prestar, de imediato, os serviços do que ele necessita. É através dos sindicatos que os trabalhadores afirmam e reivindicam o seu direito ao trabalho em condições seguras e higiênicas e encontram ainda espaço para articulação, organização e de regulação da luta pelos direitos sociais, notadamente, o direito à saúde compatível com sua dignidade de cidadão pleno de direito: cidadão de primeira classe.

Sedi Hirano
Cristina Pozzi Redko
Vera Regina Toledo Ferraz

(Núcleo de Estudos da Violência/USP)

Recessão ameaça saúde dos trabalhadores



A preocupação com a deterioração das condições de trabalho provocada pelo quadro recessivo no Brasil marca a X Semana de Saúde do Trabalhador (Semsat), realizada de 21 a 24 de abril no Sindicato dos Químicos de São Paulo. Técnicos, dirigentes sindicais e trabalhadores da base temem sérias repercussões sobre a saúde física e mental dos trabalhadores durante o governo Collor.

Com o aprofundamento da recessão, os participantes da X Semsat prevêem forte possibilidade de diminuição de salários, intensificação dos ritmos de trabalho, negligenciamento da manutenção de equipamentos e ações preventivas. Com desemprego crescente, o movimento sindical tende à desunião, facilitando o trabalho das empresas. Ao mesmo tempo que as condições de segurança e saúde deterioram-se nas fábricas e outros locais de trabalho, aumentando o número de acidentados e doentes, cai a arrecadação previdenciária e diminui a qualidade do atendimento ao trabalhador.

A ação do governo é absurda a ponto de separar ações preventivas e curativas no Ministério da Saúde e criar Departamento de Controle da Segurança do Trabalho no Ministério do Trabalho, sem sequer considerar Saúde e Medicina

do Trabalho.

A X Semsat permite o diagnóstico da situação do trabalhador no novo governo e propõe formas de atuação ao movimento sindical. Leia a seguir o resumo das participações mais destacadas.

Luiza Heiman, médica, pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, fala sobre Modelo Assistencial e a Crise da Assistência Médica. Sua intenção é "provocar discussões sobre pontos polêmicos não resolvidos".

Após o golpe militar de 64, modelo econômico e político tem especificidade no setor saúde, com Estado desenvolvendo-se, em interação com iniciativa privada.

O Serviço Público Federal fica na época com a assistência médica, os estados com prestação de serviços ambulatoriais e Unidades Básicas de Saúde e serviços hospitalares para algumas patologias, como tuberculose. Para os municípios, predomina a assistência em urgências. Com o tempo, a assistência médica, que continua com hegemonia federal, compra cada vez mais serviços do setor privado. O modo de produção de serviços cria base para reprodução e ampliação do capital no setor saúde.

A base do setor privado é montada também com serviços de assistência de complexidade tecnológica diversa, com hospitais, ambulatórios, serviço terapêutico, etc. Os grupos privados vivem inicialmente da venda ao setor público, ampliando-se com o tempo. A crise política e institucional, particularmente a partir de 83, ampliada com crise maior de legitimidade política do governo, cria necessidade de racionalização e busca de legitimização do Estado diante da sociedade, com privilégio do setor social. Surge o Tudo pelo Social do governo Sarney, com expressão concreta na saúde.

No interior do estado surgem alternativas políticas de reestruturação do sistema. No setor social, existe o movimento pela Reforma Sanitária, onde preocupação é de montar sistema não servindo a interesses de grupos econômicos, nem à reprodução das indústrias de equipamentos, sem a preocupação única de tratamento e cura de doentes, mas a mudança deste sistema para outro cuja lógica seja retorno do benefício social. Há a procura do retorno social, com impacto na melhora da qualidade de vida da população.

Governo muda seu discurso e o aproxima daquele utilizado por movimento social, intelectuais e trabalhadores na área

de saúde, criando confusão. As concepções de saúde e organização do sistema não são iguais. A lógica do Estado é diferente daquela da população. Operacionalização deste modelo de atenção não trouxe mudança ao tipo de assistência prestada à população. É necessário mostrar diferenças e possibilidades de atuação entre propostas de concepção diferente, com prática diferenciada na gestão e produção de serviços de saúde. Tendência hoje parece ser de permanência de luta em vários planos em relação à construção do sistema de saúde.

Rede não distribuída em quantidade e qualidade suficientes para atendimento universal à população lhe dá imagem de ineficiência total. Há outra forma de oferta de serviços, com pagamento adicional, via setor privado. São os convênios, que induzem a população à compra de serviços diferenciados, com maior sofisticação e qualidade crescente com renda. Serviços de alta tecnologia, como Instituto do Coração, basicamente financiados pelo Estado, funcionam como fundações e diferenciam serviços, atendendo melhor a quem pode pagar.

A População de baixa renda (grande parte dos brasileiros) tem à sua disposição rede pública muito depreciada, com falta de investimento do Estado em equipamentos e recursos humanos. O governo fica com dois pólos, o de alta tecnologia e o de uso intensivo de mão-de-obra. O setor privado tem os equipamentos intermediários. A revisão do processo de divisão e diferenciação só será possível se o movimento social organizado exigir saúde como direito e lutar por isto. É necessária democratização das instituições, caso contrário permanece a lógica empresarial.

Paulo Eduardo Elias, *assessor técnico da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – Do Suds ao SUS.*

Suds e SUS não têm relação tão direta, um não é decorrência do outro. Há pontos de contato, mas não relação imediata. No início dos anos 80, surge na saúde coletiva a idéia da reforma sanitária, inspirada em modelos como a Reforma Sanitária italiana. Para tanto, necessário repensar processo de saúde e doença do país e discutir o modelo. Em 84, Reforma Sanitária aparece no programa do então candidato à Presidência Tancredo Neves como problema político. Em 86, 8ª Conferência Nacional de Saúde discute necessidade da reforma sanitária. Ao contrário das 7 anteriores, a 8ª Conferência inclui parcelas significativas das forças sociais,

inclusive representantes dos trabalhadores (de centrais sindicais), só que através de técnicos. Palavra de ordem era **Saúde é Democracia.**

Saiu da 8ª Conferência proposta minguada de SUS que, apesar de não se reduzir à mera assistência médica, não era a idéia original de reforma. Era SUS contaminado com alguns aspectos da reforma inicial. Saúde, no Brasil, é tratada como assistência médica individual, sem preocupação coletiva. Em 87, a direção do Inamps está permeável à idéia da reforma sanitária, com a presidência de Hésio Cordeiro.

Suds surgido traz alguns princípios da reforma, como racionalização de serviços – montagem de sistema hierarquizado e regionalizado de saúde. Suds é convênio do governo federal com governos estaduais para repasse de equipamentos de assistência médica. Estados deveriam repassar aos municípios verbas e equipamentos. Na verdade, interessava o repasse da verba, muitas vezes desviada de sua destinação inicial. O convênio é tão precário que pode ser rompido por qualquer das partes, a qualquer hora. Outro problema do Suds é a administração de pessoal dos equipamentos repassados não ficar a cargo dos governos estaduais, continuando com Inamps.

O Sistema Único de Saúde – SUS – surge na Constituição Federal promulgada em outubro de 1988, que traz princípios relevantes e importantes. Só que, no Brasil, dinâmica social torna princípio da lei sem aplicabilidade automática. Em saúde do trabalhador, há inúmeros exemplos. O princípio de **Saúde como Direito** pela primeira vez é inscrito em Constituição. Fica estabelecido campo de atuação, com a garantia através de políticas sociais ou econômicas, não mais em nível do indivíduo. Resgata processo de relação social. Por exemplo, dá para interpretar que arrocho salarial influi na saúde.

Compete ao SUS fiscalizar e trabalhar na produção de insumos e equipamentos na área de saúde, cuidar do meio ambiente, saneamento e dos ambientes de trabalho e da saúde do trabalhador. Ao SUS competem as ações de vigilância sanitária e epidemiológica em relação à saúde do trabalhador. Há espaço amplo para atuação do movimento sindical.

Há duas explicações contrárias para relação Suds/SUS. Uma diz que não há nada a ver. Outra, que uma decorre da outra. Suds na verdade mostrou o que **não** deve ser feito na hora de implantar o SUS. Seria como a imagem em negativo do

SUS. Suds caracterizou-se por clientelismo político, uso indevido de verbas, etc.

Francisco de Castro Lacaz, *assessor técnico do Diesat – Assistência Médica ao Trabalhador.*

Assistência médica é parte da saúde, que abrange muitos outros aspectos. Em função do que o sistema de poder coloca hoje, baseado no neoliberalismo, mostra tendência clara de privatização. Saúde do trabalhador é questão complexa por envolver relações sociais muito mais profundas que a mera prestação de serviços. Ponto nodal é: saúde vai entrar na fábrica?

Em São Paulo, apesar de não assumido como política, a partir de 86, Programas de Saúde do Trabalhador foram tornados prioridade da Secretaria de Saúde. Proposta minguiu, porque o Estado passou a gerenciar atenção à saúde do trabalhador acidentado, e não teve competência para isto. Lógica que orienta Programas de Saúde do Trabalhador em São Paulo reproduz SEESMTs das empresas, com atenção a algumas doenças profissionais, como silicose e dermatoses. No momento anterior, perceberam que o processo de trabalho e sua relação com saúde é mais importante que a relação uniaxial – poeira/silicose, ruído/surdez, etc. Há aspectos muito mais importantes, como organização do trabalho, aspectos relacionados a novas tecnologias. Programas restringem-se a pontos muito específicos que não dão conta dos problemas.

É necessária participação ampla dos trabalhadores na formulação das políticas, gestão e avaliação. Necessário propor alternativas, percebendo que proposta original minguiu com a prática. Trabalhadores precisam ter diagnóstico para planejar as ações. Órgãos de fiscalização dão tiros no escuro, verificando denúncias ou fazendo blitz em épocas eleitorais. Necessária sintonia muito grande entre setor saúde e fiscalização. Prioridades devem ser definidas com função social.

É boa a perspectiva da municipalização dos Programas de Saúde do Trabalhador, por mudar o interlocutor do movimento sindical do governo do estado para o do município, mais sensível às demandas populares por sua maior proximidade ao eleitorado. O sindicato não deve delegar toda responsabilidade ao município. Precisa intervir e participar.

O assistencialismo sindical, herança de Vargas, muitas vezes é eleitoralmente bom. Vertente alternativa interessante é a montagem de assessorias na

área de saúde e trabalho. Sindicato precisa ser competente para concorrer com empresas e INPS. Se não há resposta imediata, as assessorias, do ponto de vista de perspectiva, são fundamentais. Como exemplo há o sindicato dos Químicos do ABCD e dos Químicos de São Paulo, com contribuições importantes para baixar portarias e tornar públicas questões antes mantidas nas empresas e governo.

Conjuntura neoliberal deve ser reversa aos trabalhadores. Sua organização embasada em pesquisas é fundamental para enfrentar o problema.

Raimundo Bezerra, Deputado Federal (PMDB-CE), ex-presidente da Comissão de Saúde e Previdência do Congresso, fala sobre Lei Orgânica de Saúde.

A Lei Orgânica de Saúde era definida na Constituição. Como o Executivo não enviou seu projeto a tempo, Raimundo Bezerra enviou ao Congresso projeto de lei elaborado após três simpósios no ano passado. Executivo enviou o seu projeto depois, outros parlamentares também. Projeto está na fase final de estudos, na Comissão de Finanças.

Conceito da Seguridade muito mais de cidadania que de seguro, mesmo porque independe de contribuição. Considera, em termos filosóficos, a Seguridade Social o maior avanço da Constituição. Conceito de saúde também ganhou abrangência maior que a "ausência de doença". Houve dificuldade em encaixar saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. Ministério da Educação integrará SUS. É polêmica estéril discussão sobre ministério a cuidar da saúde do trabalhador.

Guido Ivan, da Comissão de Estudos Legislativos e Reforma Sanitária – Do Suds ao SUS em São Paulo.

Da constituição de 69 para hoje, saúde ganhou contexto de seguridade social, deixando de ser fato individual para tornar-se estado de bem-estar decorrente de políticas culturais, sociais e econômicas do país. Ações de saúde consideradas de relevância pública. Verdadeira mudança só ocorrerá quando sociedade participar e exigir serviços.

Após governo Montoro, houve abertura aos sindicatos e trabalhadores à participação na fiscalização. Os técnicos da Secretaria de Saúde perceberam necessidade de acompanhar fiscalizações com assistência médica, implantando Programas de Saúde do Trabalhador (PST). Houve a instalação de programas específicos, como benzenismo em Cubatão, am-



Paulo Torraca/Fóton

bulatório de tratamento do plumbenismo, etc. Com SUDS, secretaria resolveu instalar PST nas 63 regiões administrativas, preocupada com assistência médica ao acidentado do trabalho, em fazer diagnósticos de condições de trabalho lesivas e agir preventivamente. Excepcional importância a incorporação, no final de 88, da unidade de higiene e segurança do trabalho (antes vinculada à Secretaria do Trabalho) à Secretaria da Saúde.

Luís Carlos Morrone, Coordenador do Programa de Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo.

Há dificuldades crescentes para PSTs em São Paulo. Baixada Santista e Ribeirão Preto são exemplos. Na Baixada, houve problemas políticos. Há duplicidade de mando e dificuldades na absorção de atribuições, como fiscalização. Em Ribeirão, coordenador saiu por conflito pessoal com direção do Suds regional, o que foi trágico para o PST de Ribeirão, onde havia importante estudo sobre trabalhador rural.

Virgínia Junqueira, representante da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – Municipalização da Saúde e Crise da

Assistência Médica.

Municipalização da saúde – gerenciamento deve situar-se no município, por ser impossível à população controlar autoridade sanitária federal ou estadual. Equipe de saúde não resolve os problemas. Se a determinação é social, população tem que tomar em mãos e tentar resolver problemas em conjunto com técnicos, pois questão não é mais só de assistência médica, de atenção ao biológico, de respostas individuais. É problema coletivo, de respostas coletivas.

Agravamento, da situação mesmo com determinação na Constituição. População temerosa e desorientada. Não há comando único de sistema de saúde, há equipamentos estaduais, federais, mesmo municipais desativados. Comando municipal resolveria problema, é questão de princípio por passar pela democratização do serviço de saúde.

São Paulo não municipalizou. Em 83, assinou convênio das Ações Integradas de Saúde. Segundo AIS, município é remunerado contra fatura em 50% dos gastos. Desde janeiro de 89, secretaria estadual pouco repassa ao município. Dívida corrigida seria hoje de Cr\$ 1,4 bilhões

(US\$ 30 milhões). Se assinarem convênio Suds, dívida da AIS é cancelada. Em maio de 89, elaboraram plano municipal de saúde encaminhado à secretaria de Estado, que aprovou. Sanado problema da dívida, municipalização fica mais fácil.

Artur Kioro Reis, representante da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Santos – Programas Municipais de Saúde do Trabalhador.

Houve descredenciamento de hospitais filantrópicos que se capitalizaram com dinheiro público. Filas e omissões de socorro acontecem em hospitais privados.

Ponto importante do SUS é garantia de acesso a todos níveis de atenção, desde prevenção e cura à reabilitação, além de definir controle dos ambientes de trabalho.

Governo Collor tem como essência na proposta de saúde opor-se ao princípio da equidade e universalidade. Alcení fala em centralização do planejamento, controle e mesmo execução de algumas atividades. Como centralizar controle de mortalidade infantil com as desigualdades no Brasil? O mesmo vale para saúde do trabalhador.

No geral, governo fala em modernização tecno-administrativa. Em saúde, há a idéia de treinar em Brasília diretores e técnicos para torná-los gerentes, o que é idéia tecno-burocrática (concepção) estranha a qualquer pretensão de modernidade. Mais estranho quando se vê aporte de técnicos do governo Figueiredo ao atual governo.

Amélia Cohn, socióloga, professora na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – **Previdência Social como Política de Estado.**

No período Vargas, com brutal repressão aos trabalhadores, surge Previdência, como seguro compensatório e forma de cooptação das classes assalariadas. De 46 a 64, com o golpe, houve a democracia populista, com Previdência sendo forma de Estado fazer política social de cooptação das classes assalariadas. Mesmo assim, foi época de Previdência transformar-se em local de muita mobilização política dos trabalhadores, com reivindicações sobre assistência, melhoria das aposentadorias e pensões. Sindicatos e trabalhadores no interior de partidos políticos se organizavam e mobilizavam, descobrindo outras questões a partir da previdenciária.

Previdência é tratada como política econômica, não social. Há crescente per-

da dos controle dos trabalhadores sobre sua gestão. Processo de perda se completa com ditadura militar. Com a repressão, Previdência deixa de ser instrumento de cooptação para ser encarada do ponto de vista de recursos, de sua importância econômica.

Nas décadas de 70 e 80, a Previdência sai de seu papel principal, que era de dar os benefícios, voltando-se à assistência médica, secundária anteriormente. No Brasil, direito sempre foi de quem pagasse. Política social relegada ao último plano, fazendo com que Previdência supra a assistência médica em seu lugar. Diferenciação na assistência médica. Saúde do trabalhador conta menos que a *saúde do trabalhador para trabalhar na empresa*. Neste período, os maiores contribuintes da Previdência ficam excluídos da administração da Previdência, cujo dinheiro é destinado a outros setores, como Itaipu, por exemplo. Sociedade começa a enxergar previdência como prestadora de assistência médica.

Constituição tem ponto positivo na universalização (na letra) da Previdência. Controle da Previdência e fontes alternativas de custeio ainda não definidos. Problema do Estado e não dos trabalhadores suprir recursos para atendimento aos não trabalhadores.

Absurda centralização do poder no atual governo. Torneirinha do Ministério da Economia é fundamental a nossas vidas. Absurdo ter Seguridade dividida por 3 ministérios, com recursos dependentes do Ministério da Economia. Previdência e Saúde perderão importância para o Estado, por dizerem respeito aos setores organizados da sociedade. Ganha importância "na moita" o Ministério da Ação Social. Parte grande dos recursos da Ação Social vem da Previdência. Ação Social atende aos descamisados, descalços, setores desorganizados.

Trabalhadores devem negociar diretamente com empresários, sem intervenção do governo, o que começa a acontecer.

Wilnês Henriques, economista, professora na Universidade de Campinas – **Previdência Social e Política Econômica.**

A partir do governo militar, Previdência, que incluía assistência médica e assistência social, tem financiamento baseado nas contribuições, sem participação maior de recursos do Estado. Cota da Previdência pagava administração. Não havia controle dos trabalhadores sobre recursos.

Atendimento das necessidades sociais fica subordinado à mera disponibilidade de recursos. Quadro inalterado nos anos 80. Nova Constituição tem avanços pontuais. Na parte dos recursos, não houve definição dos recursos tributários da União. Não houve reformulação do financiamento. Contribuições sociais, sobre a folha, prevalecem para financiar seguridade social como todo.

Um obstáculo à seguridade é baseá-la fortemente na contribuição sobre folha. Há limite estrutural dado pela configuração do mercado de trabalho que impede aumento de custeio, com recursos de contribuições sociais movidos pelo trabalhador formal, com carteira. No Brasil, salários são na maioria baixos. Grande parte dos trabalhadores não tem carteira, impedindo aumento dos recursos da Previdência.

No novo governo, prioridade parece ficar com os trabalhadores de menor renda, garantindo-lhes os benefícios e assistência mínimos. Entre os de renda mais elevada, alguns terão oportunidade de melhorar benefícios e atendimento através da empresa ou de setor privado complementar, como vem ocorrendo. Resdente deve ficar bastante insatisfeito. Quem vai defender Previdência e Saúde Pública?

Governo aponta esquema mínimo de Previdência e privilegiamento do setor privado. Não é à toa que criou Secretaria de Previdência Complementar (e não há no Ministério do Trabalho e Previdência Secretaria de Previdência Oficial). Massa de recursos imensa, mas secretaria não é apenas para gestão.

O INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social) fica fora do poder do ministro do Ministério do Trabalho e Previdência. Poder na verdade com presidente da autarquia, que continua arrecadando contribuição. Na reforma, intenção parece ter sido criar superministério, evitando a seguridade e concentrando no Ministério da Economia recursos.

José Arnaldo Rossi, presidente do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) não compareceu à Semsat – justificou com telegrama dizendo que havia instalação do INSS na data.

Aníbal Fernandes, advogado, professor na Universidade de São Paulo – **Gestão e Administração da Previdência.**

A origem dos sistemas estatais de previdência vem dos fundos mútuos, mantidos por autogestão, sem governo. Quando Estados assumiram a proteção social previdenciária, gerenciamento era feito

através de co-gestão. Idéia difundiu-se pelo mundo, como seguro – ligado ao pagamento e ao trabalho. Na Alemanha, foi concedida primeiro aos metalúrgicos e mineiros, mais organizados, como concessão. Para gestão, não chamavam trabalhadores mais combativos. Depois houve evolução para sistema não contributivo.

No Brasil, foi mais ou menos a mesma coisa. Mutualismo existiu, mais fraco. Caixa de Aposentadorias e Pensões de 1923, de ferroviários, que criavam o grande caso, foi a primeira. Nas caixas, representantes de trabalhadores eleitos diretamente pela base geriam. Depois vieram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), primeiro para Marítimos, que têm ligação internacional e poder de pressão. Os Bancários fizeram um mês de greve em 34 para conseguir seu IAP. Líderes da greve ficaram na gestão. Havia colegiado nacional, com representantes de empresas, trabalhadores e governo. Em 66, acaba o sistema de co-gestão, com criação do INPS. No resto do mundo, aumentava participação dos trabalhadores. Na França, vem do pós-guerra, com participação majoritária de trabalhadores.

Em Portugal, após Revolução dos Cravos, trabalhadores tomaram seus lugares "na marra".

Tancredo prometia volta aos colegiados, sem definir quais. Constituição de 88 reserva assento a empresários e trabalhadores na gestão de instituições de interesse social.

Antônio José de Arruda Rebouças, advogado, coordenador técnico do Diesat – O Doente e o Acidentado do Trabalho e a Previdência Social.

Advogados contribuem para empobrecimento da luta sindical na área de saúde. Como exemplo, existe o poder de manipulação proporcionado pela atribuição à empresa dos 15 primeiros dias de afastamento do trabalhador, que não passa pelo Inamps. Não há apoio de outros advogados para derrubar esta possibilidade.

Não há normas sobre prevenção dos acidentes, doenças profissionais e doenças do trabalho. Lei dos acidentes do trabalho não tem mecanismos preventivos, fala apenas sobre compensação pecuniária. Interdição das instalações e outras formas punitivas poderiam despertar empresa para prevenção. Não há menor fiscalização pelos órgãos federais. A cidade de Pedreira, por exemplo, tem quase toda população operária com pneumoconioses. Previdência fiscaliza apenas contribuições.



Paulo Torraca/Fóton

Não há reabilitação profissional. Visão muito tacanha das coisas. Existem casos de absoluta falta de preparo dos profissionais. Muitas vezes, assistente social tenta quebrar o galho com recolocação em outra função na empresa. Psicólogo procura fazer com que trabalhador se conforme com nova realidade. Quando muito, CRP ensina artesanato.

Houve alteração no custeio dos acidentes de trabalho. As empresas antes eram divididas em três categorias de risco – leve, com desconto de 0,4%. Médio, 1,2%. No grave, havia desconto de 2,5% sobre folha de salários da empresa. Medida Provisória transformada em lei em julho estabelece que casos de acidentes de trabalho obrigam empresa a recolher à base de 2%, acabando com diferenciação e proporcionando lucro às empresas que mais provocavam danos aos trabalhadores. No caso das multas, há muita grana envolvida.

Há perversidade neste esquema – conforme experiência trimestral de risco, há desconto adicional, o que causa maior sonegação de acidentes. Empresas atendem casos de acidentes em ambulatórios ou através de convênios. É impossível analisar acidentes do trabalho isoladamente. Não dá para dissociar lei de acidentes da legislação das Cipas. Há questão da estabilidade dos lesionados. Estabilidade conseguida pioneiramente pelos Metalúrgicos para trabalhador acidentado.

Na CLPS, há dispositivo que determina que 2,5 a 5% dos cargos das empresas sejam reservados aos trabalhadores reabilitados, o que não ocorre.

É absurdo vincular aposentadoria a desligamento da empresa. Outro é formulário ser preenchido pela empresa. Necessário maior envolvimento do cipeiro, tentando fazer com que em crime de perigo, haja prevenção, sob ameaça de enquadramento do cipeiro da empresa, ou do técnico ou diretor responsável.

Aníbal Fernandes – Aposentadoria especial.

Lei singela, que atribui benefício ao trabalhador em situação perigosa, penosa ou insalubre. Em 64, decreto presidencial relaciona atividades, com aplicação bastante ampla e não bem aceito pela Previdência. Em 68, ato de Costa e Silva e Jarbas Passarinho, então ministro do Trabalho, revoga o decreto de 64 e substitui por outro quadro mais restrito. Ao mesmo tempo, Congresso vota lei e presidente sanciona, ressuscitando o decreto de 64, que passa a coexistir com o de 68. Em 73, novo decreto substitui o de 68, em 79, outro.

Ministério da Previdência institui idade mínima de 50 anos para aposentadoria especial.

Condições de trabalho podem dar direito à especial. No caso da profissão estar no quadro, apresentação da carteira deveria bastar para aposentadoria. Na

prática, evolução da carreira profissional não é registrada na carteira. Empresas muitas vezes não registram o nome correto da profissão ou mudanças na evolução profissional. No caso de solicitação de aposentadoria baseada em condições de trabalho, o caminho fica mais tortuoso – como fazer medições em empresas desaparecidas, ou que mudaram condições, etc...

Não se sabe se lista reflete realidade do trabalho no Brasil. Pouquíssimas empresas são mapeadas, como Cosipa, em que todos os locais de trabalho são insalubres. O Diesat deveria aprofundar estudo sobre aposentadoria especial. Em 80, lei previu que o trabalhador não envolvido em atividade que dê direito a aposentadoria especial e passe a outra que dê, vai contar tempo anterior a menos. Em caso contrário, a mais. Propuseram ampliação do quadro a Pires, que negou baseado em suposta e falsa necessidade de custeio. Capítulo do projeto de Floriceno Paixão impede retirada de direito a especial às categorias que hoje têm direito.

O jornal Notícias Populares, de São Paulo, forneceu projeto elaborado no Bolo de Noiva. Uma das propostas, a segunda, de Selecino, de novembro de 88, considerada viável, de acabar com auxílio acidente de trabalho, vincula aposentadoria por tempo de serviço à idade, etc... Cenário 3 é aprovação do projeto Floriceno, considerado impraticável. Primeira opção é deixar tudo como está.

Edith Seligman Silva – professora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP – **Saúde Mental e Segurança e Medicina do Trabalho.**

Saúde mental foi tema ausente das discussões sobre saúde do trabalhador até há poucos anos. Na legislação, ausente até hoje. Há propostas de incluir fadiga mental na CLT. Pressão administrativa e novas tecnologias aumentam tensão nervosa, gerando até doenças mentais. Existe Norma ergonômica assinada por Dorothea e não publicada.

Em 82 ou 83, tentou reunir material de pesquisas feitas na Baixada Santista e em siderúrgica de SP sobre efeitos da recessão sobre saúde dos trabalhadores. Reflexão sobre possível repetição. Identificaram formas de superexploração dos trabalhadores, possibilitadas pelo temor ao desemprego. Os empregados assumem função dos demitidos.

Saúde mental do desempregado – novo tema na psiquiatria moderna (psico-

patologia do desemprego, sofrimento mental das pessoas desempregadas, que acaba por afetar família).

Psicopatologia do sobrecarregado e ameaçado – formas de superexploração caracterizadas por acúmulo de funções do trabalhador, maior extensão das jornadas de trabalho. No caso de trabalho em turnos, havia dobras de turno 2, 3 vezes por semana (16 horas de trabalho). Não havia pagamento de horas extras. Menores gastos com instalações e equipamentos destinados a proteger segurança dos trabalhadores. Muitas empresas demitiram encarregados da manutenção e deixaram encargo ao trabalhador. Queda da qualidade dos equipamentos de proteção. Consequência concomitante do arrocho salarial e aumento do custo de vida, surgem os bicos, com sacrifício da qualidade de vida. Drenagem da tensão acumulada à família, gerando conflitos. Muitos trabalhadores passaram ao alcoolismo como forma de relaxamento das tensões, ou como anestésico, como autopunição quando não tem consciência de não ser culpado pela situação econômica.

Muitas vezes empresas mexiam com sentimentos como de gratidão e lealdade ou mesmo medo. Facção provocava desunião entre trabalhadores, ansiedade e sofrimentos individual. Utilização do autoritarismo e formas repressivas de controle. Uso da desinformação, por exemplo, anunciando listas de demissões no início da jornada e desmentindo no final, após horas extras trabalhadas e sonegadas.

Crises nervosas agudas, trabalhadores com problemas físicos psicossomáticos (causados por tensão) foram frequentes com a recessão.

Como problemas afetam dirigentes sindicais? Seu trabalho o submete a tensões e responsabilidades muito específicas. Com o avanço da recessão, diminui poder de barganha do sindicalista e sua responsabilidade torna-se maior. Seu desgaste é perigoso para toda categoria, com sua capacidade de dialogar diminuída. Tensão torna pessoas agressivas. Problemas mentais devem ser questão central. Luta por salário deve ser unida à da saúde e dignidade.

Nilton Branco Freitas, engenheiro, assessor técnico do Diesat – **As propostas de mudança legislativa no campo de Segurança e Medicina do Trabalho: visão crítica.**

É necessária reflexão sobre legislação que permita aos trabalhadores e sindicatos efetivo controle sobre condições de

trabalho. Portarias de regulamentação das CIPAs e das 4 horas de trabalho dos digitadores (NR 17), por pressão da Fiesp e Febraban, não foram publicadas, apesar de assinadas pela então ministra do Trabalho Dorothea Werneck.

Entre os avanços da nova regulamentação das CIPAs está a possibilidade de acesso do sindicato ao interior da empresa e organização interna dos trabalhadores, itens essenciais ao controle das condições de trabalho.

Fala sobre objetivos, funções e organização das CIPAs. Nova proposta seria de maioria de cargos das CIPAs com trabalhadores.

NR 17 inova ao sair do conceito de medidas antropométricas (físicas), visando criar parâmetros que permitam adaptação das condições de trabalho às condições físico-psicológicas do trabalhador.

As 2 portarias ampliam muito a capacidade de luta dos trabalhadores, de interferência com ambientes de trabalho, com conteúdo das tarefas, etc...

José Luís Rianni Costa, médico, assessor técnico do Ministério da Saúde – **O SUS e a Segurança e Medicina do Trabalho.**

Tradicionalmente, saúde pública não aborda saúde do trabalhador, ficando na saúde materno-infantil e moléstias. Saúde do trabalhador acaba submetida aos SE-ESMT, à própria fábrica.

Na época da Constituinte, era secretário de Segurança e Medicina do Trabalho e encaminhei ao ministro documento com propostas com aspectos específicos, como ambiente de trabalho isento de riscos, direito de saber, resultados das avaliações ambientais e exames, direito a acompanhar fiscalização e de recusa ao trabalho sob risco grave e iminente. Ministro não apresentou propostas à comissão de direitos dos trabalhadores.

Terminadas as tentativas de introduzir alterações por via formal, técnicos foram fazer lobby no Congresso. Com a exclusão de muitos direitos, descobrimos a possibilidade de fazer portarias com *deveres dos empregadores*, ao invés de direitos dos trabalhadores, entre elas a garantia de acesso de representantes dos trabalhadores aos locais de trabalho. Portarias não revogadas, só que ministro baixou portaria impedindo secretário de baixar portarias. Portarias emitidas antes vigem. Necessária orientação para que não sejam letra morta.

Há diversos objetivos no acompanhamento sindical, como indicar máquinas

que normalmente funcionam, variações sazonais e outros fatores mutáveis. Técnicos não engajados não querem acompanhamento da fiscalização, porque precisariam demonstrar conhecimento que não têm. Acompanhados, não há também possibilidade de suborno.

Anteprojeto de reelaboração da CLT, em lugar de apenas portaria para regulamentar CIPA. Quando em estudos, Fiesp recebeu cópia e trabalhou contra. Proposta do deputado Paulo Paim também válida. Situação recessiva preocupa, mesmo em relação a dispositivos constitucionais, em que há condições para cláusulas de acordos coletivos tornarem-nos inúteis.

Mendes Thame, deputado federal (PSDB-SP).

Lei 6514 mais NRs são única parte prevencionista na legislação. Empresários fazem análise custo/benefício nas decisões relativas à segurança e saúde dos trabalhadores. A emenda fala em indenização além do seguro acidente em caso de culpa, enquanto legislação anterior falava em *culpa grave*. Com isto, análise de custos forçará empresas a investir mais na prevenção. Área de medicina não deve ficar exclusivamente com saúde. Deve haver criação de conselho paritário para gerenciamento da área de saúde do trabalhador.

Thame acha que prevenção cabe também ao MTb, por haver necessidade de engenheiros. Acha que haver três ministérios (Saúde, Trabalho e Ministério público) é vantagem para trabalhador. Acha possível trabalho conjunto, desde que haja vontade política. Há custo social muito grande para mudança de estrutura.

Ubiratan de Paula Santos, médico do Programa de Saúde do Trabalhador da Zona Norte – **Vigilância Epidemiológica e Sanitária no Programa de Saúde do Trabalhador.**

Há equívoco na conceituação brasileira de vigilância sanitária. Não é possível separar (nem desejável) ações locais e periféricas. Não é desejável que sejam segmentadas operações de rotina e de emergência, idéia que invertem no PST da Zona Norte. Estrutura dos serviços precisa dos técnicos integrados. Necessário que técnicos tenham autoridade legal para entrar no ambiente de trabalho. Estruturas de hoje não funcionam, como de Vigilância Sanitária e Epidemiológica.

Necessário juntar também vigilância



sanitária e epidemiológica. Serviços de diagnóstico, tratamento e avaliação ambiental devem exercer também ações de vigilância epidemiológica, no caso para acidentes e doenças de trabalho. No nível local, não pode haver separação. No nível central, pode haver os especialistas em epidemiologia e estatísticas, até com bancos de dados separados. No nível local não. Vigilância Epidemiológica não se preocupa com os acidentes de trabalho (Jundiaí, por exemplo, aumentou número de acidentes 106% na época do Plano Cruzado).

Há sistema de vigilância epidemiológica instalado no PST da Zona Norte a partir das CATs emitidas, permitindo, por exemplo, saber que Enterpa, concessionária de construção civil e coleta de lixo, é a empresa com maior índice de acidentes na cidade de São Paulo, o que permite aos trabalhadores negociar com a empresa. Parceria dos trabalhadores permite resolver problemas. Área tem aspecto trabalhista, mas no sentido contratual e não sanitário. Trabalhismo nega aspecto contratual ao manter sob tutela do Estado toda a parte normativa da legislação de seguran-

ça do trabalho. "Se é trabalhista, deixa para o acordo coletivo de trabalho, normatiza coisas muito gerais".

Defesa de saúde é questão sanitária *sensu lato*, questão trabalhista é contratual, "sindicato e patrão negociam e acordam o que bem entenderem". Mesmo porque não há experiência no mundo que mostre que ação fiscalizatória seja capaz de avançar melhorias nos ambientes de trabalho. No máximo, monitoram situações conquistadas. Na Inglaterra, na segunda guerra mundial, país instala sistema de monitoração dos problemas da guerra. No acidente de Seveso, na Itália, com dioxina, CEE implanta diretiva a partir da luta dos trabalhadores italianos. Em Cubatão, apenas forte mobilização de opinião pública até mundial consegue melhoras. Estado age apenas com processo consolidado.

Legislação previdenciária precisa mudar e considerar idoneidade do trabalhador ao invés da empresa. Empresa emite a CAT até 24 horas depois, se quiser. É sua prerrogativa. Necessário alterar para instalação de real vigilância sanitária e epidemiológica. Culpado faz a notificação ao invés da vítima.

Remigio Todeschini, *secretário geral do Diesat.*

Engenharia deve ficar separada da Medicina. Deve predominar o conceito de saúde, por ser esta contrária ao acidente e à doença. Trabalho de prevenção e engenharia deve ter visão sanitária. Fragmentação preocupa (lembra que Ministério da Saúde já trabalha com engenheiros).

Na fábrica, trabalho é sempre isolado. Deveria ser concentrado na Saúde ou continua divisão e aumenta número de acidentes. Hoje necessário tratar com diversas instituições (DRT, secretaria municipal, estadual, Sesi, etc...). No projeto, há recuo, com retirada de artigos importantes.

Orlando Puzone – *Coordenador Técnico do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do ABCD, sediado em SBC.*

Na região, sistema de saúde caótico, sem nem mesmo hospitais para aten-

dimento dos acidentados. Serviço detecta problemas e tenta em conjunto com trabalhadores atuar para saná-los (ver matéria nesta edição sobre o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do ABCD).

Vicente Mandia, *do Centro de Vigilância Sanitária, Vigilância Sanitária e Saúde do Trabalhador.*

Novo código sanitário estadual, elaborado com ajuda de todos os envolvidos, solucionará os anéis burocráticos que travam situação atual do trabalhador, permitindo ação rápida e imediata. Formulada no CVS portaria para reforma do código sanitário, em cumprimento a dispositivo transitório da Constituição estadual que determina revisão do código a cada 5 anos. O CVS convidou diversas instituições para ajudar na elaboração das propostas e evitar sua formulação apenas por técnicos e juristas. Formalização das Leis

Orgânicas Municipais (LOMs), permite a inserção de normas necessárias à proteção à saúde do trabalhador.

José de Paula Neto, *representante de Henos Amorina, da Federação dos Aposentados.*

Fala de dificuldades na luta dos aposentados, como falta de conscientização dos trabalhadores da ativa.

Toninho, *da Cut.*

Fala da preocupação da entidade com os trabalhadores do setor saúde e em sua relação com usuários. Propostas novas de intervenção ou atuação conjunta com outros trabalhadores prejudicadas pelo forte espírito corporativo. Confessa que CUT não tem propostas para saúde.

CGT não enviou representantes.

DOCUMENTO

Conclusões e recomendações da X SEMSAT

Os Sindicatos devem:

1- Pressionar órgãos públicos para ativação e manutenção dos Programas de Saúde do Trabalhador e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador com participação sindical.

2- Apoiar órgãos intersindicais.

3- Pressionar Ministério do Trabalho para publicação das modificações nas NR 5 e NR 17, assinadas na gestão anterior.

4- Exigir modificação do projeto do deputado federal Mendes Thame relativo ao Capítulo V da CLT, de modo a subordinar ao Sistema Único de Saúde ações relativas à saúde do trabalhador.

5- Reforçar trabalho de saúde, com criação de Comissões de Saúde do Trabalhador e departamentos específicos.

6- Apoiar projeto do deputado Paulo Paim sobre criação de Comissões de Saúde nas fábricas.

7- Lutar pela Assistência Médica universal, pública e gratuita, com gerenciamento pela população e trabalhadores. Os convênios médicos e o assistencialismo sindical devem ser repensados.

8- Pressionar o Congresso para aprovação de projeto de implantação do

Sistema Único de Saúde (SUS) de interesse do movimento popular e sindical.

9- Retomar a luta pela participação majoritária de trabalhadores eleitos diretamente nos conselhos de gerenciamento da Previdência em todos os níveis.

10- Pressionar Congresso para criação de projeto de melhoria dos benefícios acidentários, pensões e aposentadorias e revisão da Legislação de Aposentadoria Especial e Doenças do Trabalho.

11- Exigir inscrição do Direito de Recusa ao trabalho em situações de risco grave e iminente na legislação federal e em convenções coletivas.

Cabe às centrais sindicais:

1- Ter atuação política mais integrada com movimento sindical nas questões relativas a Saúde, Previdência e Condições de Trabalho.

2- Atuar de modo mais objetivo nas políticas sociais. Suas resoluções e definições políticas devem ser mais claras.

3- Convocar Plenária de Saúde para enfrentar concretamente problemas de Saúde, Previdência Social e Condições de Trabalho.

O Diesat deve:

1- Promover discussão mais intensa sobre questões abordadas na X SEMSAT, através de seminários e encontros.

2- Organizar reuniões preparatórias a SEMSATs à noite em diversos sindicatos, para maior participação das bases.

3- Procurar secretário de Saúde do Estado de São Paulo para exigir reforço à política de Programas de Saúde do Trabalhador no estado, com participação sindical.

Movimento social, movimento sindical e administrações democráticas e populares devem:

Interagir na construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Moções:

1- Pela manutenção da Superintendência de Controle de Endemias e em defesa dos serviços públicos de saúde.

2- De repúdio à ausência do representante do Instituto Nacional de Seguridade Social à X SEMSAT.

ESTANTE

KOWARICK, Lúcio – *Trabalho e Vadiagem. A origem do trabalho livre no Brasil*. São Paulo, Brasiliense, 1987. 133 p.

Tortuosos foram os caminhos para a constituição de uma mão-de-obra livre no Brasil, conforme, exige o modo capitalista de produção. Faz-se necessário um exército industrial de reserva que lhe permita quebrar a resistência do trabalhador; por outro lado, essa mão-de-obra deve ser livre para "escolher" vender sua força de trabalho ao capital, e ao mesmo tempo, expropriada, para que na verdade tal "escolha" seja compulsória. Onde quer que tenham se instalado tais condições, o mecanismo para sua implantação exigiu graus elevados de coerção e violência, mas também de transformações culturais, para predispor o trabalhador a submeter-se ao capital.

Em seu livro "Trabalho e Vadiagem", o professor Lúcio Kowarick, do Departamento de Ciências Políticas da Universidade de São Paulo, vai buscar as raízes desse processo no período colonial, em que a economia brasileira erguia-se sobre uma produção agrária voltada aos interesses da metrópole lusitana, sustentada pelo trabalho escravo do negro trazido da África.

Pouco restava na estrutura social a quem não se enquadrava nas categorias de senhor e de escravo. Operava-se que o homem livre e o liberto da escravidão não encontravam espaço de atuação na sociedade colonial, sobrevivendo então de uma economia de subsistência, basicamente da coleta ou do plantio irregular, que realizava em terras de que se apropriava durante algum tempo. Vivendo sem vínculo formal ao sistema produtivo vigente, esse contingente de não-escravos e de não-senhores era visto como vadio, inútil.

Com o fim do tráfico de escravos, regulado por lei a partir de 1850, dificultou-se o reabastecimento das fazendas com negros escravos vindos diretamente do continente africano. As prósperas fazendas de café do Estado de São Paulo não se ressentiram da falta dessa mão-de-obra, pois um intenso fluxo inter-regional de escravos assegurou a esses fazendeiros o seu abastecimento com escravos provenientes de províncias como Pernambuco, cujos engenhos de açúcar encontravam-se em decadência, cedendo sua primazia econômica às culturas de café do Estado de São Paulo, inicialmente instaladas no Vale do Paraíba e posteriormente no Oeste do estado. Ocorreu que enquanto São Paulo continuou a valer-se do trabalho escravo, nos estados do Nordeste os homens livres e libertos tornavam-se pouco a pouco a mão-de-obra predominante.

Ainda que em São Paulo jamais tenha faltado a mão-de-obra cativa até às vésperas da Lei Áurea, o fim da reprodução do escravo determinado pelo término do tráfico e as crescentes pressões sociais e políticas rumo à Abolição exigiam solução para o problema da falta de mão-de-obra que se avizinhava.

Foram buscá-la no exterior: crescentes levas de imigrantes italianos, espanhóis, portugueses e, mais tarde, japoneses, vieram abastecer as lavouras e depois a indústria incipiente. É que embora fosse imenso o contingente de livres e libertos, mostravam-se eles refratários ao trabalho nas condições apresentadas pela mentalidade do senhor de escravos. Estes, por sua vez, tachavam aqueles de vadios e desqualificados para o trabalho. Em

suma, enquanto tinham condições de prover sua própria subsistência pela coleta ou pelo plantio irregular, preferiam os livres não submeter-se ao trabalho disciplinado e regulado; o homem livre nacional não estava ainda preparado para constituir a força de trabalho de que necessita o capital, não estava ainda de todo expropriado. Por sua vez, o senhor de terras providenciou a importação de mão-de-obra nas condições adequadas à dinâmica de trabalho que impunha. O imigrante chegava ao país previamente expropriado e com o sonho de "fazer a América", ou seja, disposto a submeter-se à disciplina do trabalho. Havia um componente adicional que os assemelhava ao trabalhador cativo a que estavam acostumados os senhores de escravos. É que os custos de imigração, no início desse processo, eram arcados inteiramente pelos fazendeiros, devendo o imigrante além de satisfazer os interesses que levaram a sua importação, repor o montante gasto para tal, sem o quê, dificilmente o senhor de terras permitiria que ele deixasse de suas propriedades.

Esse mecanismo de imobilização do imigrante perde seu elo fundamental em 1885 quando o governo do Estado de São Paulo passa a custear diretamente a imigração. Ou seja, a "classe dos potentados rurais", através do Estado, atinge a condição essencial para a acumulação do capital, em outras palavras, tem-se agora uma mão-de-obra volumosa, expropriada e definitivamente "livre", móvel. A sua exploração se fará a partir de então na extração da mais valia, no assalariamento, mas a baixos salários, de um contingente com uma imensa reserva de braços e destituído dos meios e instrumentos de produção.

O capitalismo emergente, representado pelos fazendeiros, rapidamente se organiza para assegurar a regularidade dessa fonte de braço. Nas poucas ocasiões em que era chamada ao trabalho, era para realizar tarefas que não se podia confiar aos escravos – sob o risco de que fugissem, por exemplo –, ou que os imigrantes se recusavam a realizar – os trabalhos mais degradados, desprezados e mal remunerados. Só era ele considerado vadio para o trabalho disciplinado, para o qual os grupos dominantes sempre achavam possibilidades de realização mais vantajosas no negro cativo ou no imigrante previamente expropriado. Afinal, o nacional relutava em aceitar o trabalho nas condições em que se apresentavam e submeter-se por esse meio a uma disciplina que em nada seduzia.

Quando na segunda década deste século a entrada de imigrantes diminuiu sensivelmente devido à Primeira Guerra Mundial, e acirraram-se os conflitos sociais internos, marcadamente durante a greve de 1917, os grupos dominantes passaram a reverter o discurso da vadiagem – que lhes havia garantido enormes somas e volumoso contingente de trabalhadores imigrantes –, e recuperar para o trabalho a mão-de-obra nacional. É assim que, de indisciplinado, vadio, inútil, preguiçoso, o trabalhador nacional no discurso dos grupos dominantes passará a ser apto, disciplinado, laborioso, digno, versátil para a realização de tarefas diversas.

O processo de recuperação do trabalhador nacional a nível do discurso dominante se opera em uma situação em que o braço nacional, durante alguns anos ainda, será relegado a uma posição de inferioridade frente ao considerável número de imigrantes e seus descendentes ainda existentes. Negros e mulatos serão, por fim, os mais inferiorizados dos nacionais, até que viessem a ser igualmente incorporados à força de trabalho, quando, a partir de 1930, tornaram-se necessários a novos setores da economia. Nas palavras de Kowarick: "Nesse instante, assim como antes acontecera no mundo agrário, as necessidades econômicas por força de trabalho transformam a todos, pretos, brancos e mulatos, nacionais ou estrangeiros, em mercadoria para o capital."

Fundamentado num instrumental teórico marxista, o Professor Lúcio Kowarick realiza uma pesquisa minuciosa que esclarece pontos importantes do processo de constituição da mão-de-obra livre no Brasil, enquanto desvenda o mito da vadiagem plantado pelos grupos dominantes, ou seja, enquanto desvenda interesses que manipulam discursos sobre a classe trabalhadora.

Paulo Roberto do Nascimento

Encontro Intersindical de Saúde do Trabalhador de Fortaleza

Com o objetivo de organizar os trabalhadores da região para as questões relativas à saúde e sua relação com o trabalho, sindicatos de várias categorias, CUT, Comissão Estadual de Saúde do Trabalhador e SINE/CE promoveram o I Encontro Intersindical na Área de Saúde do Trabalhador, dias 24 e 25 de abril em Fortaleza no Ceará.

A presença de 102 participantes, entre entidades, sindicais e técnicos demonstrou a importância do tema e a necessidade cada vez mais sentida pelo movimento sindical de reconhecimento das inúmeras doenças profissionais e do trabalho que atingem as diferentes categorias profissionais e de exigir o efetivo controle das condições ambientais do trabalho que ofereçam risco à segurança e à saúde dos trabalhadores.

O DIESAT participou da abertura do Encontro e das mesas-redondas que se seguiram, enfatizando que a luta pelo respeito à integridade física e mental do trabalhador exige que os sindicatos estejam

atentos aos problemas de saúde que atingem a própria base e que se organizem a partir de ações intersindicais, unindo forças para exercer pressão e exigir o cumprimento das normas de segurança dos ambientes de trabalho tanto no que depende dos órgãos governamentais responsáveis pela fiscalização, normatização e entendimento médico como também das empresas.

Vale lembrar a situação vivida pelos trabalhadores no Ceará a partir da década de 70, quando a SUDENE passa a investir na industrialização, provocando uma expressiva mudança na organização produtiva da economia local – de uma produção basicamente agro-pastoril ao desenvolvimento de um parque industrial.

A esta política de investimento relacionam-se outras razões como a seca, a mecanização no campo, a ausência de benefícios ao agricultor – como o crédito agrícola ou o direito fundamental à terra –, gerando a expulsão da mão-de-obra para os centros urbanos, que não é absorvida na

mesma proporção pelo emprego industrial. O resultado disso se materializa nos altos índices de desemprego e subemprego; na crescente favelização da periferia das cidades; no aumento absoluto da miséria. Estes fatores, aliados ao descaso dos órgãos governamentais no controle das empresas no que se refere às questões trabalhistas e no que se refere às condições de trabalho ou na atenção médica, contribuem para o crescimento de uma massa de trabalhadores desinformada e destituída dos seus direitos mais elementares.

A principal resolução do Encontro é a formação de uma Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador composta por 16 sindicatos, que encaminharão as prioridades estabelecidas. Para um estado com tantas carências, este momento significa a organização dos sindicatos e a responsabilidade de reverterem o quadro.

Agda Ap. Delia

Metanol preocupa frentistas

Exames realizados pela Prefeitura de São Paulo revelaram teor de metanol na urina acima dos níveis de tolerância em 4 dos 119 frentistas escolhidos para amostragem. Os níveis encontrados não indicam intoxicação, mas demonstram, segundo técnicos da Prefeitura, inadequação dos equipamentos de proteção utilizados.

Na região industrial do ABCD, o Centro de Referência para Saúde do Trabalhador

identificou 5 frentistas com sintomas leves de intoxicação por metanol. Exames toxicológicos não identificaram taxa de metanol alta. Orlando Puzone, Coordenador Técnico do Centro de Referência, acredita que o metanol possa causar sintomatologia não detectável por exames toxicológicos. Outra explicação para as queixas dos trabalhadores pode ser maior atenção a problemas de saúde com o medo ao metanol.

Errata

Na matéria **"Não Adianta Chorar sobre o Metanol derramado"** do nº 27 de "Trabalho & Saúde", houve um erro no fim do 2º parágrafo do tópico "Exemplo Americano". A redação correta seria:

"Existem diferenças enormes entre os combustíveis. A gasolina é um produto que determina diferentes efeitos tóxicos para o organismo humano. O metanol se decompõe após

absorvido e um dos produtos dessa decomposição possui uma terrível especificidade: atinge o nervo óptico, isto é, leva a uma forte possibilidade de cegueira. Goodman e Gilman mencionam cegueira em casos de ingestão de 4 ml de metanol (Bases Farmacológicas da Terapêutica Clínica. 7ª. edição, 1987)". Não é o contato direto do metanol com o olho que causa cegueira.

Químicos do ABC têm nova forma de levantamento de condições de trabalho

Levantamento conjunto das condições de trabalho.

Esta tem sido a metodologia proposta pela subseção do Diesat no sindicato dos Químicos do ABC à direção da entidade, às comissões de fábricas e Cipas, em substituição aos tradicionais processos judiciais coletivos.

No período de 1984 a 1988, a Comissão de Saúde e Trabalho (Comsat) do Sindicato, adotou como uma de suas táticas na luta pela melhoria das condições de trabalho, os processos coletivos movidos na justiça em nome dos trabalhadores de determinada empresa. Assim, processos monstruosos, com até 3 mil reclamantes, foram movidos contra as maiores e principais empresas da base.

Esta forma de atuação trouxe resultados positivos. Além de algumas vitórias em termos monetários, com o pagamento de adicionais retroativos a até dois anos do início do processo, as empresas processadas e outras trataram de investir rapidamente na melhoria dos ambientes de trabalho com medo dos "rombos" ocasionados pelos processos-monstro. Outro aspecto positivo foi o desdobramento de mobilizações e greves pela saúde a partir do conhecimento da realidade dentro das fábricas.

No entanto, foi crescendo também, com o decorrer dos anos, a organização dos trabalhadores nos locais de trabalho e

a percepção sindical do alto custo dos processos judiciais e de sua limitação para conhecer as reais condições de trabalho, tornando-se incompletos. O Sindicato percebeu também que os resultados dos processos ficam sujeitos à manipulação por significativo contingente de peritos-judiciais incrustados nas juntas trabalhistas da região, que atuam de forma corrupta ou duvidosa.

Pelo lado patronal, estes custos diretos e "indiretos" dos processos judiciais, aliados ao aumento do período de retroatividade do pagamento de direitos trabalhistas de 2 para 5 anos (conforme determina a Constituição de 5 de outubro de 1988), tornaram mais assimilável a possibilidade de entendimento com os trabalhadores para outra forma de levantamento da insalubridade e periculosidade.

Esta alternativa, proposta pelos dirigentes sindicais, estabelece o levantamento conjunto das condições de trabalho por técnicos da subseção do Diesat no Sindicato e técnicos da empresa, com o acompanhamento de trabalhadores (representados pelos dirigentes do sindicato, da comissão de fábrica, da Cipa ou delegados sindicais) e dos patrões, representados por chefe ou gerente de cada área visitada.

A intensa participação dos trabalhadores de cada setor das empresas, expondo aos técnicos e dirigentes sindicais

sua leitura do ambiente de trabalho, tem sido fundamental à elaboração de estudos e levantamentos mais aprofundados da nocividade do trabalho.

Além de identificar a periculosidade e insalubridade, cujos adicionais passam a ser negociados entre sindicato e empresa, este trabalho liberto da tutela legal obrigatória do juiz e de leis ultrapassadas e falhas tem levado ao questionamento dos métodos de avaliação ambiental e médico das empresas. Os trabalhadores percebem a interferência da organização do trabalho e a necessidade de discussão imediata das medidas necessárias à eliminação da nocividade.

Esta metodologia tem que estar calçada sobre a organização dos trabalhadores, antes, durante e depois dos trabalhos de levantamento, porque, na existência de divergências graves, não haverá a tutela legal para dirimi-las. A resolução das pendências depende da correlação de forças entre as partes, tendo, de um lado, o laudo técnico elaborado pelos trabalhadores, seus representantes e seus técnicos, e, de outro, laudo técnico sustentado pelos técnicos da empresa e sua direção.

Em quem devemos apostar?

Nilton B. B. Freitas

Engenheiro de Segurança

Subseção do Diesat no Sindicato dos Químicos do ABC

Bancários de Florianópolis promovem I Semana de Saúde do Trabalhador

A I Semana de Saúde do Trabalhador bancário de Florianópolis teve lugar nos dias 10 e 11 de Abril. O tema tomou por base os resultados da aplicação de um Questionário de Saúde, realizada pelo Departamento de Saúde do sindicato e com o apoio das Cipas do Banco do Brasil e do BESC (Banco do Estado de Santa Catarina). Nas respostas haviam sido destacados os problemas de saúde mental. Os participantes da Semsat discutiam a fadiga mental, o nervosismo, as perturbações do sono, o uso excessivo de bebidas alcoólicas e as doenças psicossomáticas (doenças que afetam o organismo a partir de causas psicológicas).

Verificou-se a profunda relação entre estes males e a situação de trabalho vivida pelos bancários no seu cotidiano. Ritmos de trabalho submetidos a pressões de tempo e de chefia, jornadas prolongadas e outras causas de tensão foram identificadas. Várias constatações dos trabalhadores presentes assinalaram o aumento destes problemas durante as semanas que sucederam a reforma monetária, quando os bancários de todo o país estiveram submetidos a imensas exigências de desempenho, além de terem servido de pára-choque à aflição da clientela dos bancos.

Esse excesso de trabalho em ambiente de alta tensão

emocional somou-se à inquietude produzida pela demissão de milhares de bancários no Brasil, tornando a ameaça de desemprego mais uma agressão psicológica. Foram levantados os riscos que a saúde mental de todos os trabalhadores passa a sofrer no período de recessão que se inicia.

No segundo dia do encontro, os médicos do Departamento de Saúde do Sindicato expuseram resultados de algumas vitórias realizadas em diferentes ambientes de trabalhos bancário, analisando aspectos de insalubridade, penosidade e periculosidade identificados. Casos avançados de tenossinovite e de outras LER (Lesões por Esforço Repetiti-

vo) foram encontrados em funcionários de área de processamento de dados. Verificaram também os riscos químicos a que estão submetidos funcionários que trabalham em laboratórios de microfilmagem onde a ventilação é insuficiente. A necessidade de reconhecimento destes e de outros riscos existentes no trabalho bancário conjuga-se à necessidade de ações que levam a modificar os ambientes e formas de organização do trabalho que afetam a saúde da categoria.

A assessoria de Saúde Mental do DIESAT teve presença e participação ativa no encontro.

O Governo Collor e as políticas de saúde

O país assistiu na segunda quinzena do mês de março à entrada em vigor de mais um "pacote" de medidas econômicas baixadas pelo Governo Federal com o objetivo de provocar a queda de inflação.

A par da forma autoritária de implantação das tais medidas, confiscando as poupanças dos assalariados, bloqueando o dinheiro dos sindicatos e entidades representativas de trabalhadores como o DIEESE e DIESAT, impedindo que se pudesse recorrer à Justiça para defender os direitos consagrados na própria Constituição Federal; não se observou qualquer outra medida no campo das políticas sociais, que desse aos cidadãos a impressão de que exista um claro plano global de governo para atacar as outras mazelas que afligem o povo brasileiro, seja na área da Saúde, da Previdência, do Trabalho, dentre tantas. Trata-se de atacar a inflação como a prioridade número um. Se após isso o país sobreviver, então talvez surjam propostas no campo social...

No que diz respeito aos desdobramentos do chamado "Plano Collor", renuncia-se uma brutal recessão econômica acompanhada de grande desemprego, o que trará sérias conseqüências para a saúde da população trabalhadora e para a saúde de instituições como a Previdência Social, já que o plano econômico, trazendo desemprego e arrocho salarial levará a piores condições de alimentação, de trabalho, de moradia, etc., ao lado de diminuir a arrecadação da Previdência Social, o que significa também menos dinheiro para a saúde.

As medidas relativas ao setor Saúde, Trabalho e Previdência Social adotadas pelo novo governo ficaram apenas na Reforma Administrativa dos órgãos ligados à Presidência da República e aos Ministérios, objetivando o "enxugamento" da máquina estatal, dentro da visão neo-liberal que orienta o atual grupo de poder.

Mediante a Medida Provisória número 150, que trata da Reforma Administrativa, o Governo encaminhou ao Congresso Nacional a proposta de Reformas, além de baixar o Decreto nº 99180 de 15/03/90, (D.O.U. 15/03/90) que propõe a "reorganização e funcionamento dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios"... Mas, na área da Saúde, Trabalho e Previdência Social, para onde apontam tais modificações?

No que se refere ao Ministério da Saúde, o Decreto dedica os artigos 131 e 143, definindo competências, composição de órgãos e atribuições.

É preocupante notar-se que ao contrário do que propõe a Lei do Sistema Único de Saúde (SUS) em tramitação no Congresso e a Constituição Federal, na

estrutura do Ministério da Saúde nada existe que diga respeito à Saúde do Trabalhador. A atividade assistencial ao acidentado ou doente devido às condições de trabalho, prevenção, o controle dos ambientes e condições de trabalho nocivas à saúde através das ações de Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica como prevê a Lei do SUS, foram esquecidas. Isto é, o ambiente da fábrica e sua influência sobre a saúde de quem nele trabalha ou próximo a ele reside, não faz parte das atribuições do Ministério da Saúde e seus órgãos.

Mais ainda, no âmbito geral da saúde pública a estrutura proposta separa dentro do mesmo Ministério as ações curativas, que ficam na Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, das ações preventivas, de competência da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, mantendo com isso uma separação que tem sido criticada durante estes anos todos, quando ao INAMPS cabiam ações curativas e ao Ministério da Saúde as ações preventivas de caráter coletivo. Além disso, a nova estrutura mantém e absorve o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (INAMPS), que nos últimos 25 anos sustentou a política de privatização do setor público de saúde e de mercantilização da assistência médica.

Não se estaria modificando para ficar tudo com está?

Por outro lado, na nova organização ministerial as atividades de saneamento, isto é, tratamento de água, esgotos, controle de lixo, que têm íntima relação com a saúde da população, são agora da competência do Ministério da Ação Social, contrariando a proposta do Sistema Único de Saúde, que engloba a área de saneamento. Isto dá a impressão de que demandas relacionadas ao saneamento serão tratadas mediante critérios clientelistas que caracterizam as medidas de "ação social" mantidas entre o Governo Federal e os governos estaduais e municipais, sempre usadas como mecanismo de cooptação política, o que descaracteriza o entendimento do saneamento como componente de uma política de saúde mais ampla e abrangente.

No que diz respeito à área do Trabalho e Previdência Social, que agora farão parte de um único Ministério, a prioridade parece concentrar-se no campo da Previdência Complementar, mediante o Conselho de Gestão da Previdência Complementar que irá... *coordenar, controlar e avaliar a execução da Política Nacional das entidades fechadas de previdência complementar* (art. 194), *que terão uma Secretaria Nacional de Previdência Complementar* (art. 203).

Quanto às condições de trabalho, fi-

carão sob a responsabilidade da Secretaria Nacional do Trabalho, com o seu Departamento de Controle da Segurança do Trabalho (artigos 197 e 201) ao qual compete:

"I. supervisionar e coordenar a execução de programas... visando proporcionar ao trabalhador segurança no desempenho de suas atividades laborativas:

II. realizar estudos e pesquisas que visem estabelecer padrões e condições relativos à segurança do trabalhador no ambiente de trabalho." (art. 201)

Percebe-se aqui uma grande preocupação com o setor de previdência complementar e com as atividades fechadas de previdência complementar, que terão inclusive uma secretaria específica para formular e executar planos de custeio e benefícios; coordenar as atividades das entidades fechadas de previdência complementar com as políticas de desenvolvimento social e econômico-financeira do Governo; fixar as normas da política; estipular as condições técnicas sobre custeio, investimentos, correção de valores monetários e estabelecer normas gerais e de contabilidade, auditoria e estatística a serem seguidas pelas entidades fechadas da previdência complementar. Nada é explicitado claramente sobre a seguridade social estatal e o seu custeio. Fica a impressão de que ao seguro privado será dado um espaço importante pelo Estado, no nível da Previdência complementar.

Não estariam aqui sendo definidas, pelo Estado, as bases para que o seguro saúde privado assumira um papel cada vez maior, ampliando sua cobertura junto à população segurada e trabalhadora, o que caberia à Previdência Estatal?

Ao lado dessa ampla normatização dentro do campo da Previdência complementar, contrasta a pequena e inexpressiva atribuição do Departamento de Controle de Segurança do Trabalhador que, se não existir uma definição mais clara da sua competência, atuará somente no que se refere aos acidentes de trabalho, deixando a questão de doenças relacionadas ao trabalho sem qualquer definição de papéis, levando a um vazio nesta área, já que ao "novo" Ministério da Saúde não caberá uma ação efetiva dentro da reestruturação definida pelo Decreto nº 99.180, contrariando o que propõe a Constituição Federal em seu artigo 200 e a Lei Orgânica do SUS, que dedica um artigo extenso ao tema da saúde do trabalhador, tanto no aspecto preventivo quanto no aspecto da assistência médica.

Francisco Antônio de Castro Lacaz
Assessor do Diesat