

Seminário Nacional Saúde da População Negra no Mundo do Trabalho

Centro de Treinamento de Lideranças - CTL - Itapoã
Salvador - Bahia
21 e 22 de agosto de 2002



Realização

Instituto Nacional de Saúde
no Trabalho - INST/CUT
Coletivo Nacional de Saúde, Trabalho
e Meio Ambiente - CNSTMA



**DIREÇÃO NACIONAL – CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES
GESTÃO: 2000/2003**

Presidente: João Antônio Felício

Vice-Presidente: Mônica Valente

Secretário Geral: Carlos Alberto Grana

1º Secretário: Remígio Todeschini

Tesoureiro: João Vaccari Neto

Primeiro Tesoureiro: José Maria de Almeida

Secretário de Relações Internacionais: Kjeld Aagaard Jakobsen

Secretário de Formação: Altemir Antônio Tortelli

Secretária de Comunicação: Sandra Rodrigues Cabral

Secretário de Políticas Sociais: Pascoal Carneiro

Secretária de Política Sindical: Gilda Almeida

Secretário de Organização: Rafael Freire Neto

Diretor para Assuntos Institucionais: José Jairo Ferreira Cabral

Diretoria Executiva

Maria Ednalva Bezerra de Lima

Rita de Cássia Evaristo

Luzia de Oliveira Fati

Elisângela dos Santos Araújo

Lúcia Regina dos Santos Reis

Jorge Luiz Martins

Temístocles Marcelos Neto

Júnia da Silva Gouvêa

Lujan Maria Bacelar de Miranda

Wagner Gomes

Luís Reis

Júlio Turra

Suplentes:

José Gerônimo Brumatti

Aldair Carlos dos Santos (In memorian)

Wanderley Antunes Bezerra

Rosane Silva

Dirceu Travesso

Mônica Cristina Custódio

Francisco Alano

Efetivos do Conselho Fiscal

Rejane Guimarães Pitanga

Donizete Gelinski

Francisvaldo Mendes

Suplentes do Conselho Fiscal

Pedro Armengol de Souza

Antônio Luís Farias Guimarães (Bigu)

Neiva Lazzarotto

Capítulo 1 – Políticas de Combate à Discriminação Racial

1.1 Raça e Trabalho - Mônica Custódio - Representante da Secretaria de Políticas Sociais – CNCDR/CUT.....5

1.2 Políticas de Combate ao Racismo no Mundo do Trabalho - João Carlos Nogueira Sociólogo, Assessor de Formação da CUT- Brasil/SNF e Diretor do INSPIR (Instituto Sindical Interamericano pela Igualdade Racial).....7

1.3 Políticas de Combate ao Racismo no Mundo do Trabalho - João de Oliveira - Secretário Geral – CUT/SP.....8

Capítulo 2 – Saúde e População Negra no Brasil

2.1 Diagnóstico das Principais Doenças que Atingem a População Negra: causas e consequências
Dr. Amaro Luiz Alves - Consultor do Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento (PNUD) - Especialista na área de saúde da população negra.....9

2.2 Anemia Falciforme: desinformação ou discriminação
Dr. Altair Lira - Presidente da Associação Baiana de Doenças Falciformes.....14

2.3 Doença Falciforme
Dra. Isa Lyra - Médica Hematologista.....14

Capítulo 3 – Impactos das Condições de Trabalho sobre a Saúde das Trabalhadoras e Trabalhadores Negros

3.1 Racismo e Discriminação como Fator Agravante do Sofrimento Mental
Dra. Maria Lúcia da Silva - Instituto AMMA Psique e Negritude.....16

3.2 A Igualdade de Oportunidades no Trabalho
Dra. Edna Muniz - Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdade (CEERT).....17

4. Anexo – Propostas dos Grupos de Trabalho.....22

Apresentação

Com o objetivo de promover a discussão no âmbito do movimento sindical sobre a saúde da população negra no Brasil, bem como buscar o fortalecimento, formação e mobilização das entidades sindicais representativas acerca desta temática, o Coletivo Nacional de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente, através do Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (INST/CUT), promoveu, entre os dias 21 e 22 de agosto de 2002, em Salvador (BA), o Seminário Nacional Saúde e Questão Racial.

Durante os dois dias, os participantes, especialistas em saúde e dirigentes sindicais discutiram as principais questões relativas à saúde da população negra e as suas implicações em vários aspectos da vida dessa população, como participação no mercado de trabalho, saúde mental, saúde reprodutiva, relacionamento interpessoal e outros. O seminário foi dividido em quatro

momentos. No primeiro, discutiram-se as Políticas de Combate à Discriminação Racial. Como primeira abordagem do tema, partiu-se do princípio de que é necessário assumir uma postura de que a discriminação é um fato inquestionável no Brasil. Por isso, é necessária a adoção de medidas que a combatam com firmeza. Mas são políticas que não se resumem aos aspectos legais da questão, e sim adotando medidas que diminuam – até a total supressão – a distância entre negros e brancos no País.

O segundo momento, na tarde do primeiro dia, serviu para realizar um diagnóstico dos principais problemas de saúde que afetam a população negra no Brasil, com as causas que as produzem e as conseqüências para essa população. A anemia falciforme foi o tema mais tratado. Os Impactos das condições de Trabalho sobre a saúde das trabalhadoras e dos trabalhadores negros, particularmente o racismo e discriminação como fatores agravantes do sofrimento men-

tal, ocuparam os participantes neste momento.

No segundo dia, os participantes do seminário dedicaram-se à busca de soluções para os problemas discutidos no primeiro dia do seminário. A mesa da manhã tratou do tema Ações de Proteção e Promoção a Saúde das Trabalhadoras e Trabalhadores. À tarde, foi a vez de, a partir de discussões em grupos de trabalho, reunir as principais conclusões dos dois dias de discussões e encaminhar propostas a serem implementadas pelas entidades participantes nos seus âmbitos de atuação.

A intenção deste documento é oferecer subsídios para que esta discussão continue a ser feita no País. Mais do que nunca, este é um momento em que essas questões devem ganhar o centro das discussões para o estabelecimento de qualquer política pública aplicada à população negra no País.

Rita de Cássia Evaristo
Executiva Nacional da CUT
Coordenadora do CNSTMA

João Carlos Nogueira
Assessor de Formação CUT/SNF
Diretor do INSPIR

Políticas de Combate à Discriminação Racial

1.1 Raça e Trabalho

Mônica Custódio

Representante da Secretaria de Políticas Sociais – CNCDR/CUT

Este é um seminário que nos qualifica para vários debates. Partimos do princípio de que não existe discriminação direta ou indireta.

Independentemente de ser negro ou não, temos que realizar o debate para que se possa proceder a mudanças na atual situação em que se encontra problema da discriminação racial no País. Neste caso, alguns temas ganham relevância. Com relação, por exemplo, à saúde mental, um tema que sempre deve ser destacado, devemos nos preocupar especialmente com a estrutura de violência mental, que passa de pai para filho, conforme as condições em que vivem as famílias negras e a sua situação histórica, que provocam redução na auto-estima e a própria negação da violência.

Quando o assunto é a saúde reprodutiva, temos um outro cenário: a negação da mulher enquanto mulher. Neste caso surgem vários problemas, como por exemplo, a incerteza de pensar em uma gravidez. Essa questão, tanto quanto questão de saúde, acaba se transformando em uma questão cultural para a mulher negra, já que envolve não só aspectos referentes à saúde mental e reprodutiva, mas até mesmo as formas como se dão os relacionamentos interpessoais. Infelizmente, devido à educação que recebemos de nossos pais, ainda pensamos na velha recomendação de que devemos casar com pessoas de pele mais clara, para “clarear a família”.

Mas temos outros âmbitos em que devemos mergulhar para discutir a discriminação racial e sua relação

1.2 Políticas de Combate ao Racismo no Mundo do Trabalho

João Carlos Nogueira

Sociólogo, Assessor de Formação da CUT- Brasil/SNF e Diretor do INSPIR (Instituto Sindical Interamericano pela Igualdade Racial)

Gostaria de iniciar minhas considerações ressaltando a importância e a urgência do INST de desenvolver uma política de saúde voltada aos trabalhadores negros (mulheres e homens) que representam a maioria no mundo do trabalho, embora nos espaços menos qualificados e com menor remuneração. As bases que fortalecem esse quadro são o racismo e as discriminações, cujas conseqüências refletem-se diretamente no corpo e nas subjetividades de nós, negros e trabalhadores.

Como o objetivo dessa primeira mesa é discutir as políticas de combate à discriminação racial, vou centrar minhas reflexões nos principais processos organizativos e conjunturais das últimas duas décadas, onde os movimentos negro e sindical melhor interagiram na luta contra o racismo. Contextualizar historicamente a luta contemporânea dos trabalhadores negros no Brasil é fundamental e, por esta razão, a Secretaria Nacional de Formação (SNF) organizou em dois volumes (o volume 1 foi lançado no Fórum Social Mundial em 2002, em Porto Alegre) a História do Trabalho e dos Trabalhadores Negros no Brasil,

coordenada e organizada por mim. A compreensão dos significados da diáspora negra, da escravidão, do trabalho escravo e das desigualdades raciais que enfrentamos atualmente são chaves no nosso processo de organização e impulsionadores de nossa luta.

Quero lembrar também que a luta contra a discriminação racial no mercado de trabalho não é recente, vem das resistências dos séculos passados a este formato organizativo que temos atualmente (sindicatos, organizações negras, partidos etc.). Já na década de 80 organizava-se o 1º Seminário Nacional Contra a Discriminação Racial no Mercado de Trabalho, em 1986, em São Paulo, onde os sindicalistas, intelectuais e militantes do movimento negro discutiram as desigualdades raciais e encaminharam estratégias de luta para combater o racismo, que encontrou, nos anos 90, uma conjuntura sindical mais favorável. O debate sobre o sindicato cidadão e o compromisso com a cidadania ativa dos trabalhadores ampliaram os horizontes da luta sindical.

A década de 90 é, sem dúvida, o período em que mais avançamos na

luta contra a discriminação racial no mercado de trabalho. Do ponto de vista organizativo, a CUT, representada pelos seus dirigentes negros, homens e mulheres, fizeram a diferença. A denúncia à OIT, em 1992, do descumprimento da Convenção 111, e o impacto que isso causou no movimento sindical e no movimento negro não têm precedentes, de tal modo que os principais sindicatos filiados à CUT, federações e confederações, produziram algum material ou realizaram eventos relacionados à Convenção, porque tratava-se de uma forte denúncia do caótico quadro das desigualdades raciais no mundo do trabalho.

A organização definitiva da Comissão Nacional Contra a Discriminação Racial (CNCDR), aprovada no V CONCUR, a criação do INSPIR e a conseqüente publicação do Mapa da População Negra no Mercado de Trabalho, qualificam a luta negra sindical no combate ao racismo e à discriminação. Um dado fundamental no plano das nossas vitórias foi o caso Vicente do Espírito Santo, trabalhador negro demitido por racismo da Eletrosul, em Santa Catarina, reintegrado cinco anos

depois por decisão do Tribunal Superior do Trabalho. A história de luta do Vicente refletia-se nos milhares de trabalhadores negros discriminados cotidianamente nos seus locais de trabalho. Isso impulsionou ainda mais a CUT e seus sindicatos a combaterem o racismo, na medida em que Vicente esteve presente nos principais eventos (plenárias, congressos, etc.) relatando a sua história de luta e a responsabilidade que os sindicatos tinham em incorporar o tema das relações raciais.

A questão racial é fundamentalmente política. A luta contra o racismo é de responsabilidade do conjunto da classe trabalhadora e, evidentemente, a razão de existência do movimento negro como ator principal neste processo, que tem demonstrado historicamente capacidade organizativa e logrado êxito nas poucas vitórias e avanços que nós negros tivemos na história contemporânea. Quero fazer referências também a alguns momentos importantes e decisivos da articulação entre movimento negro e movimento sindical:

- A Marcha dos 300 anos de Imortalidade de Zumbi dos Palmares sobre Brasília, em 1995;
- O processo de organização da luta sindical contra o racismo e a própria construção da Comissão Nacional;
- As Conferências Internacionais, seminários etc.
- A luta pela implementação da Convenção 111 da OIT, um dos instrumentos mais importantes no combate à discriminação no trabalho e tantas outras que se realizaram e se realizam nos estados, nas regiões, em cada categoria, sindicatos, nas CUTs, etc.

Nossos desafios são imensos, o século XXI começa de cara feia, os acontecimentos de 11 de setembro nos EUA aceleram e intensificam os conflitos econômicos, sociais e culturais e, nesta perspectiva, é no mundo dos conflitos culturais que o racismo, a xenofobia e todas as formas de discriminação e intolerâncias alastram-se como pólvora e fogo, literalmente.

Contraditoriamente, no Brasil, o processo eleitoral das eleições majoritárias para presidente da República e o pós-conferência de Durban indicam elementos favoráveis para a luta contra o racismo e a discriminação. As reparações como bandeira e pauta de nossas agendas unificam as lutas históricas do movimento negro e estão se refletindo nos debates com os candidatos à presidente da República, embora pelo caminho da negação ou do

equívoco. O fato é que está forçando a agenda e a reflexão no campo da política nacional. É, portanto, uma brecha importante construída pelo movimento negro organizado.

A saúde, enquanto uma política pública indispensável à vida, deve ser um dos centros de nossas atenções. Temos muito acúmulo na luta contra o racismo nas áreas da educação, do trabalho, terra dos remanescentes e da própria saúde. No entanto, ainda não conseguimos articular de forma concreta as demandas aparentemente específicas com o todo das nossas ações antidiscriminatórias. Neste caso, o Instituto Nacional de Saúde no Trabalho pode ser o instrumento de que precisávamos, na medida em que há um projeto nacional que está incorporando a questão racial como mais uma de suas centralidades.

1.3 João de Oliveira Secretário Geral – CUT/SP

Como militante sindical, venho tentando negociar os exames de saúde periódicos para os trabalhadores e as trabalhadoras negras.

Infelizmente, não temos obtido êxito com relação a isso. E temos observado que o quadro de doenças que atingem esses trabalhadores é grave. Temos consciência de que deve-se dar maior importância a essas discussões, enfocando os problemas decorrentes da anemia falciforme, da

hipertensão e outras doenças. Para isso, porém, temos que resgatar o trabalho já feito nesses campos. Nós temos o péssimo hábito de começar do zero. Para evitar desperdício de tempo e de recursos, devemos dar continuidade ao que já foi feito. Informações já temos. Devemos olhar a distribuição de tarefas para melhorar e dar continuidade às conquistas. Sinto bastante otimismo com relação a esta possibilidade.

Saúde e População Negra no Brasil

2.1 Diagnóstico das Principais Doenças que Atingem a População Negra: causas e consequências

Subsídios técnicos para a igualdade racial em saúde*

Amaro Luiz Alves

Administrador, Sanitarista, ex-consultor legislativo do Senado Federal

Sempre que se aborda a temática da saúde da população negra, sob quaisquer de seus ângulos, há que se considerar as múltiplas correntes de pensamento sobre a questão. Esses grupos não têm contornos bem definidos nem se situam, monoliticamente, em determinadas instituições, pontos geográficos ou equipes. São, em realidade, individualidades que têm identidade de posição ideológica, sem contudo terem acordado, antecipadamente, opiniões sobre o assunto.

As consultas preliminares do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra, mediante contatos e entrevistas com militantes, dirigentes governamentais, sanitaristas, docentes e outros estratos da sociedade, propiciaram a

visualização nítida dessas correntes de pensamento. Existem variadas posições a respeito de como deveria ser abordada a questão da saúde da população negra, tendo em vista o interesse do governo em solicitar propostas de políticas para o setor racial/étnico.

A corrente negativista recusa-se a reconhecer que a população negra tem problemas sanitários específicos, repelindo qualquer abordagem que aponte particularidade que possa, na sua visão, estigmatizar mais ainda essa parcela da população. Para essas pessoas, afirmar que os negros têm doenças relativas à sua origem étnica significa oferecer argumento para as práticas do racismo e do preconceito. Tornar públicas fraquezas e deficiências do povo afro-descendente poderia representar a perda de espaço em mercados de trabalho, o

agravamento do racismo e o comprometimento da auto-estima.

A corrente integracionista defende a tese de que não há uma problemática específica da população negra, entendendo ser os problemas de saúde de exclusiva natureza social, econômica e cultural. A desvantagem em matéria de indicadores sanitários vivenciada pelos afro-brasileiros seria sanada quando se resolvessem os problemas estruturais do País, com a distribuição de renda, a expansão do mercado de trabalho, a melhoria do acesso à educação e à moradia, dentre outros.

Os programas de saúde, gerais, horizontais e universalizados, ao atenderem a todos, estariam atendendo aos negros, de forma indiscriminada, melhorando seus níveis de saúde, na medida em que melhorassem os níveis de bem-estar social,

de forma globalizada, de toda a sociedade. Segundo esse ponto de vista, não cabe discutir nem propor uma temática envolvendo o binômio raça/etnia e saúde.

A corrente compensatória posiciona-se favorável à tese de que as doenças que acometem a população negra são seqüelas da escravização do passado, do processo contemporâneo de marginalização econômica e social, do estresse, das agressões e dos preconceitos a que são submetidos os afro-descendentes.

A reparação desses danos seria de responsabilidade do Estado, à semelhança de indenização financeira da dívida secular, mediante a criação de múltiplos programas especializados na problemática da população negra, além da determinação de prioridade do seu atendimento na rede pública de saúde.

A quarta corrente propugna por uma abordagem realista. Considera que se houver comprovação científica para os problemas de saúde da população negra, estes deverão ser sistematizados de modo a encaminhar soluções, à luz dos conhecimentos vigentes. Admite que os riscos do uso indevido dessas informações serão bem menores que o sofrimento causado pela desinformação do povo e a inação do governo.

A primeira sistematização mais abrangente da temática sanitária brasileira, sob o recorte racial, ocorreu em 1996, por ocasião da mesa-redonda sobre a Saúde da População Negra, e teve como conclusão um quadro esquemático que explica, de forma organizada em blocos, a problemática de saúde da população negra.

No primeiro bloco estão as

doenças geneticamente determinadas, que têm relação com a origem étnica dos afro-descendentes. Nesse grupo, destaca-se a Anemia Falciforme, por ser uma doença que teve origem na África e atinge, predominantemente, povos africanos ou miscigenados. Também são doenças ou agravos desse grupo a hipertensão arterial, o diabetes *mellitus* e a deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase, incidentes sobre outros grupos raciais/étnicos, porém mais graves ou de tratamento mais difícil quando acometem pretos e pardos, em função de variáveis genéticas atribuídas a sua origem étnica.

O segundo bloco é um conjunto de ocorrências, condições, doenças e agravos adquiridos, derivados de condições socioeconômicas e educacionais desfavoráveis, além de intensa pressão social: alcoolismo, toxicomania, desnutrição, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropriva, DST/AIDS, doenças do trabalho e transtornos mentais.

O terceiro bloco é constituído de doenças cuja evolução agrava-se ou o tratamento é dificultado pelas condições negativas anteriormente citadas. A hipertensão arterial, o diabetes *mellitus*, as coronariopatias, a insuficiência renal crônica, os cânceres e os miomas, apesar de incidentes sobre toda sociedade, tornam-se mais graves na população negra, devido às carências econômicas, sociais e culturais a que esta está submetida.

O quarto bloco é o conjunto de condições fisiológicas que sofrem interferência das condições de vida da maior parte da população negra. O crescimento, a gravidez, o parto e o envelhecimento são quatro fatos biológicos naturais para a população

em geral, mas constituem situações de risco para o acometimento de doenças devido às condições adversas em que vivem os afro-descendentes. Conquanto sejam acontecimentos sem intercorrências para as camadas superiores da sociedade, crescer, engravidar, parir e envelhecer são situações arriscadas para a população negra.

A compreensão da problemática da saúde da população negra passa, obrigatoriamente, pelo entendimento do processo de formação do povo brasileiro como um todo e abrange as particularidades genéticas, sociais, culturais e demográficas.

A população negra brasileira é única no mundo, tanto na quantidade quanto na composição. Zago afirma em seus estudos que a mão-de-obra escravizada constituiu-se de 50% a 60% de origem banto, das regiões mais ao Sul da África, 40% da região da baía de Benin e o restante de contingentes vindos da região da Senegâmbia. Não há no mundo mistura semelhante tanto na proporção quanto na variedade de origens, o que torna a realidade brasileira única e de especificidade própria.

Isso implica em que a realidade sanitária brasileira também tenha as suas especificidades e as doenças tenham curso, características e gravidade diferentes das dos países da África ou de outros que receberam contingentes escravizados. Além disso, são escassos ou inexistentes estudos ou estatísticas envolvendo o complexo saúde-doença da população negra, devido aos fatos de não ser utilizado o quesito raça/cor nos formulários do SUS, em âmbito nacional, e somente há poucos anos ter sido introduzido o quesito raça/cor

nas declarações de óbito. Urge, pois, que providências sejam tomadas no sentido de que todos os documentos de identificação de pacientes no sistema de saúde brasileiro contemplem a variável racial/étnica.

Depois de constar durante décadas das reivindicações do Movimento Negro, uma das realizações do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra foi a inclusão do quesito raça/cor nas declarações de óbito e de nascidos vivos. Enquanto que esta última viabilizará a introdução dessa variável em todos os documentos civis do cidadão a partir da certidão de nascimento, a declaração de óbito detalhando a cor ou a raça dos falecidos permitirá a realização de estatísticas e análises sobre a incidência e a prevalência de doenças sobre a população negra, propiciando a formulação de políticas públicas voltadas para a solução de possíveis problemas localizados nesse contingente.

Os primeiros dados de mortalidade, incluindo o quesito raça/cor, referentes aos óbitos ocorridos a partir de 1997, começam a ser tabulados, porém com limitações, tendo em vista que esse importante quesito somente vem sendo preenchido em pouco mais da metade das declarações de óbito.

Outra particularidade do componente racial na área da saúde é de que há indícios de desvantagem da população negra comparativamente a outros grupos raciais, provocada por questões sociais ou por manifestações concretas de racismo ou preconceito. Essas desigualdades necessitam ser investigados a partir de análises de dados retirados das estatísticas oficiais, tanto no que se refere à morbidade, quanto à mortalidade incidente sobre os afro-descendentes no País.

O acesso de pretos e pardos a serviços mais sofisticados da rede pública de saúde, como transplantes, cirurgias eletivas de grande porte, diagnósticos especiais e terapias de alta complexidade necessita ser estudado mediante a ótica racial/étnica. Há evidências de forte desvantagem da população negra frente a outros grupos populacionais, observadas as suas proporções na população geral. Isto quer dizer que ser negro no Brasil representa ter mais dificuldade para ser atendido em certos níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde,

basicamente, por ser mais pobre, mais inculto, morar mais longe e, possivelmente, devido à sua condição étnica. Quando tem acesso aos serviços, há indícios de que a qualidade do atendimento dado ao afro-descendente é pior quando comparada à oferecida a outras parcelas da população.

Recentemente, o Sistema Nações Unidas, por intermédio de suas agências no Brasil, promoveu a elaboração de subsídios para a formulação da política de saúde da população negra, realizando, dessa forma, o resgate histórico de todos os documentos que se referiam ao tema, originários de iniciativas do governo e do Movimento Negro.

Quando se faz uma análise mais pormenorizada das doenças geneticamente determinadas, verifica-se com muita clareza que há uma grande dívida social a ser sanada por meio de providências concretas, envolvendo o governo e a sociedade nesta empreitada.

A Anemia Falciforme é a doença hereditária mais comum do Brasil. É causada por uma mutação da hemoglobina, provocando uma deformidade nos glóbulos vermelhos, conferindo-lhes a forma de uma foice, advindo daí seu nome, tanto em português quanto em inglês.

Essa deformidade dificulta a passagem dos glóbulos vermelhos por pequenas veias e artérias, causando distúrbios circulatórios sob a forma de enfartos, lesões em órgãos importantes e crises de dor de grande intensidade, afetando sobremaneira a qualidade de vida dos pacientes e reduzindo drasticamente sua expectativa de vida.

Essa doença surgiu na África, em épocas remotas, há milhares de anos, em função de uma alteração genética dos glóbulos vermelhos que, ao longo do tempo, modificaram-se como forma de defesa contra o plasmódio da malária, que, desde então, grassava na região.

A Anemia Falciforme foi trazida para o Brasil com a escravização forçada de grandes contingentes de africanos. Quando o indivíduo é portador de um gene anormal, heterozigoto, considera-se que ele é apenas assintomático, não doente. No entanto, pai e mãe portadores, cada um, de um gene anormal, têm 50% de probabilidade de gerarem, a cada gestação, filho doente,

sintomático, homozigoto. Todos os filhos de pais e mães doentes de Anemia Falciforme herdam a doença. A Anemia Falciforme pode comprometer quase todos os órgãos e sistemas do corpo humano, reduzindo a capacidade de trabalho e a expectativa de vida.

Além das manifestações de anemia crônica, o quadro é dominado por episódios de dores ósteo-articulares, dores abdominais, infecções e enfartes pulmonares, retardo no crescimento e maturação sexual, acidente vascular cerebral e comprometimento crônico de múltiplos órgãos, sistemas ou aparelhos. A destruição do baço é a principal responsável pela suscetibilidade aumentada a infecções graves ou septicemias.

Estudo realizado em 1998 demonstra que 80% dos óbitos por Anemia Falciforme ocorreram antes dos 30 anos, enquanto que 88% das pessoas que morreram em decorrência da doença não tiveram o registro correto de sua causa de morte. Tais constatações descortinam aos pacientes brasileiros um prognóstico sombrio, caso não se implementem ações de alcance coletivo no rumo do controle da doença, visando à melhoria de qualidade de vida, à redução de intercorrências e ao conseqüente aumento da sobrevivência dos doentes.

Segundo estimativas oficiais, existem no Brasil mais de dois milhões de portadores do gene HBS (assintomáticos) e mais de oito mil doentes de Anemia Falciforme. O cadastro oficial de doentes registrava, ao final da década de 1990, pouco mais da metade dos casos presumivelmente existentes, concluindo-se haver milhares de doentes desconhecidos dos serviços governamentais, ignorando a própria doença, sem tratamento ou tratados com diagnósticos equivocados.

Em 1996, grupo de trabalho nomeado pelo ministro da Saúde elaborou o Programa de Anemia Falciforme, com o objetivo de “promover e implementar ações que permitam reduzir a morbimortalidade, melhorar a qualidade de vida das pessoas com Doença Falciforme e disseminar informações relativas à doença”. O Programa de Anemia Falciforme (PAF) contempla os seguintes componentes: busca ativa de doentes, assistência a todos os doentes diagnosticados, estudos para conhecer a extensão epidemiológica e as características da doença, apoio à

criação de associações de doentes, educação sanitária, treinamento dos profissionais de saúde, pesquisas científicas, bioética e credenciamento de centros de referência.

Foram distribuídas mais de quatro mil cópias do programa para secretarias estaduais e municipais de Saúde, universidades, faculdades de medicina e de enfermagem, organizações não-governamentais, entidades do Movimento Negro, lideranças nacionais, bibliotecas e hemocentros, com a recomendação de sua imediata implementação.

Devido a problemas de ordem técnico-administrativa no âmbito federal e dificuldade de mobilização das lideranças da população negra, o PAF pouco alterou a prática dos serviços de saúde. Não obstante, alguma mudança observa-se no panorama geral. Há uma evidente melhora da consciência em relação à doença, até então ignorada por afro-descendentes, ocupantes de posições de chefia no governo, profissionais de saúde e formadores de opinião.

Em algumas cidades, a ação local de lideranças mais esclarecidas tem provocado a elaboração, tramitação e aprovação de leis municipais tornando obrigatória a implantação de atividades de controle da doença. Apesar de representarem fatos políticos positivos frente à situação de inação anterior, tais iniciativas não têm gerado efeitos práticos, não havendo melhora tanto em relação ao acesso a exames para diagnóstico da doença quanto à assistência, que é precariamente oferecida a uma parcela dos doentes já conhecidos.

O mais abrangente plano de ação em execução em âmbito estadual é realizado em Minas Gerais, onde uma parceria entre a Universidade Federal e a Secretaria de Saúde propicia o diagnóstico neonatal da doença, cobrindo mais de 85% dos partos ocorridos no estado.

A rede pública também presta assistência especializada em alguns centros urbanos. Uma ampla revisão bibliográfica efetuada por Lessa constata que a hipertensão arterial em pretos e pardos não está suficientemente estudada para que se confirme ser ela determinada por fatores étnicos ou genéticos. Em negros americanos, a hipertensão apresenta as prevalências mais

elevadas do mundo, fortemente associada à obesidade, ao diabetes, ao nível sociocultural e à ingestão de sal.

A análise de trabalhos de diversos autores brasileiros reunidos por Lessa deixa evidente que há consistente diferença quando se examina a prevalência da hipertensão arterial, constatando-se entre os afro-descendentes a ocorrência da doença em proporção 50% maior do que em brancos. Embora possa parecer que o agravamento da doença se dá exclusivamente na diáspora, recentemente um grupo de pesquisadores observou prevalência mais elevada de hipertensão em negros do Zimbábwe do que em brancos europeus ou americanos.

Conforme estudo realizado pelo cardiologista Veiga Jardim, entre os Kalunga, “em grupo exclusivamente de negros e cafuzos (mestiços de negros com índios) magros, não-sedentários, com baixa ingestão de sal, regular uso de bebidas alcoólicas, excessivo hábito de fumar, remanescente de quilombo e residente em localidade de difícil acesso, Goiás, a prevalência da hipertensão foi de apenas 6,3 %, sem elevação com a idade.”

Segundo Franco, o diabetes *mellitus* é um distúrbio metabólico de etiologia múltipla, caracterizado por uma hiperglicemia crônica, decorrente tanto de uma deficiência de insulina, como da incapacidade da insulina exercer adequadamente seus efeitos, ou de uma combinação em graus variáveis dessas condições.

Estima-se que existam no Brasil seis milhões de diabéticos, dos quais a metade desconhece o diagnóstico. Esta parcela da população que ignora sua condição de doente, provavelmente tomará conhecimento da doença quando surgir alguma descompensação ou durante a manifestação de complicação crônica do diabetes, quando, de acordo com Franco, o sucesso do tratamento apresenta limitações.

Estudo multicêntrico realizado em 1987/1989, em âmbito nacional, não evidenciou diferença na prevalência do diabetes entre negros e brancos. Recorrentemente, fatores de risco, independentes da origem étnica, estão presentes nos casos de diabetes *mellitus* entre negros, como a obesidade, a hipertensão e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Embora limitados, os dados sobre as complicações crônicas mostram uma situação desvantajosa para os afro-descendentes:

- a retinopatia diabética é duas vezes mais prevalente em negros que em brancos;
- a nefropatia diabética é cerca de quatro vezes mais freqüente em negros;
- a incidência de amputações em membros inferiores apresenta um excesso de 20% em negros,

comparativamente aos brancos.

Os atrasos no diagnóstico e no tratamento das complicações, agravados pela hipertensão arterial, são os principais determinantes da desvantagem dos afro-descendentes em relação aos brancos. A deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase é um defeito enzimático das hemácias que pode causar episódios de hemólise aguda ou anemia hemolítica crônica ou ainda ser assintomático. De fato, a maioria dos afetados é assintomática. É o defeito enzimático mais comum da espécie humana, sendo encontrado em muitas populações e, com maior freqüência, entre negros africanos e em mediterrâneos.

Segundo Zago, a deficiência de G-6-PD afeta mais de 200 milhões de pessoas no mundo, mas apenas uma parcela delas tem manifestações clínicas. Essas pessoas podem manifestar quadro de hemólise aguda quando expostas a antimicrobianos, sulfas, analgésicos e antimaláricos.

A doença ocorre no Brasil entre descendentes de mediterrâneos e afro-descendentes. A legislação destinada a estabelecer os direitos dos cidadãos e os deveres do Estado, além de orientar a formulação de políticas públicas, em matéria de saúde da população negra, deverá ter, basicamente, componentes distintos na temática, mas intrinsecamente interligados, com os seguintes objetivos:

- organizar o saber disponível e incentivar a geração de conhecimentos novos, fomentando pesquisas e estudos, além de implantar sistemas de informação sobre as doenças mais prevalentes na população negra;
- capacitar os profissionais de saúde para a prevenção e a cura de doenças relacionadas às especificidades da população afro-descendente, ampliando seus conhecimentos sobre a diversidade racial/étnica da sociedade brasileira;
- disseminar informações sobre suas potencialidades e suscetibilidades, em termos do processo saúde/doença, de modo a capacitar os afro-descendentes a conhecer seus riscos de adoecer e morrer, facilitando a adoção de hábitos de vida saudável e a prevenção de doenças;
- incluir as práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde da população negra nas rotinas assistenciais do Sistema Único de Saúde, focalizando a assistência à saúde dos afro-descendentes em todos os programas, projetos e atividades do governo e da iniciativa privada;
- dar caráter de prioridade nacional ao Programa de Anemia Falciforme, tornando obrigatória sua completa

implementação pelos governos federal, estaduais e municipais;

- garantir o controle social;
- dar caráter obrigatório à implantação de programas básicos de saúde nas comunidades remanescentes de quilombos;

- tipificar os crimes de racismo ocorridos na prática dos serviços de saúde.

* *Palestra proferida no Seminário A Igualdade Racial: Como Corrigir os Problemas Gerados pela Exclusão. Câmara dos Deputados. Brasília. 28 e 29 de maio de 2002.*

2.2 Anemia Falciforme: desinformação ou discriminação

Altair Lira

Coordenador geral da Associação Baiana de Doenças Falcêmicas e outras Hemoglobinopatias – ABADFAL

O palestrante fez um depoimento sobre o problema da anemia falciforme em que a vivência pessoal foi a tônica. Alguns dos principais tópicos são apresentados abaixo, principalmente com relação às medidas que estão sendo tomadas pela ABADFAL e em vários locais do País para o combate à doença.

- Apresentou-se como pai de filhos com falcemia
- Falou sobre o desenvolvimento do currículo de genética para inclusão no calendário das universidades de medicina
- Falou sobre a missão institucional da ABADFAL

- Da mulher que se anula para tratar dos filhos, e é abandonada pelo marido.
- Apresentou as principais ações desenvolvidas pelo PRONEGRO
- Disse que as questões de saúde é de responsabilidade do governo, não podendo ficar apenas no

papel.

- No Amapá também esta se criando uma Associação para trabalhar sobre essas questões referente à saúde do negro. Falou sobre a tolerância zero quanto à mortalidade infantil e materna.

2.3 Doença Falciforme

Dra. Isa Lira

Médica Hematologista

A doença falciforme constitui um problema de saúde pública no Brasil, onde estima-se a existência de 700 a 1000 casos novos a cada ano. Tem como principais manifestações clínicas anemia hemolítica moderada a severa, crises de dor (vaso-oclusivas), susceptibilidade a infecções graves, crises de

seqüestro esplênico e lesão orgânica crônica para pulmões, ossos e rins. Estes episódios estão associados a morbiletalidade importante nas diferentes faixas etárias. Os portadores desta afecção devem ter acompanhamento clínico especializado em centros de referência, que contam com equipe multidisciplinar, desenvolvendo sobretudo um

programa educacional junto a família, com medidas preventivas e terapêuticas. O conceito atual de tratamento na doença falciforme engloba três pilares que são essenciais para uma boa qualidade na assistência prestada: prevenção primária - triagem do portador e aconselhamento genético; prevenção secundária - triagem neonatal,

educação familiar, profilaxia antibiótica; e prevenção terciária - onde são adotadas medidas terapêuticas para as complicações da doença.

No Brasil, os níveis preventivos secundário e terciário têm maior enfoque. Porém, é cada vez maior a atuação no nível primário, estando bem difundida em alguns estados. O adequado manejo das principais complicações clínicas agudas na infância, como episódios infecciosos, crises de seqüestro esplênico, vaso-occlusivas (crises algicas), acidente vascular cerebral, tem contribuído para a diminuição na morbidade desses pacientes. A susceptibilidade a infecções graves conferida pela asplenia funcional e alterações imunológicas impõe avaliação e conduta imediata, pela possibilidade de rápida e incontrolável deterioração do quadro. A presença de febre deve ser utilizada como sinal de alerta requerendo avaliação médica imediata, detecção de provável foco infeccioso e conduta terapêutica adequada. A profilaxia antibiótica com penicilina, vacinação básica associada a anti-pneumocócica e influenza são medidas profiláticas essenciais a estes pacientes. As crises de seqüestro esplênico constituem uma situação de emergência médica, causada pelo represamento súbito de sangue a nível do baço, que se caracteriza clinicamente pela acentuação da anemia, dor em quadrante superior do abdome e sinais de hipovolemia. Ocorre tão precocemente quanto aos 2 meses de idade, sendo pouco ha-

bitual após os três anos. O colapso circulatório pode advir em uma fração de tempo muito curta, sendo por isto essencial a educação de familiares para o reconhecimento precoce desta situação, através do ensino da palpação do baço. O tratamento compreende uso de medidas específicas para manutenção do volume intra-vascular, como fluidoterapia, transfusão de concentrado de hemácias além da adequada monitorização. A esplenectomia tem indicação após dois ou mais episódios e alguns autores recomendam após um único episódio grave e severo. A idade de realização deste procedimento é discutível, alguns centros o fazem antes dos dois anos de idade enquanto outros mantém esquema de hipertransfusão crônica até os dois anos de idade para realizá-lo.

Os quadros de dor conferidos pela isquemia tecidual secundária a vaso-occlusão, tem uma extrema variabilidade clínica, sendo desencadeados por diversos fatores como frio, calor excessivos, infecções, estresse, podendo ocorrer em vários locais como extremidades, tórax, abdome e costas, com quadros de intensidade leve, moderada e grave.

O tratamento consiste em educação paciente-família através de medidas preventivas, controle da dor a nível domiciliar com adequada hidratação, analgesia. Na ausência de resposta adequada o tratamento hospitalar faz-se necessário.

O acidente vascular cerebral é a pior de todas as complicações clínicas

acometendo 6 a 12% dos pacientes com anemia falciforme, com idade média de acometimento os quatro anos (Ohene-Frempong, 1991), e recorrência de 50% se não tratado com esquema de hipertransfusão sanguínea. Atualmente medidas para detecção de pacientes de risco através de doppler transcraniano foram implementadas, com intervenção terapêutica precoce.

Os quadros supracitados de uma forma geral contribuem para morbidade importante na infância, as lesões orgânicas finais para os diversos órgãos ocorrem em fases mais tardias da vida podendo ser minimizadas por um seguimento regular desde fases precoces da vida. Novas modalidades terapêuticas vem sendo utilizadas com êxito como hidroxiuréia e em situações especiais transplante de medula óssea. A terapia gênica vem sendo foco de intensos estudos podendo ser apontada como potencial, porém não eminente, forma de cura da doença falciforme.

Diante da multiplicidade de manifestações clínicas da doença e pela elevada prevalência desta patologia em nosso meio, defendemos a criação de uma política de saúde que envolva informação, formação e adequação dos serviços de saúde á atenção a estes pacientes.

Para superar o quadro atual é necessário qualificar todos os profissionais, principalmente os médicos, diante desta temática, além de ter um trabalho conjunto que envolva escola, família e comunidade.

Impacto das Condições de Trabalho sobre a Saúde das Trabalhadoras e Trabalhadores Negros

3.1 Racismo e Discriminação como Fator Agravante do Sofrimento Mental

Maria Lúcia da Silva

Instituto AMMA Psique e Negritude

“... nem a consciência da condição de negro, nem o engajamento em relação às lutas políticas contra a discriminação racial são suficientes para modificar a condição do negro, na medida em que os sentidos do racismo, inscritos na *psique*, permanecem não elaborados.”

Isildinha Baptista Nogueira

Um primeiro aspecto que gostaria de abordar é a questão da identidade e do indivíduo. Há uma enorme dificuldade de construir uma identidade social do indivíduo enquanto negro. A par de toda essa dificuldade, para que negros e negras comecem a ser vistos como sujeitos de direitos na sociedade, é preciso primeiro constituir-se como indivíduos no interior do corpo social como um todo.

As origens desse problema começam pelo “não-lugar” social do escravo, cuja identidade não correspondia a um lugar de sujeito, e sim de “peça”, de objeto, de animal.

Pós-escravidão, os negros adquirem o estatuto jurídico de cidadãos. Mas ainda não é o reconhecimento como indivíduo social. Não há identificação dessa condição em um plano socioeconômico. Várias razões podem ser apontadas para isso. Uma das principais é de que o corpo negro traz as marcas da escravidão. Ele expressa o repertório do execrável, aquilo que a cultura afasta pela negativização. Sua aparência está investida de sentidos socialmente recusados e carrega a marca da inferioridade social.

É uma relação entre o corpo e o inconsciente social. Ou seja, os conteúdos inconscientes ligados ao

racismo persistem, independentemente da realidade social e política posterior à escravidão. Mesmo que no campo social, político e jurídico o racismo possa estar excluído, tal exclusão não opera no plano da consciência dos indivíduos. A situação é mais agravada, já que não há controle desses conteúdos inconscientes, que acabam norteando determinadas ações.

Associada à figura dos negros e negras, vêm sempre a referência de que eles e elas ocupam posições sociais inferiores. E isso porque dispõem de características biológicas supostamente aquém do valor das propriedades biológicas atribuídas aos

brancos.

Esses conteúdos, não assumidos explicitamente, permeiam o inconsciente coletivo da sociedade e são fruto de um processo histórico-ideológico que persiste numa zona de associações possíveis podendo, a qualquer momento, emergir de forma explícita. Nas relações cotidianas, isso marca a relação de negros e negras com meio social, numa perturbação cotidiana, com ameaças aterradoras que chegam via racismo.

Aqui, é preciso entender que o racismo, como expressão da violência, é um ato, dentro desse universo de terror. Acreditar que as ameaças racistas não se cumprirão não faz desaparecer o pavor, porque o negro traz no corpo o significado que incita e justifica, para o outro, a violência racista. O racismo sobrevive num vir a ser interminável. O terror de possíveis ataques (físico ou psíquico), cria uma angústia que se impõe inexoravelmente. Considerar as ameaças racistas grotescas, absurdas e incabíveis legalmente não impede que o negro sucumba a um processo inconsciente que, alheio à sua vontade, entrará em ação.

Há um outro aspecto que também é importante ressaltar. O

sujeito se constitui no olhar do outro. E o olhar dirigido ao negro vem carregado dos significados históricos do lugar social que ele ocupa, obrigando-o a uma conduta que muito acabam interiorizando. Assim, negros e negras passam a agir de acordo com os estereótipos que habitam o imaginário social, passam a agir com paciência e moderação, contentam-se com empregos que nada exijam de inteligência e pelo qual lhe paguem um salário de subsistência, sentem-se felizes em viver e criar sua família em habitações inadequadas etc.

Os efeitos disso na emocionalidade dos negros e negras são brutais. Passam a carregar um sentimento de inferioridade, que chega até mesmo ao ódio, em relação à sua condição de "persona negra". Instala-se em suas mentes um processo autodestrutivo, com o correspondente desejo de "apagar" as marcas do corpo negro, numa espécie de "branqueamento artificial".

Acompanhado disso, há um "apagamento" psíquico, num gesto onipotente de negação de sua própria condição física de negro. Mais: há uma atração pelos lugares e valores sociais estereotipicamente marcados como "brancos". Os reflexos disso são

inevitáveis e perfeitamente identificáveis: taquicardia, ansiedade, ataques de pânico, depressão, dificuldade de se abrir, ataques de raiva violenta e não-provocada, hipertensão arterial, úlcera gástrica, alcoolismo...

Como proceder para superar este quadro? Entre várias medidas, podemos estabelecer algumas, ligadas à produção e difusão de conhecimento sobre as causas dos problemas de saúde que afetam a população negra no País. Uma primeira ação, ampla e urgente, é a investigação do impacto do racismo, do ponto de vista emocional, no desempenho profissional e nas doenças do trabalho. Para isso, porém, algumas medidas são prioritárias, e dizem respeito a forma de coletar dados e analisar as informações obtidas. Estamos falando, entre outras coisas, do acréscimo do quesito cor às estatísticas referentes a saúde do trabalhador.

É necessário também investir em capacitação, através da promoção de mudanças de comportamento dos profissionais da área de saúde para lidarem com a peculiaridade do processo saúde/doença da população negra. Por fim, é necessário proceder à inclusão de práticas de promoção e educação em saúde da população negra nas rotinas assistenciais.

3.2 A Igualdade de Oportunidades no Trabalho

Edna Muniz de Souza

Assessora do Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdade (CEERT) na área de Saúde, Gênero e Raça

Antes de iniciar minha exposição, agradeço pela oportunidade de estar aqui. Espero poder colaborar com esta iniciativa, inclusive no sentido de que ela se repita cada vez mais, porque precisamos ampliar este tema dentro do movimento sindical, bem como entre os parlamentares e principais agentes do poder público.

Sou assistente social e psicóloga social, e trabalho há mais de vinte anos no serviço público, na área de saúde mental, desenvolvendo atendimentos, formação e pesquisa

com trabalhadores e usuários dos serviços oferecidos pelo município. Atualmente, trabalho em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, na zona Norte de São Paulo, e sou assessora do Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdades (CEERT), organização não-governamental localizada também na zona Norte. O CEERT desenvolve programas de pesquisa e intervenção nas áreas de relações de raça e gênero no trabalho.

Temos desenvolvido muitos programas de formação junto a organizações sindicais, principalmente àquelas ligadas à CUT. Acompanhamos as discussões, a introdução desse tema na pauta do movimento e a preparação dos formadores. Realizamos também diversos trabalhos com o Ministério do Trabalho, inclusive na condição de consultores formais da OIT.

Nos últimos seis anos, o CEERT tem procurado formar um tripé - trabalhadores, poder público e empregadores - no sentido de desenvolver diagnósticos e implementar políticas que visem a combater a discriminação e promover a igualdade de oportunidades no trabalho.

Maria Aparecida Bento, coordenadora do CEERT, sempre se refere a um ponto de grande preocupação no desenvolvimento de pesquisas e de programas de intervenção: o silêncio das instituições com relação aos problemas que atingem metade da população do país - ou seja, os negros brasileiros. Além de outras dificuldades, temos enfrentado permanentemente o silêncio das instituições no mercado de trabalho, inclusive daquelas "de esquerda".

Aprendemos muito sobre discriminação racial justamente com esta esquerda branca. Há um grupo de pessoas que se indignam com variadas formas de violação de direitos; mas é muito difícil sensibilizar

essas mesmas pessoas e envolvê-las concretamente, para além do discursos, em uma ação efetiva de combate à discriminação.

Existe ainda um outro ponto: as instituições de pesquisa no Brasil, governamentais e não-governamentais, também silenciam sobre as desigualdades raciais - coletam dados e engavetam, coletam o mesmo dado de formas variadas, com critérios aleatórios, ou nem sequer coletam. Na área da saúde do trabalhador, por exemplo, inexistem pesquisas governamentais que incluam o quesito cor.

Temos, portanto, dificuldades para traçar um perfil, mesmo que genérico, a respeito das condições de saúde de trabalhadores negros e negros. Porém, os poucos estudos que temos já nos dão condições de constatar que a saúde da população negra no Brasil está a exigir maior atenção. Um destes estudos, o "Mapa da População Negra", produzido pelo Instituto Interamericano Sindical pela Igualdade Racial (INSPIR), a partir de pesquisa realizada pelo Dieese e pela Fundação Seade, apresenta dados que podem ser lidos no mínimo como "pistas" das razões pelas quais a saúde da população negra vem sendo particularmente afetada pelas condições de trabalho:

- negras e negros entram mais cedo e saem mais tarde do mercado de trabalho;
- têm, proporcionalmente,

jornadas de trabalho mais longas;

- ocupam os piores lugares;
- desenvolvem as tarefas mais insalubres;
- vivenciam situações de maior precariedade no trabalho.

Ou seja: trabalhadores negros e negros vivenciam, no trabalho, um cotidiano sobrecarregado de tensões. Inclusive porque, em qualquer lugar do país, recebem um salário médio que é a metade do salário médio dos brancos. E, em qualquer capital nacional, são os principais atingidos pelo desemprego.

Essa situação toda de expropriação concreta e simbólica, certamente e inevitavelmente se reflete na saúde dos nossos trabalhadores e trabalhadoras. Assim, algumas doenças têm atingido mais os negros do que os brancos - em particular a hipertensão e a diabetes. Não por acaso, se recuperarmos a derivação da palavra **hipertensão**, encontraremos "pressão", que significa "apertar, oprimir ou empurrar". Neste sentido, "**exercer pressão**" significa: "influência exercida sobre alguém para que aja de certa maneira", ou "ação de insistir fortemente com uma pessoa ou forçá-la de qualquer forma para que faça certa coisa". (Moliner, 1986).

Como se não bastassem todos estes dados alarmantes, a discriminação racial continuada em ambiente de trabalho provoca o que temos chamado de dano psíquico.

O caso das Merendeiras

Em fevereiro de 2000, chegou no setor de direito do CEERT um caso que exemplifica estas questões e que tem nos dado subsídios para aprofundá-las. Segue a seguir sua descrição:

Três merendeiras de uma escola no centro de São Paulo lavraram um boletim de ocorrência em dezembro de 2000, e processo crime em março de 2001, acusando de prática de racismo o diretor da mesma escola.

Apenas para ilustrar: o perfil das três merendeiras - mulheres negras, com idade em torno de 50 anos, nível de escolaridade de 1º Grau - corresponde ao segmento da população brasileira mais discriminado no mercado de trabalho. Compõe-se de pessoas que desempenham, em geral, trabalhos que exigem menor ou nenhuma qualificação - como os chamados serviços gerais (ou de apoio) - que são também as ocupações de mais baixa remuneração. A taxa de participação destas mulheres no mercado de trabalho é maior do que a das mulheres brancas. No entanto, seu rendimento mensal médio equivale à metade do rendimento mensal médio das mesmas. Na cidade de São Paulo, por exemplo, 85% das mulheres negras (em geral) encontram-se abaixo da linha de pobreza.

Durante dois anos a fio, as três merendeiras foram submetidas a humilhações pelo referido diretor.

Eram chamadas de “pretas da senzala”, “negras malditas” e outros xingamentos. Ouviam regularmente insinuações sobre suas vidas privadas, além de receberem desiguais sobrecargas de trabalho (em relação às suas colegas de trabalho brancas). Como consequência, apresentaram um quadro crítico de múltiplos sintomas, entre eles: hipertensão arterial, reação depressiva prolongada, comprometimento da auto-estima e da disposição para viver e trabalhar. No processo contra o diretor, testemunharam professores da escola, uma ex-diretora, funcionários e policiais militares que trabalhavam na mesma. Todos eles confirmaram (e completaram) a denúncia.

Desde o contato, as três merendeiras vêm sendo acompanhadas por técnicos e assessores do CEERT, entre advogados, psicólogos, médicos e assistentes sociais. E, a partir destes acompanhamentos, muitas reflexões têm sido feitas e construídas pela equipe. Muitas delas aproximam-se das idéias levantadas por Margarida Barreto em seus estudos sobre **assédio moral** (1999), conceituado como “todo comportamento abusivo (gesto, palavra e atitude) que ameaça, por sua repetição, a integridade física ou psíquica de uma pessoa, degradando o ambiente de trabalho”.

A violência racial cotidiana e persistente da qual foram vítimas as merendeiras - através do autoritarismo desmedido e do tratamento grosseiro de seu chefe - acabou por desencadear nelas danos diversos, de ordem física e psíquica.

Sofrimento Físico e Dano Somático

A hipertensão apresentada por duas das três merendeiras vem sendo apontada por estudiosos como uma resposta do organismo à violência racial (Araújo, 2001). A hipertensão é conhecida como “o matador silencioso”, pois afeta órgãos vitais como o coração e os rins - acometendo entre 10% e 20% dos adultos e de 40% a 50% dos indivíduos por volta dos 60 anos. Estudos norte-americanos com recorte racial (Araújo, 2001) revelam, a respeito da hipertensão:

- maior incidência entre negros;
- menor tolerância dos homens negros;
- maior incidência entre as mulheres.

A agressão reprimida pode vir de fontes diversas como respostas psíquicas de enfrentamento às situações vividas como humilhações.

Sofrimento Mental e Dano Psíquico

Embora apresentem alta prevalência entre a população trabalhadora, os distúrbios psíquicos relacionados ao trabalho freqüentemente passam despercebidos no momento de uma avaliação ou escuta clínica. O dano à *psique* decorreria de alterações do estado emocional. O ofensor age impondo uma carga psicológica nociva ao ofendido, que sofre uma lesão moral psíquica - ou seja, uma alteração em seu equilíbrio psicológico. As reações podem ser: depressivas, de agitação psicomotora, de síndrome de pânico.

A voz das merendeiras

Merendeira 1

“Eu fiquei muito feliz o dia que falaram para mim: a senhora é auxiliar de serviço, mas vai ser designada para a cozinha da escola... fiquei feliz, porque eu gosto muito, eu adoro cozinhar... então juntou uma coisa com a outra, eu gosto de criança e eu gosto muito de cozinhar. Eu fiquei muito feliz.”

No entanto, a violência repetidamente exercida pelo diretor mudou esse quadro de felicidade. Entre as ofensas por ele proferidas, cita-se os exemplos:

- dizer que a empregada que era dele era negra, mas ‘jamais se sentaria na mesa para tomar café’ com ele;
- chamar a cozinha da escola (local de trabalho de uma das merendeiras) de ‘senzala’;
- afirmar que os problemas da escola eram devidos às funcionárias negras;
- acusar injustamente uma das merendeiras de estar ‘desviando’ merenda e, com esta acusação, tirar-lhe a chave da dispensa;
- ordenar que uma delas cuidasse sozinha da merenda: ‘Você tem que se virar na merenda, vai ficar sozinha e ninguém vai ajudar’;

Em geral, os casos descritos de dano psíquico gerado no trabalho se iniciam com críticas constantes do agressor ao trabalho do funcionário:

“...O problema que ele tinha era conosco: eu e minhas duas colegas de trabalho. ‘Vocês, suas negras malditas, é que não deixam a escola funcionar direito!’ - Eu fiquei apavorada”.

A “vítima” deste tipo de violência é, muitas vezes, impedida de trabalhar. Ou, ao contrário, vê-se sobrecarregada de tarefas:

“...é a questão mesmo de trabalho. Separando as funcionárias brancas, ele falou para a vice-diretora ‘as suas

funcionárias pretas’. Então, todo serviço era feito na parte da manhã, o serviço pesado: lavagem de corredor.. ‘Não quero saber, vocês tiram um tempo e vão lá varrer o pátio.’ E essas funcionárias que ele falava ‘são minhas funcionárias’ (as brancas) trabalhavam na parte administrativa...”

Ao impedir a vítima de trabalhar adequadamente, o agressor pode mais facilmente criticá-la. Em seguida, ele rompe as alianças que poderia ter e a isola, não lhe dirige mais a palavra, não a convida mais para reuniões e, por fim, se ela tenta se defender, humilha-a, critica sua vida privada e faz pouco caso de suas opiniões. E, a essa altura, a saúde dessa pessoa já está fortemente alterada:

“.. Me sentia mal. Mal porque eu senti o desprezo dele. Primeiro que ele fez a reunião sem a minha presença, ele definiu a minha função sem a minha presença. E eu não pude nem me defender; porque, se eu tivesse, eu iria questionar: ‘E quem vai ficar comigo na cozinha?’. ‘Ninguém.. Se vira, dê um jeito!’. Foi quando a minha hipertensão foi aumentando”.

Entre os efeitos destrutivos da carga emocional e da sobrecarga de trabalho ao qual ficou submetida, elas relatam:

“Um dia, minha filha falou: ‘Mãe, estou sentindo a senhora muito abatida...’ Aí, eu já estava com hipertensão arterial...”

“Ao chegar em casa, sentia a cansaça que eu ficava... tomava banho, a conversa pouca, ia dormir não sei se para esquecer um pouco, não sei se era o recurso que eu tinha de dormir para esquecer, ou descansar a cabeça e ficar com a cabeça descansada para o outro dia.”

“Chorava na cozinha, cada vez que lembrava, quando eu começava a pensar... Foi muito choro, no ano passado chorei bastante... Foi uma apatia mesmo que me deu, uma apatia muito grande... Mas, quando chegava na madrugada, eu acordava e perdia um pouco o sono.”

**“Chorava na
cozinha, cada
vez que
lembrava,
quando eu
começava a
pensar...”**

Merendeira 2

“Ele me xingou, me chamou de vagabunda, falou que, se eu não quisesse trabalhar, iria me mandar para o Tucuruvi, e me colocar à disposição; e proferiu palavras de baixo calão...”

“Estas situações agravaram a minha saúde, porque eu sou hipertensa... Mesmo tomando remédio, fazendo minha dieta direitinho... A hipertensão é uma doença que não tem cura... Se eu passo nervoso, lógico que eu choro.”

“Eu achava ele legal, mas daí foi quando ele fez o comentário da empregada... Que fazia tudo por ela, mas sentar à mesa, comer com ele, não era bem-vinda.”

“Eu me sentia mal... Ele criava um certo clima que a gente ficava constrangida perto dele.”

“Ele nos chamou de ‘negras malditas’ na sala dele.”

“Quando cheguei em casa... do nada começava a chorar... Fiquei irritada, estressada, falando alto e nervosa... Até hoje ainda estou assim, chorosa.”

Merendeira 3

“Fazia serviços de ir na Secretaria da Fazenda, Delegacia de Ensino, serviço de banco... Aí ele cortou...”

Esta merendeira ressalta bastante a diferença de tratamento que o diretor reservava às “funcionárias dele” (brancas), que tinham sua proteção e privilégios, comparadas a ela e suas companheiras (negras). Entre outras coisas, fazia comentários ferinos e até ironias públicas (entre as pessoas da escola), comparando as funcionárias negras com as brancas e desqualificando-as frente a elas e às outras pessoas.

O Trabalho do CEERT

Esse estudo tem auxiliado o CEERT a dar visibilidade às situações de violência associada à raça, mas principalmente a criar condições de instrumentalizar profissionais das áreas jurídicas, psicológica e saúde em geral a acompanhar casos como estes, elaborando laudos, relatórios e emitindo CAT com nexos causais que

considere o dano psíquico sofrido e o seu impacto no trabalho e na vida das trabalhadoras e trabalhadores.

Durante o processo de acompanhamento deste caso das merendeiras, elaboramos um laudo que servirá como instrumento para o processo-crime contra o diretor da escola, pois explicita os danos

causados pela prática de racismo às trabalhadoras.

Apresento a seguir o quadro em que as ofensas, humilhações e a sobrecarga de trabalho em razão da condição de raça/cor geraram nessas trabalhadoras problemas de saúde física, psíquica, bem como de natureza moral:

DANO PSÍQUICO

- Irritabilidade
- Perda do ânimo para trabalhar
- Fobia frente ao agressor
- Nervosismo
- Sentimento de perda de força
- Baixa auto-estima
- Instabilidade emocional
- Crises de choro constantes
- Alteração de memória
- Sensação de estar enlouquecendo
- Esgotamento mental
- Mudanças na rotina cotidiana
- Pensamentos suicidas
- Depressão
- Distúrbios do Sono
- Distúrbios psicossomáticos:
 - Crises de pressão alta
 - Taquicardia, palpitação
 - Queixas digestivas

E o caso continua...

Na devolutiva que realizamos com as merendeiras, percebemos o quanto este processo as “empoderou”: atualmente parecem estar se sentindo muito mais fortalecidas e mais atuantes nas situações de enfrentamento com a instituição. Atualmente, uma das merendeiras participa do Conselho de escola, opinando sobre os problemas e dando “dicas” sobre como lidar com problemas relacionados às questões raciais. Outra continua como merendeira, e próxima dos alunos, auxiliando em condutas, inclusive, do coordenador pedagógico. A escola também “promoveu” uma das três para ser inspetora de alunos. Esta relata que vem desempenhando de forma satisfatória e gratificante sua função.

Parecem estar aos poucos conseguindo transformar suas atitudes no cotidiano. Como, por exemplo, através da percepção e do reconhecimento de que determinadas mudanças institucionais fazem parte de um “jogo”, tais como: o afastamento do diretor da escola, sua substituição por um outro diretor, a entrada de um coordenador pedagógico negro, além da inclusão nos quadros

da mesma escola de muitos professores negros. Além disso, as merendeiras relatam a adoção em suas vidas de atitudes dotadas de um olhar mais crítico do que antes em relação a questões relacionadas à violência racial.

Este trabalho foi construído de forma coletiva, incluindo a participação de profissionais e técnicos de várias áreas e disciplinas, a associação da área de ensino da escola (APEOESP) e, principalmente, as próprias merendeiras.

Através desta construção, confirmamos mais uma vez que, ao lidarmos com saúde mental no trabalho, é necessário considerarmos os constrangimentos racistas, sexistas e classistas que se impõem a cada trabalhadora ou trabalhador - principalmente às trabalhadoras negras e pobres. E que, para a superação das condições de humilhação, é preciso lutar, exigindo: respeito, dignidade, integridade e justiça nas relações cotidianas, nos espaços macro e microsociais. É preciso denunciar e criar espaços de “escuta” nos sindicatos, serviços públicos de saúde, na área jurídica e trabalhista.

Não vamos silenciar!

4. Anexos *Após dois dias de discussões, os(as) participantes dividiram-se em grupos para discutir propostas com relação aos temas tratados. Foram formados cinco grupos de discussão. As propostas são apresentadas a seguir.*

Resultado dos Trabalhos de Grupo

Estratégias e ações a serem desenvolvidas pela CUT

Grupo 1

- Cobrar da CUT a atenção redobrada na discussão racial
- Fortalecer os sindicatos e federações na discussão racial
- Política Nacional de Saúde – 80% da população é de negros
- Carta aberta à população sobre a questão da saúde
- Que a CUT interaja nos conselhos para orientar os usuários
- Garantir a 1ª conferência da população negra
- Que o programa do próximo governo esteja voltado para a questão racial
- Unificação das três esferas- Federal, Estadual e Municipal
- Fazer moção de repúdio
- Propor que este seminário seja realizado em outros estados
- Acrescentar o debate: Saúde, Educação e o Negro
- Maior repasse de verbas para as entidades
- CUT Estadual – realizar seminários regionais com a população
- Que a FIOCRUZ invista em pesquisas relacionadas às doenças da população negra.

Grupo 2

- Políticas de formação dos sindicatos e secretarias de saúde do setor público de atendimento
- Que o GT faça uma discussão junto ao estatuto da igualdade racial e faça um estudo das políticas voltadas à saúde da população negra
- Diagnóstico da empresa e sua relação com a CIPA e seus SESMTs – “Qualificação”
- Que existam políticas emergenciais para garantir que a LER seja reconhecida como doença ocupa-

Grupo 3

- Capacitar equipes para atendimento do trabalhador na questão racial
- Elaboração de cartilhas para todos os sindicatos sobre doença falciforme
- Qualidade de saúde para trabalhador da saúde
- A CUT (CNCDR) e o presidente se façam presentes no congresso dos advogados de São Paulo. Contraopondo o absurdo da revogação da Lei Áurea com visibilidade nacional
- Intervir na grade escolar, saúde, previdência, SUS a partir da IX Conferência de Saúde.
- Que os trabalhadores que atuam na área de risco recebam insalubridade, independente do cargo profissional.

Grupo 4

- A CUT deverá divulgar em todas as suas instâncias a importância de discutir as doenças falcêmicas
- A CUT deverá exigir do governo que o teste do pezinho seja obrigatório, como também da anemia falciforme.
- A CUT deverá intensificar a implantação da convenção nº 111 da OIT
- Que a CUT envolva suas entidades

- cional no serviço público.
- Democratização de informações através de e-mail, cadernos, cartilhas etc.
- Que o próximo seminário seja sobre o temário de saúde mental
- Debater a lei de número 8.142, sobre controle social
- Trabalhar uma política de saúde mental – “terapia” – para as gerações (da criança ao idoso).
- Debater a questão do estatuto da igualdade racial
- Que os estados presentes formem

- Fiscalização, manutenção e concessão dos riscos insalubres e periculosidade junto às DRTs
- Que a CUT cobre do governo a resolução aprovada das conferências Municipal, Estadual e Nacional de Saúde da população negra
- Indicar para formação a perversidade da língua portuguesa. Temos lista negra, claro, câmbio negro etc.
- Que o INST e a CNCDR incentivem os sindicatos a realizar seminários, cursos, conferências etc., com desdobramentos
- Fazer interface com hemocentro para todos os estados.
- Implementar via CUT a inclusão da

- filiadas a efetuem dados estatísticos, quantitativos de trabalhadores afro-descendentes e sua localização no serviço público federal, definindo o perfil étnico-racial e a incidência de doenças que acometem a raça.
- Que CUT faça projeto para a educação que traga a história dos negros nos livros didáticos
- Encaminhar ações que tragam benefícios para a saúde dos profes-

- comissões estaduais.
- Seminário com as secretarias de formação dos sindicatos e secretaria de saúde das CUTs estaduais
- Debate com o movimento social e sindical sobre o eixo: Saúde e Questão Racial
- Levantamento de como se encontra a secretaria nacional do trabalhador e suas instâncias (ramo)
- Seminário com conselheiros municipais e estaduais de saúde
- Defesa e fortalecimento do SUS.

- anemia falciforme como disciplina obrigatória nas universidades e faculdades em Saúde (na Bahia, já existe)
- Trabalhar equipes para atendimento em saúde da população negra
- Trabalhar DST/AIDS. Hepatite AB nos locais de trabalho
- Listar as doenças por categorias e possíveis tratamento com linguagem popular, montagem de gibis.
- Implementar e implantar política de O.L.T.
- Programa de pesquisa e levantamento de demandas
- Fazer um balanço dentro de quatro meses, para avaliação e acompanhamento deste seminário.

- sores que utilizam a voz como instrumento de trabalho e das doenças correlatas também adquiridas pelo exercício da profissão e dos trabalhadores dos ramos que também as adquirem.
- Tuberculose: por ser doença oriunda das populações pobres, em sua maioria negra, que haja nos locais de serviço médico, com a finalidade de enviar os desnutridos a fazer, através

de convênios, tratamento alimentar, isto é, que recebam alimentos como leite, vitaminas, proteínas etc., a fim de que se evite que o mal alimentado contraia tuberculose.

- Inserir as discussões étnico-raciais na pesquisa de ciência e tecnologia para o desenvolvimento

- Denúncias sobre as condições de saúde do trabalhador, em especial dos negros

- Eletroforese de hemoglobina - exame de rotina para portadores do traço e doentes falciformes. Incluir também o risco cirúrgico. Levar a discussão para a FSM (Saúde do Trabalhador com Questão Racial)

- Que seja feito um estudo por categoria para que se constate as doenças especificamente raciais

- Pesquisa/estudo sobre a saúde da população negra, de modo a termos as informações acerca das doenças que são adquiridas geneticamente por nossa raça

- Divulgação massiva dos resultados obtidos

- Inserir as discussões étnico-raciais na pesquisa de ciência e tecnologia para o desenvolvimento

- Que a CUT promova cursos com as necessidades mais abrangentes em cada região do Brasil. Ex: Cada região tem uma doença mais influente, dependendo da atividade do trabalhador

- Que tenha a obrigação de orientar e fiscalizar as entidades dando suporte para que elas façam um trabalho justo e consciente junto aos trabalhadores.

- Promover curso aos membros dos departamentos de saúde dos sindicatos para esclarecimento das doenças mais comuns aos trabalhadores, com objetivos práticos de melhor tratamento e erradicação.

- Curso de formação que esclareçam

os trabalhadores, quando se trata de doenças ocupacionais tipo "LER" etc.

- Implementar cursos regionalizados, de acordo com os índices de doenças que mais afetam a região após mapeamento das doenças.

- Cobrar dos governos estaduais, municipais e Federal melhor método de formação de seus profissionais na área de saúde e educação.

- Que se tenha uma ação de controle nas campanhas de saúde nacional

- Que sejam fiscalizados os locais onde se trabalhe com produtos químicos e/ou organo-fosforados

- Que sejam exigidos equipamentos de proteção tais como: máscaras, luvas, botas, roupas apropriadas etc. Incluir nesta fiscalização os trabalhadores que atuam nas ruas e residências. Ex: Mata-mosquitos etc.

- Que a CUT Nacional faça encaminhamentos de visitas periódicas de médicos do trabalho e engenheiros do trabalho nos setores de trabalho.

- Que cada sindicato coloque como pauta de reivindicação esta proposta, nos acordos coletivos de cada categoria.

- Uma relação mais eficaz junto aos dirigentes e ao governo para obedecer aos regulamentos de atenção à saúde do trabalhador.

- A CUT deverá estabelecer parcerias políticas/econômicas para viabilizar suas ações, no âmbito da saúde com corte racial.

- Relação com ministério da saúde e da educação para uma maior divulgação das faculdades de medicina e conselhos de medicina no que diz respeito às doenças comuns dos afro-descendentes e trabalhadores.

- Fiscalização da saúde com a APs locais e fiscais de saúde sanitário.

- Ampliar na secretaria de formação o número de formadores de cada

sindicato na questão racial.

- Envolver as entidades filiadas e suas bases para construção de parcerias viabilizando mecanismos confiáveis para dados estatísticos do perfil étnico-racial e as doenças que lhe acometem.

- Maior integração CUT e sindicato para viabilização das ações.

- Desenvolver um trabalho junto a toda a estrutura da CUT – horizontal e vertical – de sensibilização sobre a importância da inclusão da saúde em sua pauta/agenda, numa perspectiva de gênero e raça.

- Que a CUT nacional elabore uma agenda de discussão em todos os seus sindicatos filiados para que a política de saúde possa ser uma constante nas ações de cada categoria como um compromisso mensal, retirando dessas discussões identificações quanto à realidade não só geral, mas específica de cada ramo.

- Procurar parcerias junto ao governo, entidades, federações e confederações.

- Levar as associações de bairro e comunidades ajuda no setor de comunicação e divulgação com rádio, jornais, etc...

- Cobrar do governo a implementação da Convenção 111 da OIT.

- Buscar parcerias nacionais, internacionais, porém, apresentando todos os programas de parcerias para todos os sindicatos cutistas de como estão sendo usadas as verbas ou outros recursos.

- Estabelecer convênios com profissionais para um acompanhamento específico à categoria no interior dos sindicatos, ramos, federações, confederações e reforçar principalmente a questão racial.

Grupo 5

- Que as federações e confederações participem da elaboração da legislação do fitoterápicos
- Que solicitem atendimentos com terapias alternativas, uma vez que essas têm uma visão holística do ser humano
- Que os critérios para aposentadoria levem em conta as doenças do trabalho e as específicas do povo negro
- Fazer grandes atos de divulgação para dar conhecimento à população

- para o resgate da história do povo negro
- Capacitação dos trabalhadores da área da seguridade social em doenças da população negra
- Seminário O.L.T. e CIPAs – estratégias contra as discriminações na seguridade social (parceria com os sindicatos da seguridade)
- Projetos de capacitação profissional em terapias alternativas
- Fazer parte da minuta dos sindicatos

- a causa das doenças, para que se possa ter tratamento diferenciado
- Sistematizar para não perder os conteúdos dos seminários.
- Ter uma cartilha sobre os problemas de saúde e as relações étnico-raciais, enviando-as às câmaras municipais e federal, assembleias, para defesa dos projetos que tratem desses interesses
- Chamar seminários que envolvam todos os sindicatos, federações e confederações.

CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES – CUT

Programa Defesa da Saúde e do Meio Ambiente no Local de Trabalho

A Central Única dos Trabalhadores desde sua fundação em 1983 luta por melhores condições de vida, saúde e trabalho no Brasil, alicerçada fundamentalmente nas organizações por local de trabalho. Dessa forma, a ação nos locais de trabalho sobre as condições laborais fazem parte da sua estratégia sindical como uma de suas prioridades, conjugando a política de ação em saúde nos locais de trabalho com a tarefa de formulação de propostas para a efetivação de uma política nacional de saúde do trabalhador, construída através de suas estruturas por ramos e das suas instâncias horizontais e de apoio.

COLETIVO NACIONAL DE SAÚDE, TRABALHO E MEIO AMBIENTE DA CUT

Coordenação: Rita Evaristo
rita@instcut.org.br

O 5º Congresso Nacional da CUT (5º CONCUR), realizado em 1994, deliberou pela constituição, na CUT, de um **Coletivo Nacional de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente (CNSTMA)**, construído a partir das instâncias verticais dos ramos de atividade (Confederações e Federações) e das instâncias horizontais (CUTs estaduais), de forma articulada com o seu órgão de assessoria técnica o **Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (INST)**. Nesta deliberação ficaram definidas as atribuições do Coletivo Nacional:

- discutir a política específica para a área de saúde, trabalho e meio ambiente;
- implementar ações que visem a melhoria dos ambientes de trabalho, da legislação acidentária e previdenciária vigente;
- introduzir nas campanhas salariais as questões de saúde e segurança.

Além destas atribuições o Coletivo Nacional priorizou as ações de formação em saúde no trabalho, em conjunto com a Secretaria Nacional de Formação da CUT (SNF/CUT), com o objetivo de formar formadores e uniformizar uma linguagem e uma metodologia de formação e ação sindical nas questões referentes às condições de trabalho, saúde e meio ambiente, com enfoque especial na organização nos locais de trabalho. Os temas e conteúdos para a formação foram sistematizados no livro **Saúde, Meio Ambiente e Condições de Trabalho: conteúdos básicos para uma ação sindical**, publicado em conjunto com a Fundacentro.

Composição do Coletivo Nacional

O Coletivo Nacional de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente (CNSTMA) é constituído por dirigentes sindicais de todo o país, em sua quase totalidade dirigentes responsáveis pelas secretarias de Saúde e Meio Ambiente dos seus Sindicatos, Federações, Confederações e CUT Estaduais.

Grande parte dos mesmos

participam como representantes da CUT, de instâncias e fóruns de negociação tripartites ou governamentais como: Conselho Nacional e Estaduais de Saúde – CNS/MS, Comissão Nacional Permanente do Benzeno – CNPBz/MTE, Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador – CIST/MS, Conselho Nacional da Previdência Social – CNPS/MPSA, Comissão Tripartite Paritária Permanente – CTPP/MTE, entre outros.

Compõem ainda o Coletivo Nacional diversos Grupos Temáticos, assessorados por técnicos da área de Saúde do Trabalhador (médicos, engenheiros, psicólogos, enfermeiros, técnicos em geral etc.), cujo trabalho é o de subsidiar tecnicamente as discussões e a tomada de decisão dos dirigentes sindicais do coletivo na implementação de ações políticas que visam a melhoria dos ambientes de trabalho

Grupos Temáticos (GT)

Os GTs exercem papel fundamental em todo o processo de discussão e efetivação das políticas públicas voltadas para o interesse dos trabalhadores na área de Saúde do Trabalhador. Tem como principal

objetivo propor e organizar ações, sendo o elo de ligação do técnico com a política de ação da CUT.

Benzeno: Foi constituído em agosto de 1994, com o objetivo de organizar a intervenção dos dirigentes CUTistas nas negociações tripartites que se desenvolviam nacionalmente para regulamentar o uso do benzeno no país, que resultaram no Acordo Nacional Tripartite e em uma Portaria e duas Instruções Normativas do Ministério do Trabalho. Após o encerramento das negociações no final de 1995, o GT passou a organizar a participação dos representantes da CUT na Comissão Nacional Permanente do Benzeno (CNPBz), tripartite que tem como atribuição principal zelar pelo cumprimento do acordo e da legislação definida, além de buscar aprimorá-lo com a elaboração de regulamentação complementar (atualmente se discute a redução da porcentagem de 1% para 0,1% de benzeno em produtos acabados e solventes). O GT-BZ é coordenado pelos companheiros Paulo Cezar (sindiquímica Bahia) e Arimatéia (metalúrgicos de Vitória/ES).

Asbesto: A quantidade da produção e consumo deste cancerígeno, as péssimas condições de seu manuseio e utilização em nosso país, a proibição de seu uso em diversos países do mundo levaram o Coletivo a criar este GT, que dentre as suas atividades vem assessorando os dirigentes na negociação tripartite e nas ações mobilizatórias pelo banimento do uso do amianto no Brasil. Dentre elas apontamos a campanha nacional desenvolvida através de folder, cartazes, adesivos e vídeos e a realização do seminário internacional sobre os efeitos da

substituição do amianto no Brasil.

As ações desenvolvidas pelas diversas instituições que atuam na área do banimento desta substância cancerígena fizeram com que a mesma já se encontre banida em diversos Estados do Brasil. O GT atualmente é coordenado pelo companheiro Pipoka da CNQ/CUT.

Lesões por Esforços Repetitivos (LER): Atingindo todos os setores de trabalho, as Lesões por Esforços Repetitivos vêm se tornando uma verdadeira epidemia no país. Pensando em criar um espaço para discussão, proposição de normas e ações que possam combater esta situação a partir dos locais de trabalho é que o Coletivo criou este GT, que além de assessorar os dirigentes no desenvolvimento de políticas de enfrentamento desta situação, também vem acompanhando as atividades de várias associações de portadores de LER que a cada dia são formadas no país, buscando subsídios para a futura revisão da Norma Regulamentadora sobre Ergonomia e da Norma Técnica para perícias, afastamento e retorno ao trabalho, bem como aposentadoria. O GT é coordenado pelas companheiras Rita Evaristo da executiva nacional da CUT e Rita Berlofa do sindicato dos bancários de SP.

Formação: Este GT é coordenado pelo companheiro Wanderley da executiva nacional da CUT e tem o acompanhamento efetuado pela companheira Fátima Pianta do INST. Entre as várias atividades destacamos a formação para dirigentes sindicais e formadores através de seminários e cursos básicos de prevenção de acidentes e doenças do trabalho para delegados sindicais.

Seguro Acidente: Este GT existe com a finalidade de discutir e definir políticas na defesa de um Seguro Acidente de Trabalho Público, Digno e de Qualidade. O GT é coordenado pela companheira Rita Evaristo e pelo companheiro Plínio, contando com a assessoria do companheiro Nilton Freitas.

Há anos o governo federal tenta a reforma da Previdência Social – órgão que movimentou em 1998, cerca de R\$3 bilhões do SAT- Seguro Acidente de Trabalho, para o atendimento de 400 mil benefícios relativos aos acidentes de trabalho – visando, dentre outros objetivos, transferir para as seguradoras privadas não só as alíquotas superavitárias, mas também, a decisão da concessão de benefícios e ações de vigilância dos riscos nos ambiente de trabalho – uma função essencialmente pública – trazendo significativa piora da hoje já deficiente atenção às vítimas de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

Visando apresentar uma proposta alternativa a do governo, a CUT vem realizando varias atividades em defesa do Seguro Acidente de Trabalho Público, Digno e de Qualidade. Entre essas ações, foi organizado pelo Coletivo Nacional de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente da CUT, a campanha de conscientização dos trabalhadores e da população em geral contra a privatização do SAT, pelo governo FHC, bem como, a alteração da Proposta de Emenda Constitucional (PEC-20); através da elaboração de um anteprojeto de lei que se contraponha às propostas que hoje tramitam na Câmara Federal, que visam entregar a saúde do trabalhador nas mãos de seguradoras privadas nacionais e estrangeiras. E ainda para a efetivação da campanha foram

confeccionados cartazes, vídeos, publicações específicas e a organização de coleta de assinaturas na sociedade em defesa do SAT-Seguro Acidente de Trabalho Público, Digno e de Qualidade.

GT - Alumínio – Tem como principal objetivo estruturar e ampliar as discussões que permeiam a extração mineral e produção de alumínio no Brasil, bem como seus impactos sociais, econômicos e ambientais. Busca, a partir do levantamento das necessidades dos trabalhadores, organizar e planejar ações para o setor, elencando os

elementos do projeto futuro de organização e instrumentalização dos mesmos para uma intervenção organizada e qualificada no Fórum Carajás. O GT é coordenado pela companheira Rita Evaristo da executiva nacional da CUT e pelo companheiro Pipoka da CNQ/CUT.

GTDST/AIDS – Tendo em vista o grande índice epidemiológico no Brasil, a CUT vê a necessidade e a responsabilidade de também orientar os trabalhadores sobre a prevenção da Aids/HIV e discutir os direitos dos portadores no mercado de trabalho. O GT tem como principal objetivo

estruturar e ampliar o envolvimento de sindicatos na discussão de prevenção da Aids, alimentando a CUT e suas instâncias com dados epidemiológicos atualizados sobre Aids e monitorar ações de políticas públicas. Além da participação e organização de seminários (internos e externos), o GT elabora e participa de campanhas institucionais e oferece apoio logístico para sindicatos, comissões de fábrica e CIPAS na obtenção de preservativos e implantação do programa de prevenção. O GT é coordenado pela companheira Rita Evaristo da Executiva Nacional da CUT.

Formação: Este GT é coordenado pelo companheiro Wanderley da executiva nacional da CUT e tem o acompanhamento efetuado pela companheira Fátima Piana do INST. Entre as várias atividades destacamos a formação para dirigentes sindicais e formadores através de seminários e cursos distais de prevenção de acidentes e doenças do trabalho para delegados sindicais. CUT e Rita Bortola do sindicato dos bancários de SP.

O Instituto Nacional de Saúde no Trabalho - INST/CUT

inst@instcut.org.br

Em atividade desde outubro de 1990, o INST é o órgão de assessoria técnica e política da CUT para a área de saúde, condições de trabalho e meio ambiente, atuando nas áreas de Documentação, Formação, Publicação e Comunicação, Estudos e Pesquisas e informação. Atende a estrutura CUTista horizontal e vertical. Desenvolve projetos a nível nacional e internacional dirigidos a categorias profissionais buscando unificar ações de diferentes ramos. Todo o trabalho do INST está voltado para o desenvolvimento de ações nos locais de trabalho, fortalecendo a negociação coletiva visando prevenção de acidentes e doenças profissionais.

Presidência: Remígio Todeschini – remi@instcut.org.br

Secretaria Técnica Executiva:
Domingos Lino –
lino@instcut.org.br

Coordenação executiva do instituto.

Assessoria técnica e política na área de saúde do trabalhador.
Acompanhamento da política Nacional da CUT para a área saúde do trabalhador
Acompanhamento do Coletivo Nacional de Saúde do Trabalhador
Acompanhamento dos Grupos Temáticos do Coletivo
Acompanhamento das

representações da CUT na área (trabalho e saúde).

Elaboração e Gestão de projetos.
Assessoria à Comissão III do subgrupo 10 do Mercosul (Saúde e Seguridade Social).

Formação:

Diretor: Wanderley –
wanderley@cut.org.br

Assessora: Fátima Pianta –
fatima@instcut.org.br

Integração do Programa de Formação do INST ao Programa Nacional de Formação da SNF/CUT através do Núcleo de Estudos Sindicato, Estado e Sociedade.

Elaboração do programa dos cursos relacionados à área. Suporte e atualização dos formadores das escolas sindicais Administração das atividades desenvolvidas (cursos, seminários, etc.) para os projetos CUT/EU e Fundacentro.

Realização de seminários anuais de capacitação, avaliação e planejamento das atividades de formação

A área de formação é composta por formadores contratados pelos projetos, alocados nas escolas e são responsáveis pela realização dos cursos de formação em saúde do trabalhador nas regiões.

Região Norte – Raimunda Weyl – raimunda@instcut.org.br
Escola Sindical Amazônia – Belém/PA (PA/AP/AM/RR)
Escola Sindical Chico Mendes –

Porto Velho/RO (RO/AC)

Região Nordeste – Admilson – admilson@instcut.org.br
Escola Sindical Marise Paiva de Moraes – Recife/PE (PE/PB/RN/AL/PI/CE/MA/BA/SE)

Região Centro-Oeste – Débora Rodrigues da Silva – debora@instcut.org.br
Escola Sindical Centro-Oeste – Goiânia/GO (GO/DF/MT/MS/TO)

Região Sudeste – Ofélia de L. Hilário de Oliveira – ofelia@instcut.org.br
Escola Sindical 7 de outubro – Belo Horizonte/MG (MG/ES/RJ)

São Paulo – Gilberto Salviano – salviano@instcut.org.br
Escola Sindical São Paulo – São Paulo/SP (SP)

Região Sul – Mirdney – mirdney@instcut.org.br
Escola Sindical Sul – Florianópolis/SC (PR/SC/RS)

Estudos e Pesquisas

Assessora – Neuma Lopes – neuma@instcut.org.br
Assessoria Técnica na área de saúde do trabalhador.
Colaboração na elaboração e acompanhamento de projetos Estudos e pesquisas (o projeto encaminhado junto a Fundacentro prevê um amplo trabalho de estudos e pesquisas sobre saúde mental em diversos ramos de atividades).
Apoio ao programa de publicações (publicações sobre

condições de trabalho).
Acompanhamento dos Grupos de Trabalho sobre: (LER, Alumínio, Gênero e DST/AIDS)

Previdência

Diretor – Remígio –
remi@instcut.org.br

Assessor - Joaquim Holanda –
joaquim@instcut.org.br

Cursos de capacitação de lideranças sindicais e comunitárias na defesa da previdência pública, com o objetivo de torná-las capazes de participar ativamente dos órgãos

colegiados da previdência do nível local ao nível nacional, principalmente na definição de políticas previdenciárias, além de reforçar a importância da organização dos aposentados e pensionistas da CUT.

Assessoria Técnica

Assessor: Nilton Freitas –
niltonfreitas@instcut.org.br

Consultoria na área de saúde do trabalhador e meio ambiente e desenvolvimento. Assessora o INST na elaboração de publicações que são utilizadas como importante instrumento

orientador e difusor das políticas de ação sindical a partir dos locais de trabalho incorporando a dimensão ambiental, as quais constituem-se numa verdadeira ferramenta de transformação das condições de trabalho. Tais publicações têm como principal objetivo fornecer informações específicas em saúde do trabalhador aos trabalhadores (as) e dirigentes sindicais, para ampliarem sua atuação a partir do local de trabalho.

Assessora a CUT na área de previdência e representa a CUT no Conselho de Desenvolvimento Sustentado da CIOLS.
São Paulo, março de 2002

EXPEDIENTE

Coletivo Nacional de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente
Coordenadora: Rita de Cássia Evaristo

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE NO TRABALHO – INSTCUT
Rua Caetano Pinto, 575 – 1º andar – Brás – São Paulo – CEP: 03041-000
Tel (0xx11) 3272-9411 – ramal 153 – FAX (0xx11) 3272-9610

Site: www.instcut.org.br
E-mail: inst@instcut.org.br

DIRETORIA

Rita de Cássia Evaristo
Presidente
João Vaccari Neto
Tesoureiro

Diretores

Temístocles Marcelos Neto,
Wanderley Antunes Bezerra
Pascoal Carneiro
Sandra Rodrigues Cabral

Equipe Técnica

Domingos Lino
Coordenador Técnico Executivo
Joaquim Monteiro de Holanda
Assessor – Previdência e Aposentadoria
Camila Thomazini Fantuzzi
Secretária
Fátima Pianta
Assessora de Formação
Gilberto Salviano da Silva
Formador



Apoios

