

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

Quadros interpretativos e movimentos sociais. Uma análise a partir do. Movimento de Saúde do Trabalhador.

Carlos José Naujorks.

Cita:

Carlos José Naujorks (2009). *Quadros interpretativos e movimentos sociais. Uma análise a partir do. Movimento de Saúde do Trabalhador. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1593>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Quadros interpretativos e movimentos sociais

**Uma análise a partir do
Movimento de Saúde
do Trabalhador**

Carlos José Naujorks¹

Introdução

As possibilidades atuais de apresentação pública de demandas pelos diversos agentes sociais no campo da saúde do trabalhador relaciona-se com a formação histórica desse campo e com combinação entre três elementos: os formatos institucionais e organizacionais tanto para a atenção à saúde do trabalhador quanto das organizações que atuam no campo, as concepções e os marcos interpretativos que estabelecem a relação entre saúde e trabalho e fundamentam as intervenções dos

¹. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). E-mail: naujorks@unisc.br.

técnicos e dos diversos agentes sociais e, ainda, as normativas legais que apresentam o marco regulatório para as ações. A análise da expressão dos diversos agentes sociais em relação à apresentação pública de demandas no campo da saúde do trabalhador passa, então, num primeiro momento, pela análise desses elementos.

O conceito de marcos interpretativos, tal como desenvolvido pelas teorias dos movimentos sociais (SNOW et. al., 1986; ZALD, 1996), oferece uma possibilidade de apropriação dos processos que permitem identificar no campo da saúde do trabalhador as concepções que fundamentam as ações movimentalistas. A compreensão dos movimentos sociais como processos de mobilização que são produzidos pelas articulações entre as organizações de movimentos sociais num contexto de oportunidades (TARROW, 2003), tendo por referência alinhamentos interpretativos que se produzem entre esses agentes (SNOW et. al., 1986; ZALD, 1996), é que permite abordar o campo da saúde do trabalhador como um campo de conflito social. Pretende-se, aqui, apresentar os conceitos que permitem evidenciar tais relações.

1. O campo da saúde do trabalhador: concepções, agentes e institucionalidades.

O desenvolvimento do campo da saúde do trabalhador pode ser compreendido a partir da análise de como a medicina do trabalho, a saúde ocupacional e, recentemente, a saúde do trabalhador, tem incorporado em seus quadros interpretativos a participação como um elemento que lhe é constitutivo. Os antecedentes da medicina do trabalho remetem a meados do século XIX quando a atuação do médico no trabalho restringia-se, simplesmente, ao atendimento que era realizado em um consultório dentro da fábrica. A partir disso, gradativamente foram se estruturando os serviços médicos dentro das empresas. Esse modelo passou a ser regulamentado e assumiu a forma de medicina do trabalho após a II Guerra Mundial (MENDES & DIAS, 1991).

A intervenção a partir do modelo da medicina do trabalho, ainda hoje existente, esta centrada na doença relacionada com determinado posto de trabalho ou com determinada atividade e baseia-se na atuação curativa do médico em relação ao indivíduo doente, acontecendo quase sempre nos próprios locais de trabalho. O modelo explicativo da doença é o da unicausalidade, que especifica para cada doença um agente etiológico. De forma geral, o que se faz é uma avaliação da adequação ou

não das condições de saúde do indivíduo para a atividade laboral (MENDES & DIAS, 1991, 342; MINAYO-GOMEZ & THENDIM-COSTA, 1997, 22). O bem-estar dos trabalhadores é avaliado em relação à capacidade para a realização de determinadas atividades. Nesse modelo, o trabalhador é objeto da intervenção médica.

O modelo da saúde ocupacional, que se desenvolve a partir da década de 1950 (LACAZ, 2007, 759), amplia, sem necessariamente substituir, o modelo da medicina do trabalho, principalmente pela incorporação do ambiente do trabalho como dimensão de análise e intervenção. A ação adquire um caráter interdisciplinar e multiprofissional (MENDES & DIAS, 1991, 343). Ou seja, a intervenção em relação à saúde do trabalhador não mais é tomada como exclusiva do médico, permanecendo ainda, porém, a centralidade da atuação desse profissional. Um exemplo disso, no Brasil, são os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), instituídos em 1978 e regulamentados pela Norma Regulamentadora N. 4, do Ministério do Trabalho (MINAYO-GOMEZ & THENDIM-COSTA, 1997, 23). O SESMT é responsável, em cada empresa a partir de determinado número de trabalhadores, pela implementação dos Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) que define uma série de exames a que devem se submeter os trabalhadores. Esses exames estão centrados na responsabilidade médica. Só essa diversidade de denominações – medicina do trabalho que será responsável pelo plano de saúde ocupacional – revela as contradições presentes ao longo da constituição do campo.

Na medida em que se insere o ambiente como dimensão de análise do adoecimento, desenvolve-se, na perspectiva da saúde ocupacional, uma concepção de multicausalidade do processo saúde-doença.

No campo das *idéias sobre a saúde*, predominava até os anos '70, a concepção positivista de que a Medicina teria ampla autonomia e estaria no mesmo nível que os outros subsistemas – como o econômico, o político, o educacional (...) Esta visão de mundo sustenta a *teoria da multicausalidade* do processo saúde e doença, onde os fatores de risco do adoecer e morrer são considerados com o mesmo valor ou potencial de agressão ao homem, visto esse como

“hospedeiro”. A prática da saúde ocupacional assenta-se sobre esta concepção (MENDES & DIAS, 1991, 345).

No Brasil, essa concepção acabou mantendo, tanto na legislação que se constitui sob sua inspiração, quanto nas práticas institucionais que lhe foram derivadas, fortemente a perspectiva da medicina do trabalho. Segundo Mendes e Dias (1991, 344), o modelo não realiza de forma efetiva a perspectiva de interdisciplinaridade que propõe. A formação de técnicos e a produção de conhecimentos e de tecnologias de intervenção não acompanharam as transformações dos processos de trabalho e, ainda, o modelo mantém uma perspectiva centrada na intervenção médica que torna o trabalhador um paciente, objeto da intervenção médica.

Tomando novamente o SESMT como exemplo: aqui, os profissionais são contratados, pagos e estão relacionados diretamente com os interesses de seus empregadores. Uma consequência disso é a subnotificação de acidentes ou doenças do trabalho. Os médicos, as empresas, não emitem ou emitem muito pouco as Comunicações de Acidentes de Trabalho, o que faz com que os órgãos públicos de vigilância de saúde do trabalhador não tenham dados, ou tenha dados pouco confiáveis, sobre a expressão populacional de determinadas doenças profissionais (MINAYO-GOMEZ & THENDIM-COSTA, 1997, 24).

Outro caso a ser considerado tendo como análise a realidade brasileira, são as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs), que existem com essa denominação desde 1945 e que se estruturam em função de número de trabalhadores da empresa e do Grau de Risco de suas atividades. As CIPAs são paritárias, com membros escolhidos pela empresa e com membros escolhidos pelos empregados, mas a presidência da CIPA é, expressamente, escolhida pela empresa. Além disso, a atuação das CIPAs é geralmente pontual (restrita à elaboração do Mapa de Riscos), subsidiária aos SEMTSs e, muitas vezes, restrita à realização das Semanas Internas de Prevenção de Acidentes no Trabalho (SIPATs), também prevista a partir de norma regulamentadora (FREITAS, 2000).

As transformações no mundo do trabalho que aconteceram ao longo das últimas décadas do século XX trouxeram consequências em relação à saúde do trabalhador. A introdução da informática, da automação industrial, do emprego

flexível, entre outros fatores, passaram a exigir um trabalhador mais autônomo e produziram novas formas de sofrimento e adoecimento. Além disso, a partir de década de 1960, o movimento dos trabalhadores passou a colocar em suas pautas de luta questões não apenas referentes a cada categoria profissional, mas também referentes aos trabalhadores, de forma geral, como a saúde do trabalhador. Nesse movimento, duas grandes exigências aparecem: a de uma maior participação dos trabalhadores nesses processos e de uma maior responsabilização do poder público.

Um novo modelo começa então a surgir: o da Saúde do Trabalhador. Esse modelo é estruturado a partir de concepções teóricas diferentes das que sustentam tanto a medicina do trabalho quanto a saúde ocupacional, tendo suas raízes na Medicina social latino-americana e no Modelo Operário Italiano, que se desenvolve nos anos de 1960 e 1970 (MINAYO-GOMEZ & THENDIM-COSTA, 1997, 25; LACAZ, 2007, 758). Nessa perspectiva, “(...) ganha corpo a *teoria da determinação social* do processo saúde-doença, cuja centralidade colocada no trabalho – enquanto organizador da vida social – contribui para aumentar os questionamentos à medicina do trabalho e à saúde ocupacional” (MENDES & SILVA, 1991, 346).

Essa concepção de saúde do trabalhador tem algumas características básicas: a ênfase na saúde pública; os processos de saúde e doença como objeto de análise e intervenção; a participação dos trabalhadores e os trabalhadores como sujeitos dos seus processos de saúde/doença (MENDES & DIAS, 1991, 347).

A formação desse modelo no Brasil foi acompanhada, nas décadas de 1970 e 1980, de grandes mobilizações sociais e dos processos de participação que culminaram com a ampla participação na Assembléia Constituinte. Sua formação relaciona-se de forma mais ampla com o Movimento de Saúde (GERSCHMAN, 1995). A participação das organizações sindicais nesse processo foi fundamental e teve como uma referência importante o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), criado em 1980. A formação, a partir de 1984, dos Programas de Saúde do Trabalho, estruturados a partir da Secretaria de Estado de Saúde, em São Paulo, e que contou com a participação direta dos trabalhadores inclusive em sua gestão, teve também um papel significativo na ampliação da participação dos agentes sociais presentes no campo. Esse processo teve como momento forte a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a 1ª. Conferência

Nacional de Saúde do Trabalhador, que representam a afirmação de um modelo de saúde pública, universal e participativa (LACAZ, 2007, 761).

Assim, o desenvolvimento do modelo da saúde do trabalhador no Brasil está relacionado às críticas feitas ao modelo da saúde ocupacional a partir de serviços estruturados na rede pública de assistência aos trabalhadores, com participação dos trabalhadores e de suas organizações (MENDES & DIAS, 1991, 346).

Essa concepção se materializa, por exemplo, na Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8080/90), que cria o Sistema Único de Saúde. O artigo 6º da Lei Orgânica da Saúde coloca que Saúde do Trabalhador envolve atividades de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, bem como a recuperação e reabilitação. Além disso, garante-se aos trabalhadores a participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador.

Esta legislação tem produzido também uma institucionalização: Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, os Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e as Unidades Municipais de Referência em Saúde do Trabalhador (UMREST). Esse conjunto institucional, as organizações sindicais, grupos mais ou menos organizados de usuários e intelectuais têm se estruturado como agentes dos processos de defesa da saúde do trabalhador. É importante evidenciar, então, a relação entre essas redes de organizações que se estruturam no campo da saúde do trabalhador com os conceitos que permitem uma apropriação teórica desses processos.

2. Quadros Interpretativos e Ações em Saúde do Trabalhador.

Nas últimas décadas tem-se produzido uma teorização ampla e abrangente sobre movimentos sociais. A teoria das oportunidades políticas (TILLY, 1978; 1995; TARROW, 2003), ampliação da teoria da mobilização de recursos, constitui-se hoje numa formulação teórica sobre movimentos sociais que tem incorporado

desenvolvimentos de outras perspectivas teóricas fornecendo referenciais analíticos abrangentes para o estudo dos movimentos sociais. Assim, Klandermans (1984) incorpora à teoria, a partir de uma perspectiva cognitivista, o conceito de identidade social; Snow (1986) e Zald (1996) incorporam o conceito de quadros interpretativos para a compreensão dos processos ideológicos, culturais e simbólicos envolvidos nos movimentos sociais.

Snow e colaboradores (1986) desenvolvem, a partir de Goffman, o conceito de quadros interpretativos, significando os esquemas de interpretação que torna as pessoas capazes de localizar, perceber, identificar e rotular ocorrências dentro de seus mundos e espaços de vida (SNOW et al, 1986, 464). Alinhamentos interpretativos, para Snow (et al, 1986, 464) significam a conexão entre as orientações interpretativas dos indivíduos e das organizações dos movimentos sociais, tais como interesses individuais, valores, crenças e atividades dessas organizações, cujos objetivos e ideologia que podem ser congruentes e complementares. A função dos quadros interpretativos e dos alinhamentos interpretativos é de organizar a experiência e guiar a ação (SNOW et al, 1986, 464).

Zald (1996) a partir do conceito de quadros interpretativos incorpora a importância das idéias e de elementos culturais para compreender a mobilização e a participação nos movimentos sociais. Nessa perspectiva distingue-se cultura, ideologia e quadros interpretativos. A cultura é compreendida de forma mais ampla, como as crenças e concepções compartilhadas, mediadas e constituídas por símbolos e pela linguagem, de um grupo ou sociedade (ZALD, 1996, 262). A ideologia como o repertório de crenças que são usadas para justificar ou transformar uma dada ordem social e política e que são usadas para interpretar o mundo político. Os quadros interpretativos, por sua vez, são metáforas específicas, representações simbólicas e arranjos cognitivos usados para confrontar comportamentos e eventos de um modo avaliativo e sugerir modos alternativos de ação (ZALD, 1996, 262). Símbolos, frames e ideologias são criados e transformados ao longo dos processos de ação das organizações dos movimentos sociais. Os movimentos sociais existem num contexto social mais amplo, de tal forma que as imagens e as noções vinculadas por suas organizações mobilizadoras devem se referir ou partir tendo como base esse contexto social. As organizações de movimentos sociais, suas lideranças, os participantes, localizam-se de forma diferenciada na estrutura social e retiram de forma também

diferenciada os repertórios e os padrões disponíveis, úteis e compatíveis com as práticas, orientações e estilos dos grupos de que fazem parte e que orientam a ação coletiva (ZALD, 1996, 267).

O campo da saúde do trabalhador atualiza contradições clássicas entre capital e trabalho. Essas contradições se expressam segundo processos próprios, de tal forma que o campo da saúde do trabalhador se constitui numa “arena de conflitos e entendimentos formalizados ou pactuados entre empresas, trabalhadores e instituições públicas frente a situações-problema, colocando em jogo, além da identificação da sua real origem, a capacidade de negociação para enfrentá-las” (MINAYO-GOMEZ & THENDIM-COSTA, 1997, 26).

Dessa forma, por saúde do trabalhador entende-se “um corpo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, humanas – e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos autores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum” (MINAYO-GOMEZ & THENDIM-COSTA, 1997, 25). A ênfase nas noções de participação, responsabilização do Estado e na concepção de saúde a partir das determinações sociais dos processos de saúde/doença, conformam um quadro interpretativo que passa a ser compartilhado pelos diversos agentes presentes no campo.

Os movimentos sociais constituem-se como redes de interações entre diferentes atores, podendo incluir ou não organizações formais (DIANI, 1992: 14). Face à pluralidade das instituições possíveis de envolvimento com determinado movimento, torna-se fundamental perceber como os atores de diferentes orientações voltam-se para a elaboração de quadros interpretativos comuns, ao mesmo tempo em que mantêm suas especificidades e características distintivas. Além disso, torna-se necessário estabelecer como, no decorrer das ações dos movimentos, processos identitariamente constituintes se dão, de modo a perceber os movimentos para além de suas simples manifestações publicamente visíveis. No caso do campo da saúde do trabalhador, esses processos têm se constituído a partir da ênfase na participação e no marco teórico que orienta as intervenções técnicas. No caso das organizações vinculadas à defesa da saúde do trabalhador, a combinação desses elementos interpretativos e que dão significados para a ação assim pode ser descrita: “A princípio é uma meta, um horizonte, uma vontade que entrelaça trabalhadores, profissionais de

serviços, técnicos e pesquisadores sobre premissas nem sempre explicitadas”
(MINAYO-GOMEZ & THENDIM-COSTA, 1997, 24).

Entendidos como coletividades em interação, elementos como concepções, identidade, solidariedade e crenças comuns tornam-se os fatores que permitem tanto um sentimento compartilhado de pertencimento, quanto referências comuns como base para interpretações e ações, permitindo, além disso, diferenciarem-se do conjunto dos outros atores pelas particularidades que podem assumir.

Considerações finais

A análise do campo da saúde do trabalhador enquanto movimento social implica em se considerar as organizações que constituem o campo e atuam como mobilizadoras dos processos de apresentação de demandas sociais, as articulações produzidas entre tais organizações, as demandas publicamente apresentadas e os contextos de conflito em que elas se inserem (campo das oportunidades políticas), bem como os quadros interpretativos que provêm ao campo marcos conceituais, significados e orientações ideológicas. No estudo apresentado, as Unidades Municipais e os Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador, os sindicatos e as centrais sindicais, os usuários a partir de suas associações, instituições acadêmicas, de maneira mais ou menos articulada apresentam, sistematicamente, demandas públicas em relação à saúde dos trabalhadores. No Brasil, as Conferências Nacional, Estaduais e Regionais de Saúde do Trabalhador, apesar de seu caráter esporádico constituem momentos importantes de catalisação dos processos de mobilização em saúde do trabalhador. Assim, a análise das ações específicas desenvolvidas pelas organizações, das situações de conflito que essas ações se inserem e dos processos de mobilização social que são produzidos, evidenciam um marco conceitual que, muito embora o caráter fragmentado e desarticulado do campo (MINAYO-GOMEZ & THENDIM-COSTA, 1997, 24) apresenta-se como uma propriedade do campo da saúde do trabalhador ou, antes, uma característica que evidencia os elementos que o constituem como movimento social.

Referências Bibliográficas

- DIANI, Mario. The Concept of Social Movement. *The Sociological Review*, N 38, pp 1-38, 1992.
- FREITAS, Milton. *Manual de Ação Sindical em Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente*. Instituto nacional de saúde do trabalhador. Cadernos de Saúde do Trabalhador. 2000.
- GERSCHMAN, Silvia. *A Democracia Inconclusa: um estudo sobre a reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- KLANDERMANS, Bert. Mobilization and participation: Social-psychological expansions of resource mobilization theory. *American Sociological Review*. Vol. 49, Pg 583-600, October, 1984.
- LACAZ, Francisco Antonio de Castro. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 23(4): 757-766. Abril 2007.
- MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo. 25(5): 341-9. 1991.
- MINAYO-GOMEZ, Carlos; THENDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 13 (Suplemento 2): 21-32. 1997.
- OLIVEIRA, Maria Helena; VASCONCELLOS, Luiz Carlos. Política de Saúde do Trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 8(2): 150-158. abril/junho 1992.
- SNOW, David; ROCHFORD, E. Burke; WORDEN, Steven K.; BENFORD, Robert. Frame Alignment Processes, micromobilization and movement participation. *American Sociological Review*, V. 51, P. 464-481, August 1986.
- TARROW, Sidney. *Power in Movement – social movements and contentious politics*. 2a. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
- TILLY, Charles. To Explain political Process. *American Journal of Sociology*, N 100, pp. 1594-1610, 1995.
- TILLY, Charles. *From Mobilization to Revolution*. Londres: Addison-Wesley Publishing company, 1978.
- ZALD, Mayer. Culture, Ideology, and Strategic Frames. In: McADAM, D.; MCCARTHY, J.D.; ZALD, M. *Comparative Perspectives on Social Movements*. Cambridge: Cambridge Un. Press, 1996.