

### 14.3 DOENÇAS PROFISSIONAIS PROVOCADAS PELO AMIANTO NO BRASIL E A CONSTRUÇÃO DOS CONTRA-PODERES: UMA ABORDAGEM EM SAÚDE, TRABALHO E GÊNERO

SCAVONE, L.<sup>1</sup>, GIANNASI, F.<sup>2</sup> & MONY, A. T.<sup>-3</sup>

O amianto, ou asbesto, é uma fibra mineral natural sedosa que, por suas propriedades específicas - alta resistência mecânica e às altas temperaturas, incombustibilidade, boa qualidade isolante, durabilidade, flexibilidade, indestrutibilidade, baixo custo - é largamente utilizado na indústria<sup>4</sup>.

O Brasil está entre os cinco maiores produtores de amianto do mundo e é também um grande consumidor, havendo por isto um grande interesse científico em nível mundial sobre a situação brasileira, quando quase todos os países europeus já proibiram seu uso. A maior mina de amianto em exploração no Brasil situa-se no município de Minaçu, no Estado de Goiás e é administrada por empresas ligadas ao grupo multinacional francês Saint-Gobain, em cujo país de origem é proibido o seu uso desde o início de 1.997.

No país, o amianto tem sido empregado em milhares de produtos, principalmente na indústria da construção civil (telhas, caixas d'água de cimento-amianto) e em outros setores e produtos como guarnições de freio(lonas e pastilhas), juntas, gaxetas, revestimentos de discos de embreagem, tecidos, vestimentas especiais, pisos, tintas entre outros. (Giannasi, 1995).

O Canadá, segundo maior produtor mundial de amianto, é um grande exportador desta matéria-prima, mas consome muito pouco em seu território. Um/a cidadão/ã americano/a se expõe em média a 100g/ano, um/a canadense a 500 g/ano e um/a brasileiro/a, mais ou menos, a 1.400g/ano (Castleman, 1995).

Este quadro inicial nos indica uma diferença na produção e consumo do amianto entre os países do hemisfério Norte e Sul, em especial, o Brasil, explicada pelo fato de que o amianto é uma fibra comprovadamente cancerígena e que o/as cidadão/ãs do Norte já não aceitam mais se

---

<sup>1</sup> Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. do Departamento de Sociologia da UNESP/ Araraquara, Pesquisadora do CNPq, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Sociologia UNESP/Ar.

<sup>2</sup> Engenheira Civil e de Segurança do Trabalho da Delegacia Regional do Trabalho em São Paulo/MTb/SDT/Osasco, atuando na Inspeção do Trabalho, Coordenadora da Rede Ban Asbestos para a América do Sul e Membro-fundadora da ABREA-Associação Brasileira dos Expostos ao Amianto.

<sup>3</sup> Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. do INSERM (Institut National de la Santé e de la Recherche Medicale) / França, Diretora de Pesquisa do Centre de Recherche sur Les Enjeux Contemporains en Santé Publique de l'Université Paris XIII (Bobigny)/INSERM e Coordenadora do Réseau Nord x Sud "Santé, flexibilité du travail et précarisation."

<sup>4</sup> Este artigo é um dos resultados da pesquisa "*Amianto e suas Conseqüências Sócio-Familiares: uma abordagem comparativa franco-brasileira*" que foi realizada no Brasil nos anos de 1995-1997, financiada pelo INSERM/França e CNPq/Brasil. A versão original e reduzida deste artigo foi apresentada com o título "*A invisibilidade social das Doenças Profissionais provocadas pelo Amianto no Brasil: uma abordagem interdisciplinar em saúde, trabalho, meio ambiente e gênero*" no V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO), Águas de Lindóia, 1997.

exporem a este conhecido risco. O amianto é um bom exemplo de como estes países transferem a produção a populações que desconhecem os efeitos nocivos deste produto, enquanto para eles buscam outras alternativas menos perigosas, recorrendo à política do duplo-padrão(*double-standard*): *produtos proibidos nos países desenvolvidos e liberados para produção e comercialização nos em desenvolvimento*.

### ***Invisibilidade das Doenças Profissionais***

No Brasil, os dados sobre as *doenças provocadas pela exposição ao amianto* são dispersos, raros e sobretudo, comprometidos com os interesses da indústria amiantífera. Esta situação deve ser compreendida dentro do quadro mais geral das estatísticas das *doenças profissionais* no Brasil<sup>5</sup>, cuja subnotificação é notória. A invisibilidade das doenças relacionadas ao amianto se agrava pelas próprias características das mesmas: costumam se manifestar distante do local onde foram contraídas, e, algumas vezes, muitos anos depois, dificultando o estabelecimento de nexos causais, as notificações e a visibilidade social das mesmas. (Lipietz, 1997).

A partir de 1993 houve um aumento considerável nos registros das doenças profissionais informadas ao INSS (Instituto Nacional do Seguro Social): passaram de 8.299 em 1992 para 15.270, sobre 23.000.000 de trabalhadora/as registrado/as. Este aumento se deveu em parte à mudança na legislação e também a uma maior organização por parte do/as trabalhadora/as (INSS, 1997). Embora os neoplasmas apareçam como quarta causa de mortalidade no Brasil em 1991 (RDHB, 1996), sua associação a causas profissionais é rara.

No caso específico das doenças relacionadas ao amianto, podemos ainda acrescentar outros fatores que contribuem para um conhecimento institucional fragmentado sobre as mesmas: a alta rotatividade dos/as trabalhadores/as no mercado de trabalho; a legislação brasileira ter instituído somente a partir de 1991 a obrigatoriedade de controle médico rigoroso nos expostos; a inexistência de trabalhos epidemiológicos de busca ativa de casos, quer junto aos/às trabalhadores/as, quer junto a populações não expostas ocupacionalmente, além de outros fatores que detalharemos no decorrer deste texto.

As doenças profissionais relacionadas ao amianto são: a *asbestose* (doença crônica pulmonar de origem ocupacional e de caráter irreversível e progressivo), *cânceres de pulmão, do trato gastrointestinal* e o *mesotelioma*, tumor maligno raro, que atinge a pleura e o peritônio com um período de latência em torno de 30 anos. Destas doenças poucas foram caracterizadas como ocasionadas pela exposição ao amianto no Brasil. Menos de uma centena de casos estão citados em toda a literatura médica deste século - sendo 56 casos de asbestose, dois de cânceres e 4 de mesotelioma – os quais, embora diagnosticados *com nexos causal investigado e conhecido*, não tiveram qualquer reconhecimento oficial e não constam dos registros da Previdência Social e de

---

<sup>5</sup> A legislação no tocante às doenças profissionais no Brasil prevê somente 27 situações ou agentes em que o nexo se estabelece quase que automaticamente (incluindo o amianto), desde que a exposição seja comprovada (Decreto 611 de 21/7/92 que aprovou o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social). Este limite restrito de reconhecimento dos agentes, que causam doenças profissionais, contribuem para a invisibilidade das mesmas.

suas estatísticas de infortunística no trabalho. (COSTA, 1983; MENEZES, 1956; TEIXEIRA & MOREIRA, 1956; UNICAMP, 1980).

Na pesquisa, que realizamos sobre as doenças profissionais ligadas ao amianto e seus impactos nas famílias (Scavone; Giannasi; Thébaud-Mony, 1997), buscamos localizar ocorrências de mesoteliomas, pois esta doença é quase sempre associada à exposição ao amianto e leva ao óbito em menos de dois anos a quase totalidade dos casos. As dificuldades de encontrar estatísticas desta doença foram inúmeras: o primeiro motivo foi que somente com a 10ª. edição da Classificação Internacional das Doenças (CID) em 1995 é que o mesotelioma passou a ter código específico (anteriormente estava enquadrado em cânceres de pleura ou peritônio). O segundo motivo foi a incapacidade médica de diagnosticar esta doença, pois os cursos de Medicina do Trabalho no Brasil são oferecidos só como especialização e não na formação básica. E, por fim, embora os cânceres sejam de registro compulsório, não existe uma informação centralizada e as diferentes fontes de dados adotam bases não uniformes e difíceis de serem cruzadas.

Em busca que fizemos nos registros do INCA (Instituto Nacional do Câncer) e nos registros hospitalares e de base populacional, encontramos, entre 1976 e 1985, 193 casos de mesotelioma, embora nenhum deles tenha sido relacionado à exposição ocupacional ou ambiental ao amianto. Deste total, apenas conseguimos dados mais completos de 55 casos(28,5%). Estes dados já nos revelam a falta de uniformidade nas informações sobre esta doença: embora ela não tivesse código no CID, em alguns registros constavam apenas a topografia da doença (câncer de pleura, pulmão ou peritônio). Em outros também sua morfologia (mesotelioma)<sup>6</sup>.

No Estado de São Paulo encontramos, entre 1980 e 1997, 54 casos de mesotelioma dos quais 18 eram de mulheres e 36 de homens. Para a cidade de São Paulo, no PRO-AIM (Programa de Aperfeiçoamento de Informações sobre Mortalidade), ligado ao serviço funerário municipal, encontramos registros de mesotelioma somente a partir do ano de 1.996, quando passaram a adotar a 10ª. edição do CID, conforme mencionado acima, tendo, então, naquele ano, sido registrados 7 casos de óbitos por mesotelioma, sendo 3 de mulheres e 4 de homens.

Chamou-nos atenção a incidência de casos em mulheres, pois a princípio as mulheres, até a *Constituição de 1.988, eram proibidas formalmente* de trabalhar em atividades insalubres, nas quais se incluem aquelas em contato com o amianto<sup>7</sup>. Destas mulheres que morreram de

---

<sup>6</sup> Os registros usados para estimativa da incidência e mortalidade por câncer publicados pelo Pró-Onco/INCA são os registros de base populacional de 6 capitais: Belém, Fortaleza, Campinas, Porto Alegre, Goiânia, São Paulo e representam em torno de 5% do total nacional. Os dados de morbidade são fornecidos pelos registros de base Hospitalar e os de mortalidade são fornecidos a Pró-ONCO pelas Secretárias Estaduais de Saúde dos respectivos Estados, tendo como base os atestados de óbitos. (INCA/Pró-Onco,1997) .

<sup>7</sup> Existe também a possibilidade das doenças terem sido contraídas com trabalhos informais ou com trabalhos que desconsideraram a proibição legal em vigor até a Constituição de 1988, conforme já mencionado. Uma pesquisa realizada numa indústria de amianto no Rio de Janeiro encontrou trabalhadoras com asbestose decorrente da exposição ao amianto e com um tempo de exposição entre 12 a 22 anos (D'Acri Soares, 1997), que corresponde ao período anterior à proibição legal. Já foi observada a ocorrência de casos de mulheres com doenças ligadas à exposição ao amianto em outros países como, por exemplo, um estudo sobre o aparecimento de asbestose e mesotelioma relacionados a fibras de amianto do tipo anfibólio na Turquia "onde amianto é usado como cal nas casas (com a

mesotelioma na cidade de São Paulo, duas eram donas de casa e tinham menos de 40 anos, o que sugere exposição na infância, em virtude do longo período de latência da doença, e adquirida provavelmente não de forma ocupacional mas, devido à exposição indireta através de pessoas da família em contato com o agente cancerígeno ou mesmo à exposição ambiental.

É bom frisar que só recentemente as grandes empresas usuárias de amianto no Brasil adotaram o uso de lavanderias para limitar os riscos para ocupacionais ou indiretos (GIA, 1988; GIA, 1993), impedindo com isto que os trabalhadores expostos levem suas roupas contaminadas para lavar em casa e exponham outros membros da família: crianças e principalmente as mulheres que, na clássica divisão sexual do trabalho, se ocupam da lavagem e cuidado das roupas. Costa (1983), num estudo realizado na cidade de Leme, constatou este fato e alertou para o risco de exposição ao amianto que as famílias destes trabalhadores estavam se submetendo por meio da poeira das roupas de trabalho levadas para casa.

### ***Impactos da doença nas Famílias***

Com base neste quadro geral optamos pela realização de uma pesquisa qualitativa sobre os 4 casos de mesoteliomas com nexos causal investigado e relacionados à exposição ao amianto, analisando em profundidade as trajetórias de conhecimento e/ou reconhecimento oficial ou não de suas enfermidades e suas conseqüências às famílias. Esta escolha se fundamentou no fato inequívoco do diagnóstico da doença ter sido associado à exposição ao amianto, o que conforme já nos referimos ainda é raro no Brasil, apesar do mesotelioma ser causado por este agente na maioria dos casos registrados na literatura médica disponível. (PEZERAT, 1995).

Destes 4 casos localizamos 3 famílias de doentes, que foram contatadas; duas destas aceitaram participar da pesquisa.

Fizemos uma pesquisa exploratória, utilizando a técnica de entrevistas em profundidade, tendo como principais informantes as esposas dos trabalhadores, os quais haviam falecido há pouco tempo quando as contatamos. Tivemos, como informantes secundários, alguns dos membros mais próximos destas famílias. Valendo-nos dos dados coletados, construímos a trajetória familiar, profissional e de saúde do trabalhador atingido pela doença e também as trajetórias de vida de suas mulheres. Esta metodologia nos permitiu visualizar a inter-relação dos campos estudados – trabalho, família e saúde – evitando-nos uma análise determinista.

Nos dois casos eles tinham tido exposição ocupacional, um deles diretamente numa indústria de cimento-amianto<sup>8</sup> e o outro numa prestadora de serviços para uma grande indústria multinacional do mesmo produto. As famílias vivem em Leme, cidade do interior do Estado de São Paulo, onde se situam duas indústrias médias de cimento-amianto e algumas outras de menor porte. É, inclusive, nesta região que se concentram as principais fábricas deste setor no país.

No primeiro caso, tratava-se de uma família modesta composta por quatro filho(a)s - dois homens de 16 e 24 anos, duas mulheres de 13 e 21 anos – e o casal, Regina e João. Ela pertencia a uma família de trabalhadores rurais, estudou até a terceira série e trabalhava

---

*aplicação sendo feita, majoritariamente, pelas mulheres). A exposição começa desde o nascimento e dura toda a vida". (Scliar, 1998).*

<sup>8</sup> No Brasil, 90% do uso do amianto, produzido para o mercado interno, é consumido neste setor.

temporariamente *na roça*, na coleta de algodão, laranja, café. Ele estudou até a quarta série e a sua trajetória profissional foi bastante variada (foi trabalhador rural, operário, contínuo em banco, motorista numa fazenda, servente na prefeitura) e *trabalhou um ano, de 1967 a 1968, numa indústria de cimento-amianto de Leme*. Nesta época, ele morava com a mãe e levava as roupas de trabalho para lavar em casa.

No início o Sr. João atribuía a sua doença a uma queda de um caminhão, quando trabalhava numa fábrica de papelão, porque depois disto começou com quadro de dores nas costas e falta de ar. A relação da doença com a exposição ao amianto foi aventada pelos médicos que diagnosticaram um *tumor*. A família também começou a suspeitar que a doença tivesse alguma relação com o período que o Sr. João trabalhou na fábrica de cimento-amianto. Em Leme é voz corrente, entre os trabalhadores, a relação de cânceres com os trabalhadores das indústrias de cimento-amianto, o que provavelmente aumentou as suspeitas da família.

O antecedente de ter tido um cunhado que morreu de câncer e que tinha trabalhado 17 anos na mesma empresa de cimento-amianto fez com que a família comparasse as duas situações, relacionando a doença com o trabalho. No entanto, não foram devidamente orientados e nem encontraram disposição para verificar suas suspeitas e pleitear indenização<sup>9</sup>: “*achavam que ia ser difícil, (...) então não fui atrás*” (Regina). O aparecimento da doença transtornou o equilíbrio financeiro e emocional do grupo doméstico, acarretando uma sobrecarga física e emocional para a esposa (também para a filha mais velha), muito embora ela não admita isto. Entre a busca de tratamento e a sucessão de diagnósticos passaram-se aproximadamente três anos, nos quais a doença invadiu completamente a vida do trabalhador e da família, instaurando a ameaça da morte.

O quadro familiar se transforma, a doença reordena a rotina da família e Regina busca um ajuste para a nova situação: primeiro, hospitalizações frequentes do marido; depois idas diárias ou semanais ao Hospital em Campinas para *quimioterapia*, e se instaura a suspeita da gravidade do caso. A *desordem* familiar provocada pela doença vem acompanhada das mudanças no comportamento do doente que de uma pessoa alegre e carinhosa se transformou numa pessoa triste, irritada com as crianças, desconfiada com os outros e sempre reclamando da dor forte que persistia. O desenvolvimento do tumor causou uma deformação física penosa de aceitar, fatores que contribuíram para uma exclusão do convívio social dando lugar a complexos e inseguranças projetadas na desconfiança daqueles que estão no *mundo dos sãos*. A sociabilidade do doente, além da família, restringiu-se ao local de tratamento da doença, o *mundo dos doentes*.

O adoecimento do trabalhador numa família onde ele é o principal provedor - como é este primeiro caso - é uma forma de desemprego às avessas, espécie de *morte social*, pois parando de trabalhar o doente fica excluído de uma parte importante do convívio social; a doença é vivida como uma derrota que impossibilita a volta para a vida ativa. Tratando-se de uma doença mortal como o mesotelioma, não há esperanças, mas sim um processo rápido de deterioração da saúde, causando um desequilíbrio nas relações afetivas familiares cujas conseqüências sobrecarregam, sobretudo, as mulheres da família que se ocupam dos cuidados necessários à manutenção do doente e do sustento da casa. Regina recebia uma pensão equivalente a U\$ 135, na doença/morte do marido, que a obrigou a continuar trabalhando. Só

---

<sup>9</sup> Somente após nosso trabalho é que a família resolveu processar a empresa, pedindo indenização por danos físicos e morais.

parou quando a doença se agravou, contando, a partir daí, com a ajuda de parentes. Assim, durante a doença houve uma perda do poder aquisitivo da família em relação ao período em que João estava trabalhando; depois da sua morte a situação financeira melhorou um pouco, porque diminuíram as despesas com medicamentos. Ele faleceu em 1994, aos 56 anos de idade, de mesotelioma de pleura associado à exposição ao amianto (De Capitani *et al.*, 1997). O atestado de óbito, constando como causa *mortis caquexia*, isto é, a falência generalizada dos órgãos, foi firmado por médico conhecido na cidade de Leme o qual, além de suas atribuições na esfera pública, assessora as duas principais empresas locais de cimento-amianto.

No segundo caso, tratava-se de uma família sem filho(a)s com um padrão de vida médio e estável. Marta, professora aposentada, fez três cursos superiores. Marcos, cuja escolaridade era o curso primário, foi dono de uma vulcanizadora que prestou serviços muitos anos a uma grande indústria de cimento-amianto, conseguindo uma certa estabilidade econômica. Quando ele adoeceu tinha parado de trabalhar com pneus. O aparecimento da doença gerou diagnósticos diversos e, localizado o tumor, foi-lhe indicada uma cirurgia. A raridade do caso foi reafirmada com o resultado da operação, a doença seguiu se alastrando inexoravelmente e ele submeteu-se a uma segunda cirurgia. Marcos suspeitava que a doença estivesse ligada ao seu trabalho, isto é, ao pó da borracha dos pneus, nunca desconfiou do amianto, embora os médicos que lhe trataram suspeitassem e viessem a confirmar a suspeita. Se a doença não ameaçou a situação econômica da família (apesar do casal ter vendido alguns bens), ela transformou a vida de Marta numa busca ininterrupta de tratamentos e cuidados especiais. Embora o tratamento médico neste segundo caso tenha sido mais sofisticado, incluindo cirurgias – cuja necessidade Marta acabou questionando - que não aconteceram com o primeiro caso (acompanhado no mesmo hospital e contemporaneamente), o processo de adoecimento foi semelhante e finalizou com a morte de Marcos também aos 56 anos de mesotelioma de pleura associado à exposição ao amianto. O atestado de óbito consta como causa da morte “*insuficiência respiratória e neoplasia pulmonar*”.

Embora os médicos tenham diagnosticado, em ambos os casos, mesotelioma de pleura relacionado à exposição ao amianto, as famílias não tinham sido comunicadas desse diagnóstico até o momento de nossa pesquisa. O estudo médico-científico destes casos foi publicado, recentemente, com o título de *Mesotelioma Maligno de Pleura com Associação Etiológica a Asbesto: a Propósito de Três Casos Clínicos* (De Capitani *et al.*, 1997). O conhecimento do diagnóstico teria possibilitado às famílias, inclusive, direito à indenização, através de ação judicial.

A análise dos casos destas duas famílias nos indica uma complexa situação, onde estão imbricadas a saúde, o trabalho, as relações de gênero. Eles nos apontam para as mesmas lógicas das relações sexo/gênero, saúde e trabalho observadas em outras pesquisas: a doença profissional causa alterações importantes na família, administradas pelas mulheres.<sup>10</sup> O drama cotidiano da doença é vivido e gerenciado substancialmente pela família, que deve se recomodar à nova

---

<sup>10</sup> Nos casos mencionados não encontramos mulheres atingidas pela doença; portanto, é impossível avaliar como esta situação seria vivenciada pelos companheiros. Já foi observado em pesquisa sobre Hospitalização Domiciliar que os homens, quando têm de tomar conta de um doente, encontram facilmente apoio de outras mulheres da própria família ou da vizinhança (Favrot, G. 1988). O gerenciamento da situação familiar, no que diz respeito ao trabalho e a saúde do marido, pela mulheres, foi evidenciado por Annie T. Mony em várias pesquisas: na terceirização da manutenção do setor nuclear; numa indústria de arsênico em Salsigne e, também, com trabalhadores expostos ao amianto (1996, 1991). Ver mais detalhes em Scavone (1997).

situação, restando-lhe pouco tempo ou estímulo para refletir sobre as causas que provocaram o adoecimento. Isso, por outro lado, isenta os empregadores de assumirem a responsabilidade que lhes é devida pela doença profissional, que permanece invisível socialmente. Para a família a relação da doença com o trabalho fica minimizada diante da urgência do tratamento. No caso do amianto, esta invisibilidade contribui para a continuidade da utilização deste mineral na indústria brasileira a despeito de todos os danos que ele cause à saúde dos trabalhadores.

### *Os contra-poderes, um espaço de cidadania*

Ao longo de nossa pesquisa nos deparamos com outras *vítimas* do amianto que, ao contrário dos casos citados, mantidos invisíveis pelo silêncio de médicos e de suas famílias, com a conivência das instituições governamentais, organizaram-se na ABREA-Associação Brasileira dos Expostos ao Amianto, constituindo um grupo de cidadãos que lutam, num primeiro plano, para conhecer seu real estado de saúde e, em segundo, pelos seus direitos de serem indenizados por ter-lhes sido omitidos os riscos a que estiveram submetidos anos a fio em seu trabalho e que lhe trouxeram o adoecimento irreversível e progressivo. Paralela e de maior relevância social, a ABREA propugna pelo banimento do uso comercial do amianto, construindo uma “*cidadania de protesto*”, conforme denominado por Souza (1994). Por não se sentirem representados pela grande maioria das entidades e ONG’s existentes e na ausência de interlocutores para a negociação de suas demandas coletivas, os trabalhadores por meio desta ação se expressam contra o não reconhecimento e defesa de seus interesses na esfera pública.

Paoli (1991) chama atenção para algumas características dos movimentos sociais: são constituídos em torno de uma identidade que é auto-definida pelo sujeito na ação e no conflito, compondo um “*nós*” que se contrapõe ao “*outros*”. Eles se distinguem das associações que funcionam com a “*lógica da assistência*”, baseada na entre-ajuda para resolver o problema comum que os reuniu (Thébaud-Mony, 1990), isto porque no caso dos contra-poderes existe um questionamento maior das causas do problema, buscando atingir os poderes constituídos.

Estes movimentos alternativos, constituindo-se em *contra-poderes*, nesta experiência vivenciada pelos expostos ao amianto, tentam discutir o significado do trabalho, da vida, do adoecer e desconstruir paradigmas como a identificação do progresso com o crescimento industrial e a concepção de política como algo que se faz através de e no Estado por meio de organizações hierárquicas que visam acumular o poder e exercê-lo em nome da base, sem a participação desta.

Os contra-poderes são *movimentos sociais* organizados em torno de uma causa específica, constituídos criticamente contra o sistema de dominação estabelecido e não estruturados como os sistemas clássicos de representação coletiva (como partidos, sindicatos)<sup>11</sup>. No caso do amianto eles se constituem na organização de ex-expostos, com doenças relacionadas à exposição a este agente; de fato, eles se “*reúnem em torno do risco*” do trabalho (Lipietz, 1997) e das decorrências

---

<sup>11</sup>A visão da organização difere dos conceitos tradicionais empreendidos pelas estruturas sindicais (tais como as OLTs-Organização por Local de Trabalho) pois defendem “organizar segundo os interesses específicos, não por número de cabeças”.

do mesmo. A sua identidade é auto-definida sobre a doença adquirida no trabalho, através de uma luta cujos objetivos ultrapassam o apoio aos doentes, visando, no caso, banir o amianto das indústrias brasileiras. Esta luta contribui para dar visibilidade para a sociedade brasileira dos danos que causam o uso do amianto.

Considerados pelos poderes como supostamente *apolíticos* e *ateóricos*, por enfocarem *um único problema*<sup>12</sup> e pela sua falta de articulação com as organizações engajadas no processo produtivo, na verdade constituem-se numa nova forma de fazer política. Em geral são os excluídos do sistema dominante: mulheres, operários, jovens, velhos, desempregados, aposentados, *inválidos pelo e para o trabalho*, minorias étnicas, culturais ou sexuais, despossuídos, que se mobilizam contra a destrutividade social do capitalismo.

Evers (1981) afirma que todos eles estão do lado de fora com relação a algum aspecto mais ou menos específico da organização social dominante: *"são as noções dominantes do político e de fazer política que estão sendo decompostas por estes movimentos alternativos e para as quais está sendo recomposta uma concepção nova"*. Por outro lado, o autor argumenta que o imediatismo presente nos novos movimentos sociais pode ser sua maior virtude e ao mesmo tempo sua maior limitação, o que lhe faz temer que muitos elementos presentes nestes movimentos sejam mera reprodução de erros históricos.

Vogel (1997), também preocupado com esta questão do imediatismo de uma luta que constrói *"a identidade do grupo sobre o sofrimento, em cima de algo que é vivido como negativo"*, alerta que se de um lado trazem a visibilidade social dos problemas de saúde no trabalho, por outro dificilmente têm condições de dar uma resposta duradoura aos problemas sociais. Esta última preocupação do autor reflete uma crítica à *"lógica do imediatismo"*; isto é, resolvidos os problemas pontuais, estes trabalhadores não estariam mais se organizando. Consideramos que, mesmo havendo esta possibilidade, tais movimentos, no caso dos expostos ao amianto, teriam cumprido o primeiro papel de tornar visível a doença profissional e os riscos deste agente às\aos trabalhadoras\es e à população em geral.

A maioria dos quase mil membros da ABREA estão em estágios avançados das doenças relacionadas ao amianto, o que lhes incapacita para qualquer atividade laboral. Dedicam boa parte de seu tempo esclarecendo a população sobre os riscos do amianto, aconselhando o consumidor para o uso de produtos alternativos sem amianto (*asbestos free*) e visitando ex-companheiros das fábricas e familiares dos mortos, orientando-os sobre seus direitos e convidando-os a participarem da associação, partilhando, com isto, da solidariedade entre iguais. Estes antigos laços de solidariedade, existentes na época em que eram *colegas de trabalho*, voltam a se manifestar neste momento de angústia e incertezas.

A cidadania construída pacientemente por estes atores sociais, passa a ser a única alternativa possível para dar visibilidade real à grave situação de exposição ao amianto no Brasil, já que boa parte do movimento sindical brasileiro tem agido geralmente como defensora das indústrias, não obstante o caráter epidêmico, progressivo e irreversível das doenças provocadas por esta fibra cancerígena e os movimentos em todo o mundo para substituí-la por produtos alternativos menos nocivos.

Exemplo disto está na Comissão Nacional Permanente do Amianto (CNPA), instituída

---

<sup>12</sup>Cabe lembrar que, através deste único problema, é que estes movimentos questionam as lógicas de poder que o desencadeiam.

pelo Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, por meio do Decreto 2.350/97, de caráter “tripartite e paritário”, que regulamentou a lei que dispõe sobre a extração, industrialização, comercialização e transporte do amianto, e que reflete bem a posição destes poderes constituídos, que defendem a teoria do risco inerente ao trabalho, a gestão deste risco e a manutenção, a qualquer preço, dos atuais níveis de emprego, que, segundo se estima, estariam na ordem de 10.000 empregos diretos nas indústrias de extração e transformação primária, e em torno de 200.000, somando-se a distribuição, revenda, setor de prestação de serviços e reparos etc. (ABRA, 1996).

Todos esses dados evidenciam a invisibilidade do conhecimento da problemática relacionada ao uso do amianto no Brasil: os riscos à saúde do/as trabalhadore/as e das populações indireta e ambientalmente expostas e as doenças profissionais, paraocupacionais e ambientais ligadas à sua exposição. Uma das causas desta invisibilidade está, principalmente, no desconhecimento dos expostos sobre os riscos a que estão sujeitos e, em geral, da sociedade brasileira sobre as propriedades cancerígenas desse produto. Assim, este mineral continua sendo amplamente consumido no país, ao contrário dos países onde seu uso já foi proibido. Portanto, consideramos necessário e imprescindível que o debate em torno do amianto se multiplique no país como uma das ações pela construção de uma cidadania plena.

### ***Bibliografia:***

ABRA-ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO AMIANTO. Amianto no Brasil. São Paulo: ABRA, 47p. , 2ª. Edição, 1996.

CASTLEMAN, B. Building a future without asbestos. *New Solutions. Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, AFL-CIO, Oil, Chemical and Atomic Workers International Union, Lakewood, vol. 5, n. 2, 1995, p.58-63.

COSTA RIANI, L. *Estudo da Asbestose no município de Leme*. Campinas: Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 1983.

D’ACRI SOARES O significado do Trabalho, a saúde e as relações de gênero das mulheres Trabalhadoras de uma fábrica de amianto no Rio de Janeiro, ABRASCO, mimeo.1997.

DE CAPITANI, E. M; METZE, K.; FRAZATO JR., C.; ALTEMANI, A.M.A.; ZAMBOM, L.; TORO, I.F.C.; BAGATIN, E. Mesotelioma Maligno de Pleura com Associação Etiológica a Asbesto: a Propósito de Três Casos Clínicos. *Rev. Assoc. Med. Brasil*. (VI) Vol. 43: n.3, jul./set./97, p.265-272.

EVERS, T. . De costas para o Estado, longe do Parlamento, os movimentos alternativos na Alemanha. *Novos Estudos CEBRAP*, SP, vol.2, n.1, abril 1983, p.25-39

FRAVOT G. *L’activité des soins dans le système d’activité familiale/facteurs d’insertion et de rejet*, Rapport de Synthèse, MIRE, France, 1988.

GIA-GRUPO INTERINSTITUCIONAL DO ASBESTO A ação interinstitucional no controle da exposição ao asbesto dos trabalhadores das indústrias de fibrocimento no Estado de São Paulo. São Paulo: IMESP. Publicação apoiada pela SERT - Secretaria de Estado das Relações de Trabalho, 1988.

GIA-GRUPO INTERINSTITUCIONAL DO ASBESTO Asbesto no setor de fibrocimento. Brasília: MTb / SSST, 1993.

GIANNASI F. & MONY, A.T. Occupational Exposures to Asbestos in Brasil. *International Journal of Occupational Environmental Health(IJOEH)*, 3, Hanley & Belfus, INC., Philadelphia, Estados Unidos, 1997, p.150-157.

GIANNASI, F. Asbesto / Amianto no Brasil. Um Grande Desafio. *Caderno CRH-Centro de Recursos Humanos da Bahia* da Universidade Federal da Bahia(UFBA), 23, Salvador, Julho/Dez./1995, p.128-140.

INCA/Pró-Onco *Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil*, Fundação ONCO-CENTRO, SP, 1997.

INSS/MTb *Anuário Brasileiro de Proteção*, Edição Especial da Revista Proteção, 1997.

LIPIETZ A. Discutant in THÉBAUD-MONY A.(org) Santé, flexibilité du travail, précarisation. Le cas des Maladies Professionnelles. Approche comparative franco-brésilienne. *RAPPORT FINAL Réseau INSERM/Nord-Sud*, Paris, 1997, p. 33.

MENEZES, A. J. P. de. Condições de Trabalho em Mina e Usina de Amianto. Serviço de Documentação do M.T.I.C., Rio de Janeiro, 1956.

PAOLI, M. C. As Ciências Sociais, os Movimentos Sociais e a Questão do Gênero, *Novos Estudos CEBRAP*, SP, n.31, outubro 1991, pp.107-120.

PEZERAT, H. Evaluer et réduire les risques dans les immeubles floqués à l'amianté. *Arch.mal. prof.*, 56, n. 5. : 374-384, 1995.

RDHB *Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil*, PNUD/IPEA, Brasília, 1996.

SCAVONE L., GIANNASI F., THÉBAUD-MONY A., Amianto e suas conseqüências sócio-familiares: uma abordagem comparativa franco-brasileira. *Relatório Final de Pesquisa*, INSERM/CNPq, 1997.

SCAVONE, L. Invisibilidad social de dolencias profesionales ligadas a la exposición al amianto. In Cuadernos Mujer Salud/2. Trabajo Y Salud. Mujeres en Riesgo. Publicação da Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas Y Caribe, n. 2, 1997, p. 143-147

SCLIAR, C. Amianto: Mineral Mágico ou Maldito? *Ecologia Humana e Disputa Política-Econômica*. CD I- Centro de Documentação e Informação, Belo Horizonte, 1998.

SOUZA, N. H. B. *Trabalhadores Pobres e Cidadania: A Experiência da Exclusão e da Rebeldia na Construção Civil*. Tese de doutorado apresentada ao Depto. de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 1994.

TEIXEIRA, C. M. & M., M. Higiene das minas. Asbestose. Belo Horizonte: Departamento Nacional da Produção Mineral- DNPM, Boletim 98, 1956.

THÉBAUD-MONY A.(org) Santé, flexibilité du travail, précarisation. Le cas des Maladies Professionnelles. Approche comparative franco-brésilienne. RAPPORT FINAL Réseau INSERM/Nord-Sud, Paris, 1997

THÉBAUD-MONY, A. Asbestos: Science in the face of hostility in São Paulo. *New Solutions. Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, AFL-CIO, OIL, Chemical and Atomic Workers International Union vol. 5, n. 2, Lakewood, 1995, p.64-66.

*L' envers des societes industrielles. Approche comparative franco-brasiliense.* Paris, Editions L'Harmattan, 1990, 224p.

*La reconnaissance des maladies professionnelles.* Document Travail et Emploi, 1991, 284p.

UNICAMP - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS-FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL, Documentos Básicos sobre Câncer & Ambiente Ocupacional.Vol.1 - Asbesto, Campinas, 56 pag., mimeo, 1980.